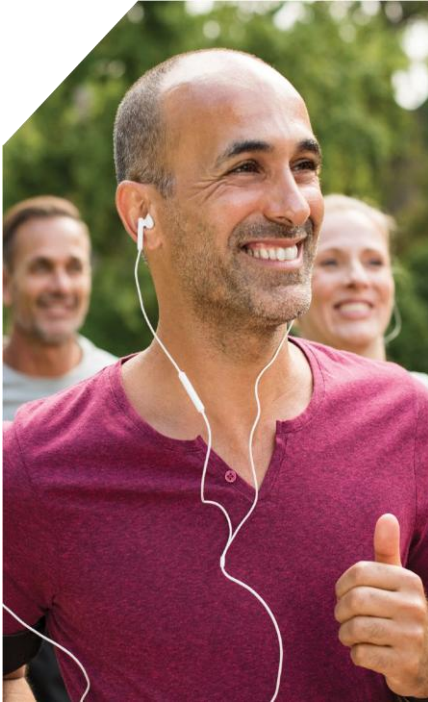




FROM



superior
healthplan.™



EVIDENCIA DE COBERTURA DE 2026



Ambetterhealth.com/en/tx

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 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
Suite 3600
Chicago, IL 60601
1-877-687-1196

Insert Total Premium Payable. Se hace notar que las primas están sujetas a cambios.

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.

¿Tiene una queja o necesita ayuda?

Si tiene un problema con una reclamación o con su prima de seguro, llame primero a su compañía de seguros o HMO. Si no puede resolver el problema, es posible que el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance, por su nombre en inglés) pueda ayudar.

Aun si usted presenta una *queja* ante el Departamento de Seguros de Texas, también debe presentar una *queja* a través del proceso de *quejas* o de *apelaciones* de su compañía de seguros o HMO. Si no lo hace, podría perder su derecho para *apelar*.

Ambetter from Superior HealthPlan

Para obtener información o presentar una *queja* con su compañía de seguros o HMO:

Llame: Servicios para los Afiliados al 1-877-687-1196 Número gratuito: 1-877-687-1196

En línea: Ambetterhealth.com/en/tx

Correo: 5900 E. Ben White Blvd.

Austin, Texas 78741

Para consultas generales, también puede comunicarse con Ambetter a través del correo electrónico y las direcciones postales a continuación.

Correo electrónico: HPMSCONTACTUS@CENTENE.COM

Correo: Attn: Ambetter

5900 E. Ben White Blvd.

Austin, Texas 78741

Para presentar una *queja* por escrito, puede enviar su *queja* a la siguiente dirección o mediante el formulario de *queja* en línea que se encuentra en el sitio web de Ambetter.

Attn: Complaints

5900 E. Ben White Blvd.

Austin, Texas 78741

En línea: Ambetterhealth.com/en/tx

El Departamento de Seguros de Texas

Para obtener ayuda con una pregunta relacionada con los seguros o para presentar una *queja* ante el estado:

Llame con sus preguntas al: 1-800-252-3439

Presente una *queja* en: www.tdi.texas.gov

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Dirección postal: MC CO-CP, P.O. Box 12030, Austin, TX 78711-2030

Celtic Insurance Company

Póliza de gastos médicos mayores

En esta Póliza de gastos médicos mayores (*contrato*), los términos “usted” o “su” 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

Este documento, junto con el *Programa* o *Plan de Beneficios* correspondiente, es su *contrato* y es un documento legal. Este es el acuerdo conforme al cual se proporcionarán y pagarán los beneficios. En consideración de su solicitud y el pago puntual de las 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 *contrato* 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, (2) nos retiramos del *área de servicio*; o (3) hay fraude o una tergiversación material intencional realizada por o con el conocimiento de un *afiliado* en la presentación de una reclamación por *servicios cubiertos*. Si su *contrato* se da por terminado por cualquiera de estas razones, se lo notificaremos por escrito y por medio de comunicación electrónica.

Anualmente, cambiaremos la tabla de tarifas utilizada para este tipo de *contrato*. Cada prima se basará en la tabla de tarifas en vigor en la fecha de vencimiento de esa prima. El plan del contrato y la edad de los *afiliados*, el tipo y el nivel de los beneficios y el lugar de *residencia* en la fecha de vencimiento de la prima son algunos de los factores que se utilizan para determinar las tarifas de la prima. Nos reservamos el derecho de cambiar las primas, pero todas las tarifas cobradas estarán garantizadas para un año de calendario.

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.

Este *contrato* contiene requisitos de *autorización previa*. El incumplimiento de los requisitos de *autorización previa* puede resultar en la denegación del pago. Consulte el *Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC)* y la sección de **Autorización Previa**.

Celtic Insurance Company



Kevin J. Counihan, Director general

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	11
Cómo comunicarse con nosotros:.....	11
Servicios de intérprete.....	11
Su directorio de proveedores	12
Su tarjeta de identificación de afiliado	12
Nuestro sitio web.....	13
Mejora de la calidad	13
Derecho a examinar este contrato durante diez días	14
Protección contra la facturación del saldo	14
MAPA DEL ÁREA DE SERVICIO.....	15
DEFINICIONES	16
COBERTURA DE AFILIADOS DEPENDIENTES.....	40
Elegibilidad de afiliados dependientes	40
Fecha de vigencia para afiliados dependientes iniciales.....	40
Cobertura para un menor recién nacido.....	40
Cobertura para un menor adoptado	41
Adición de otros afiliados dependientes	41
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	42
Para todos los afiliados	42
Para afiliados dependientes	42
Cobertura previa	42
Afiliación abierta.....	43
Afiliación especial.....	43
Fechas efectivas de cobertura para los periodos especiales de inscripción	46
PRIMAS	48
Pago de primas	48
Período de gracia	48
Pago por terceros de la prima o costo compartido	49
Error en la edad	49
Cambio o error en la residencia	49
Error en la información del uso de tabaco o nicotina	49
CARACTERÍSTICAS DE LOS COSTOS COMPARTIDOS	51

Características de los costos compartidos	51
Deducibles	51
Copagos.....	52
Cantidad de compensación por pérdida (Stop-Loss) del coaseguro	52
Porcentaje de coaseguro	53
Responsabilidad y facturación de balance o saldo de los proveedores que no pertenecen a la red	53
Cambiar el deducible.....	53
Cobertura bajo otras provisiones del contrato	53
Cuenta de ahorro para la salud (HSA, por sus siglas en inglés)	54
ADMINISTRACIÓN DE SU ATENCIÓN MÉDICA	55
Continuación de la atención	55
Servicios que no son de emergencia	55
Servicios de emergencia fuera del área de servicio	55
Tecnología nueva.....	56
Asociación preferida.....	56
Médico de atención primaria (PCP).....	56
Cómo comunicarse con su médico de atención primaria (PCP)	57
Cómo cambiar de médico de atención primaria (PCP)	58
Autorización previa.....	58
Proceso de renovación de la autorización previa	59
Cómo obtener la autorización previa.....	60
Falta en obtener autorización previa	60
La autorización previa no garantiza beneficios	60
Denegaciones de autorización previa	60
Proveedores basados en el hospital	60
SERVICIOS Y SUMINISTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CUBIERTOS	61
Servicios por lesión cerebral adquirida.....	61
Tratamiento de las alergias	62
Servicios de ambulancia	63
Beneficios para el trastorno del espectro autista.....	64
Programas de administración de la atención médica	65

Servicios quiroprácticos	66
Cobertura de ensayo clínico.....	66
Cuidado para la diabetes	68
Servicios de diálisis.....	69
Suministros médicos desechables	69
Equipo médico duradero, prótesis y aparatos ortopédicos.....	69
Servicios de emergencia	74
Preservación de la fertilidad	75
Beneficios de gastos para habilitación, rehabilitación y en instalación de cuidados prolongados	76
Beneficios de gastos por servicios de atención médica en el hogar	76
Beneficios de cuidado de hospicio	77
Beneficios de hospital	78
Infertilidad.....	79
Cuidados agudos de larga duración.....	79
Linfedema	80
Atención de maternidad	81
Beneficios para gastos médicos y quirúrgicos	82
Servicios médico-dentales	87
Alimentos médicos	88
Servicios médicos para la vista	89
Beneficios para la salud mental y el trastorno por uso de sustancias	89
Beneficios de gastos de la vista pediátricos	91
Beneficios de medicamentos con receta.....	92
Servicios de cuidados preventivos o atención preventiva	101
Segunda opinión médica.....	108
Estudios del sueño	109
Beneficios de trasplantes	109
Beneficios del servicio de atención urgente	113
Beneficio de gastos de la vista – Adultos de 19 años o más.....	113
PROGRAMAS DE BIENESTAR Y OTROS SERVICIOS.....	115
SERVICIOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES GENERALES	117

TERMINACIÓN	123
Terminación del contrato	123
Discontinuación	123
Transferencia de cobertura	124
Requisitos de notificación	124
Restablecimiento	124
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS Y COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	126
Coordinación de los beneficios de este contrato con otros beneficios	128
Orden de las normas de determinación de beneficios	131
Efecto en los beneficios de este plan	133
Cumplimiento con las leyes federales y estatales respecto a la información confidencial	134
Facilidad de pago	134
Derecho de recuperación	134
REEMBOLSO DE RECLAMACIÓN DEL AFILIADO.....	135
Aviso de reclamación	135
Formularios de crédito de su propio bolsillo fuera de la red	135
Prueba de pérdida	135
Tiempo de pago de las reclamaciones	136
Pago por reclamaciones	136
Reclamaciones incurridas por servicios de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos	137
Presentación de reclamaciones	137
Formularios de reclamación	138
Sin asignación	138
Sin beneficiarios terceros	138
PROCEDIMIENTOS DE QUEJA Y APELACIÓN	139
Proceso de queja	139
Apelaciones de quejas	140
Apelación de una determinación adversa	141
Revisión externa	141
Apelación acelerada y Revisión externa acelerada simultáneas	143
Presentar quejas ante el Departamento de Seguros de Texas	143
Está prohibida la toma de represalias	144

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS	145
Aviso del Departamento de Seguros de Texas	148
PROVISIONES GENERALES.....	149
Contrato completo	149
Sin renuncia	149
Rescisiones	149
Reembolso por fraude, tergiversación o información falsa.....	149
Conformidad con las leyes aplicables	150
Condiciones previas a la acción legal	150
Información personal de salud (PHI, siglas en inglés).....	150
Ayuda con el idioma	150
Límite de tiempo en ciertas defensas.....	150

INTRODUCCIÓN

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

1. Cómo acceder a la atención médica.
2. Los servicios de atención médica que cubrimos.
3. La porción de sus costos de atención médica que se requerirá que usted pague.

Este *contrato*, con la solicitud de afiliación, el *Programa o Plan de Beneficios*, 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 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes

Servicios para los Afiliados 1-877-687-1196

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

Fax 1-877-941-8077

Emergencia 911

Línea de ayuda para casos de suicidio y crisis: 988 (llamada o mensaje de texto)

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

Sitio web: Ambetterhealth.com/en/tx

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. Estos servicios permiten que usted y su *proveedor* puedan hablar 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 a Servicios para los Afiliados para una interpretación oral. Para solicitar servicios de interpretación, por favor llame a Servicios para los Afiliados.

Su directorio de proveedores

Una lista de *proveedores de la red* está disponible en línea en Ambetterhealth.com/en/tx. Nosotros tenemos *proveedores y hospitales de la red* 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, los idiomas que hablan y saber si actualmente están aceptando o no nuevos pacientes. Su búsqueda producirá una lista de *proveedores* basada en sus criterios de búsqueda y le dará a usted otra información tal como el nombre, la dirección, número de teléfono, horas de oficina, especialidad y certificaciones de la junta.

En cualquier momento puede comunicarse con Servicios para los Afiliados para solicitar un Directorio de Proveedores o para solicitar ayuda para encontrar a un *proveedor*.

Usted también puede comunicarse con nosotros a través del Servicios para los Afiliados para solicitar información sobre si un médico, *hospital* u otro profesional médico es un *proveedor de la red*. Nosotros responderemos en el plazo de un día laborable.

Si recibe servicios de un *proveedor que no pertenece a la red* debido a que la información que aparece en el Directorio de Proveedores es incorrecta o en respuesta a una consulta sobre el estado de la red, comuníquese con Servicios para los Afiliados. Si los *servicios recibidos están cubiertos*, sólo tendrá que pagar los *costos compartidos* aplicables a los *proveedores de la red* y el *proveedor que no pertenece a la red* no deberá facturarle el saldo. Consulte las definiciones de *facturación del saldo*, *protecciones contra la facturación del saldo* y *proveedores fuera de la red* para obtener más información. Si se le *factura el saldo* en estas situaciones, comuníquese de inmediato con Servicios para los Afiliados al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

Su tarjeta de identificación de afiliado

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 de afiliado 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. Cualquier deducible aplicable y cualquier límite máximo de gastos de su bolsillo también serán accesibles a través de la tarjeta de identificación de afiliado. Si usted pierde su tarjeta, llame a Servicios para los Afiliados. Nosotros le

enviaremos a usted otra tarjeta de identificación de afiliado. Puede descargar una tarjeta de identificación de afiliado temporal desde nuestra cuenta para afiliados en línea (Online Member Account) segura en Ambetterhealth.com/en/tx.

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 Ambetterhealth.com/en/tx. También proporciona información para usted sobre sus beneficios y servicios tales como:

1. Encontrar a un *proveedor de la red*, inclusive *hospitales* y farmacias.
2. Nuestros programas y servicios, incluyendo 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 prácticas de privacidad.
6. Noticias y eventos actuales.
7. Nuestro formulario o lista de *medicamentos de receta*.
8. *Deducible* y acumuladores de *copago*.
9. Cómo seleccionar a un *médico de atención primaria (PCP)* (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 reciban atención preventiva, como evaluaciones, análisis de detección del cáncer del cuello uterino, análisis de detección de cáncer de mama 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 nuestros programas.

7. Investigar las preocupaciones de cualquier *afiliado* con respecto a la atención recibida.

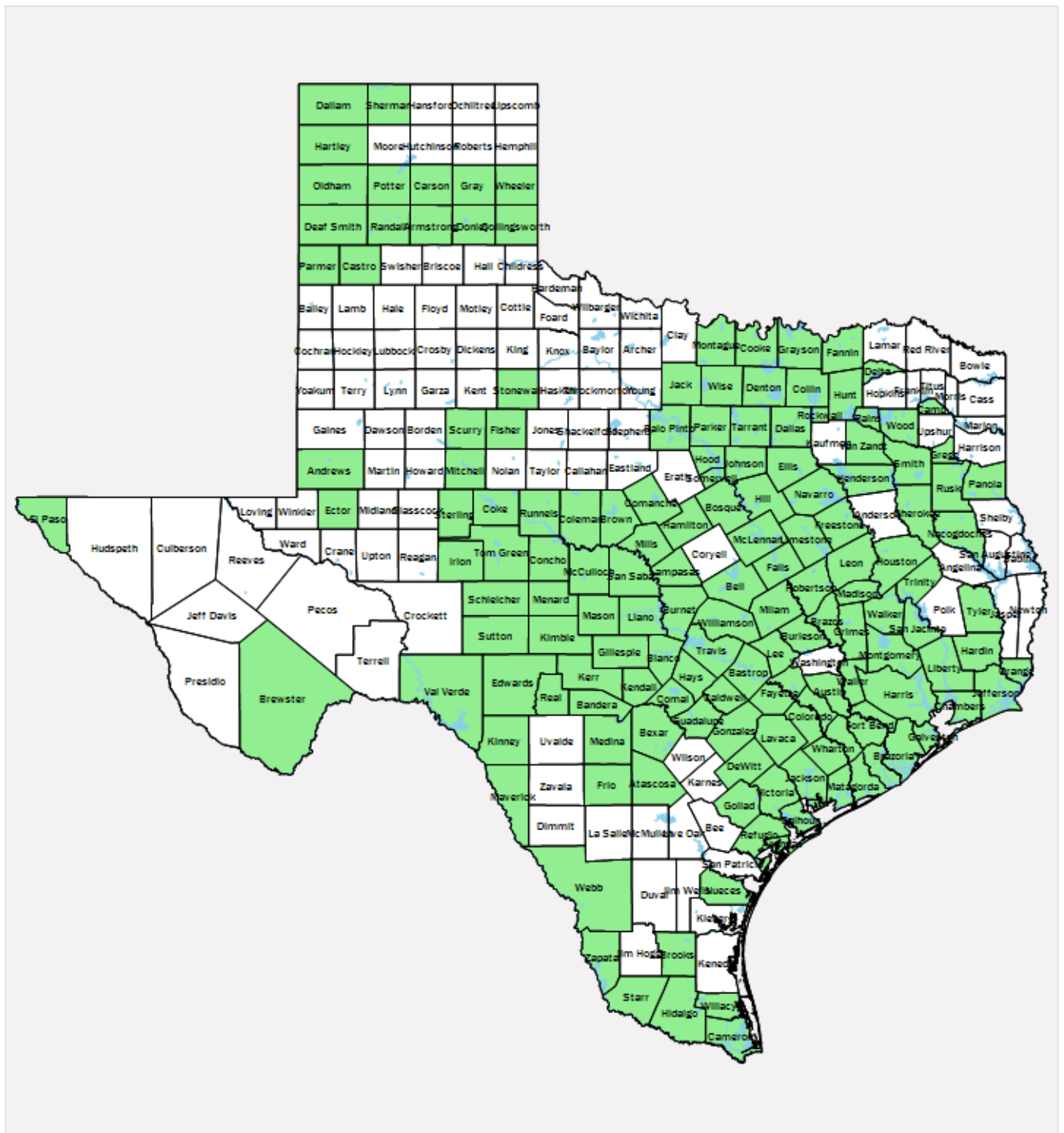
Derecho a examinar este contrato durante diez días

Se le permitirá devolver este *contrato* en un plazo de 10 días de calendario a partir de su recepción y se le reembolsará cualquier prima que haya pagado mediante el método de pago original y/o al pagador si, después de examinar el *contrato*, no está satisfecho con él por cualquier 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 diez días de calendario, usted es responsable de reembolsar a nosotros esos servicios o reclamaciones.

Protección contra la facturación del saldo

Conforme a la ley federal, a partir del 1 de enero de 2022, se prohíbe a los *proveedores* o *centros que no pertenezcan a la red* *facturar el saldo* a los *afiliados* al plan de salud por los servicios que están sujetos a las protecciones de facturación de saldos según se describe en la sección **Definiciones** de este *contrato*. Usted sólo será responsable del pago de su *costo compartido de afiliado* por estos servicios, que se calcula como si hubiera recibido los servicios de un *proveedor de la red* y se basa en la cantidad reconocida según se define en la *ley aplicable*. Se hace notar que los centros militares de tratamiento no están sujetos a esta regulación, por lo que pueden *facturar el saldo*.

MAPA DEL ÁREA DE SERVICIO



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 aguda es la *rehabilitación* para los pacientes que se beneficiarán de un programa de *rehabilitación* intensivo y multidisciplinario. Los pacientes normalmente reciben una combinación de terapias como fisioterapia, terapia ocupacional y del habla según sea necesario y son controlados médicamente por *médicos* especialmente capacitados. Los servicios de *rehabilitación* deben realizarse durante tres o más horas al día, de cinco a siete días a la semana, por uno o más *profesionales con licencia en rehabilitación* mientras el *afiliado* está *internado* en un *hospital*, *centro de rehabilitación* o *centro 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 del *crédito fiscal para las primas por adelantado* por el año son más que el crédito fiscal que debe, usted debe reembolsar el exceso del *crédito fiscal para las primas por adelantado* con su declaración de impuestos.

Determinación adversa significa

1. La determinación por un agente de revisión de la utilización realizada en nombre de cualquier pagador de que los servicios de atención médica prestados o propuestos para ser proporcionados a un afiliado no son *médicamente necesarios* o apropiados o son experimentales o de investigación.
2. Con relación a las *protecciones de facturación de saldos* en virtud de la Ley federal "Sin sorpresas" (No Surprises Act), por *determinación adversa* se entiende:
 - a. La determinación que *las protecciones de facturación de saldo* no se aplican a un servicio.
 - b. Una cantidad incorrectamente calculada de *costos compartidos* que un *afiliado* debe cuando se aplican las protecciones de *facturación de saldos*.

Cantidad permitida (véase también **gasto por servicio elegible**) es la cantidad máxima que pagaremos a un *proveedor* por un *servicio cubierto* cuando dicho *servicio cubierto* se recibe de un *proveedor de la red*, la *cantidad permitida* es la cantidad que el *proveedor*

acordó aceptar de nosotros como pago por ese servicio en particular. En todos los casos, la *cantidad permitida* estará sujeta al *costo compartido* (por ejemplo, *deducible*, *coaseguro* y *copago*) según los beneficios del *afiliado*. Esta cantidad excluye las cantidades acordadas entre el *proveedor* y nosotros como resultado de un arbitraje federal o estatal.

NOTA: Si recibe servicios de un *proveedor que no pertenece a la red*, usted puede ser responsable de la diferencia entre la cantidad que el *proveedor* cobra por el servicio (*cantidad facturada*) y la *cantidad permitida* que nosotros pagamos. Sin embargo, usted no será responsable de la *facturación de saldos* por la atención médica *que no pertenece a la red* que esté sujeta a las *protecciones de facturación de saldos* y que, por lo demás, esté cubierta por su *contrato*. Para obtener más información, consulte las definiciones *Facturación de saldos*, *Protecciones de facturación de saldos* y *Proveedores que no pertenecen a la red*. Si le *facturan el saldo* en estas situaciones, comuníquese inmediatamente con Servicios para los Afiliados al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

Proveedor de telesalud designado por Ambetter significa el vendedor seleccionado por Ambetter para contratar a proveedores para proporcionar *servicios de telesalud*, incluidos los beneficios de *atención virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana (24/7)*, a los *afiliados*. Todos los servicios proporcionados a través del *Proveedor de Telesalud designado por Ambetter* se considerarán independientes de Ambetter para garantizar que el plan de atención y tratamiento de un afiliado se brinde a través de un *médico* practicante u otro profesional médico con la licencia correspondiente.

Centro quirúrgico ambulatorio 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 pernecten. 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*.

Apelación es el proceso formal 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*. *Apelación* significa una *queja* en la que se solicita a la compañía de seguros que reconsidere, revoque o de otro modo modifique una *determinación adversa*, servicio o reclamación.

Leyes aplicables significa leyes del estado en que se emitió su *contrato* y/o leyes federales.

Análisis del comportamiento aplicado (ABA) es la aplicación de principios de comportamiento ante situaciones cotidianas, con la intención de aumentar o disminuir los comportamientos objetivo. El ABA se ha utilizado para mejorar áreas como el lenguaje, la autoayuda y las habilidades de juego, así como para disminuir comportamientos como la agresión, los auto-estimulantes y la auto-lesión.

Autorización o autorizado(a) significa nuestra decisión para aprobar la *necesidad médica* o determinar la idoneidad de atención para un *afiliado* por el *PCP* o *proveedor del afiliado*, previo a que el *afiliado* reciba los servicios.

Trastorno del espectro autista es un trastorno neurológico y del desarrollo que comienza en la infancia y dura toda la vida de la persona. Es una afección relacionada con el desarrollo del cerebro que afecta a la forma en que una persona percibe y se relaciona con los demás, causando problemas de interacción social y comunicación. Puede incluir un

deterioro intelectual, pero no siempre. El trastorno puede incluir problemas con la capacidad de reconocer o compartir intereses o experiencias emocionales, problemas para expresar o comprender la comunicación verbal o no verbal, y/o para desarrollar o mantener relaciones. A menudo se observan patrones repetitivos de comportamiento o una incapacidad para tolerar el cambio.

Facturación del balance o saldo significa la facturación para usted de un *proveedor que no pertenece a la red* por la diferencia entre el cobro del proveedor por un servicio y el *gasto elegible*. Los *proveedores de la red* no pueden *facturarle el saldo* por los *gastos de los servicios cubiertos* que superen las cantidades de *costos compartidos* aplicables.

Si alguna vez le facturan el saldo, comuníquese inmediatamente con Servicios para los Afiliados al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

Protecciones contra la facturación de saldos se refiere a las protecciones contra la *facturación de saldos* conforme a la Ley Federal Sin Sorpresas y a las leyes de Texas. Estas protecciones se aplican a los *servicios cubiertos* que sean:

1. *Servicios de emergencia* proporcionados a un *afiliado*, así como los servicios prestados después de que el *afiliado* esté *estabilizado*, a menos que el *afiliado* haya dado *aviso y consentimiento* que se le *facturen los servicios* posteriores a la *estabilización*;
2. Servicios de atención médica que no sean de emergencia prestados por un *proveedor que no pertenece a la red* a un *afiliado* en un *hospital de la red* o en un *centro quirúrgico ambulatorio de la red*, a menos que el *afiliado* haya dado *aviso y consentimiento* conforme a la ley federal de Sin Sorpresas y exista una *exención de Texas* para que el *proveedor que no pertenece a la red* *facture el saldo*; o
3. *Servicios de ambulancia aérea* prestados a un *afiliado* por un *proveedor que no pertenece a la red*.

Conforme a la ley de Texas, hay protecciones adicionales que existen bajo la ley federal "Sin sorpresas". Las protecciones adicionales de Texas se aplican a los *servicios cubiertos* que son:

1. Servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen prestados por un *proveedor que no pertenece a la red* en relación con los servicios prestados por un *proveedor de la red*, a menos que exista una *exención de Texas* para que el *proveedor que no pertenece a la red* *facture el saldo*. o
2. Servicios de atención médica que no sean de emergencia prestados por un *proveedor que no pertenece a la red* a un *afiliado* en un *centro de la red* que no sea un *hospital* o un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios, a menos que exista una *exención de Texas* para que el *proveedor que no pertenece a la red* *facture el saldo*, o
3. Servicios de ambulancia terrestre proporcionados a un *afiliado* por un *proveedor que no pertenece a la red*.

Usted sólo será responsable del pago de su *costo compartido de afiliado* por estos servicios, que se calcula como si hubiera recibido los servicios de un *proveedor de la red* y se basa en la cantidad reconocida según se define en la ley aplicable. Si se le *factura el saldo* de cualquiera de los servicios mencionados, comuníquese inmediatamente con Servicios para los Afiliados llamando al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

Salud del comportamiento se refiere tanto a la salud mental como a los *trastornos por consumo de sustancias*, que comprende un conjunto de servicios de prevención, intervención, tratamiento y apoyo para la recuperación.

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 una reclamación presentada por un *médico* o proveedor.

Administración de la atención significa 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 cuando es un acuerdo mutuo entre nosotros, el *afiliado* y el *médico del afiliado*.

Centro de excelencia significa un *hospital* que:

1. Se especializa en un tipo o tipos específicos de trasplantes *médicamente necesarios* u otros servicios médicos; y
2. Es un *proveedor de la red* que cumple con los criterios de calidad de la atención establecidos por nosotros y/o una entidad designada por nosotros para cumplir con los criterios de calidad de la atención de forma rentable.
3. El hecho que un *hospital* sea un *proveedor de la red* no significa que éste sea un *Centro de excelencia*.

Cuidado quiropráctico significa la participación del tratamiento neuromuscular en forma de manipulación y ajuste 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*.

Cantidad de coaseguro significa el porcentaje de los *servicios cubiertos* que se puede requerir que usted pague cuando usted recibe un *servicio cubierto*. 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 a una organización de mantenimiento de la salud con respecto a cualquier aspecto del funcionamiento de la organización de mantenimiento de la salud. El término incluye insatisfacción relacionada con la administración del plan, procedimientos relacionados con la revisión o *apelación* de una *determinación adversa* bajo la Sección

1301.055, 4201.204, y 4201.351, 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:

1. 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
2. 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, hiperémesis 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.

Paciente con atención continua se refiere a una persona que, con respecto a un *proveedor* o *centro*, (i) está recibiendo un tratamiento para una *enfermedad grave y compleja* por parte de ese *proveedor* o *centro*; (ii) está recibiendo un curso de atención institucional o de hospitalización por parte de ese *proveedor* o *centro*; (iii) está programado para someterse a una *cirugía* no electiva por parte de ese *proveedor*, incluida la atención postoperatoria; (iv) está embarazada y está recibiendo un curso de tratamiento para el *embarazo*; o (v) se determina, o se había determinado, que tiene una *enfermedad terminal* y está recibiendo tratamiento para dicha *enfermedad*.

Contrato se refiere a este *contrato*, tal y como ha sido emitido y entregado a usted. Éste incluye las páginas adjuntas, la solicitud de afiliación, el *Programa de beneficios* y cualquier enmienda o cláusula adicional.

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. Cuando reciba *servicios cubiertos* de un *proveedor que no pertenece a la red* en un *centro de la red*, o cuando reciba *servicios de emergencia cubiertos* o servicios de ambulancia aérea o terrestre de *proveedores que no pertenecen a la red*, el *costo compartido* puede basarse en una cantidad diferente de la *cantidad permitida*.

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 de salud. Los miembros de una tribu india americana reconocida por el gobierno federal y/o un nativo de Alaska pueden calificar para reducciones adicionales en el costo compartido.

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*.

Cuidados supervisados son servicios diseñados para ayudar a un *afiliado* con actividades de la vida diaria, a menudo proporcionados en un entorno de atención a largo plazo en el que no se espera la recuperación completa y que pueden ser proporcionados por una persona no experta.

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 relevo*, 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 su *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 se refiere al *cónyuge* legal, a la pareja de hecho y/o a un *hijo o hija elegible* del *suscriptor* principal. Cada *afiliado dependiente* deberá ser nombrado en la solicitud de afiliación o nosotros debemos aceptar por escrito que su nombre se añada a la lista como *afiliado dependiente*.

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.

Diagnóstico por imágenes significa un examen de imagen mediante mamografía, ultrasonido o por resonancia magnética que está diseñado para evaluar:

1. Una anomalía subjetiva u objetiva detectada por un *médico* o un paciente en una mama;
2. Una anomalía observada por un *médico* en una mamografía de detección;
3. Una anomalía previamente identificada por un *médico* como probablemente benigna en una mama para la que el *médico* recomienda un seguimiento con imágenes; o
4. Una persona con antecedentes personales de cáncer de mama o tejido mamario denso.

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 o **Fecha de 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 *suscriptor* principal, si el hijo o hija es menor de 26 años de edad. Si el *hijo o hija elegible* cumple 26 años durante el año del plan, seguirá siendo un(a) *menor elegible* hasta el final del año del plan. 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 o para quien usted es parte en un convenio en el cual la adopción del menor se solicita;
5. Un menor en régimen de acogida bajo su custodia;

6. Un menor cuya tutela legal le ha sido otorgada a usted, a su *cónyuge* o a su pareja por derecho común;
7. Un hijo de un *afiliado* en intercambio que es residente de los Estados Unidos o estudiante de tiempo completo en una institución de educación superior acreditada;
8. Un hijo de un *afiliado* en intercambio que no es elegible para la cobertura de Medicare;
9. Cualquier hijo de los hijos del *afiliado* en intercambio, 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.

Es su responsabilidad notificar a la entidad con la que se inscribió (ya sea el Mercado de Seguros de Salud o nosotros) si su *hijo o hija* deja de ser un *menor elegible*. Usted debe reembolsarnos cualquier beneficio que proporcionemos o paguemos por un hijo o hija en un momento en el que él o ella no reunía los requisitos para ser considerado un *menor elegible*.

Gasto 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 elegible* es el honorario contratado con ese *proveedor*.
2. Para los *proveedores que no pertenecen a la red*, a menos que las leyes federales o estatales exijan lo contrario, el *gasto elegible* es el siguiente:
 - a. Cuando se apliquen las protecciones de *facturación de saldos* a un *servicio cubierto* recibido de un *proveedor que no pertenece a la red*, el *gasto elegible* es el honorario negociado, si lo hubiera, que se haya acordado mutuamente entre nosotros y el proveedor como pago total. Si el proveedor no ha acordado aceptar una tarifa negociada con nosotros como pago total, a menos que la ley aplicable requiera lo contrario, el *gasto elegible* es el reembolso determinado por nosotros y según lo requiera la ley aplicable.
 - b. Para todos los otros *servicios cubiertos* recibidos de un *proveedor que no pertenece a la red* para los cuales se recibe cualquier *autorización* necesaria de nuestra parte, el *gasto elegible* es la tarifa negociada, si la hay, que ha sido acordada mutuamente por nosotros y el proveedor como pago total (no se le facturará la diferencia entre la tarifa negociada y el cargo del proveedor). Si no existe un honorario negociado acordado por el proveedor con nosotros, el *gasto elegible* será reembolsado según lo determinemos nosotros y según lo requiera la ley aplicable. Además de los *costos compartidos* aplicables, es posible que se le *facture el balance* por estos servicios.

Afección o enfermedad de emergencia significa una enfermedad o un trastorno de la *salud del comportamiento* que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) de manera que una persona prudente con un conocimiento medio de la medicina y la salud podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata diera lugar a una de las siguientes situaciones:

1. Poner en grave peligro la salud del *afiliado* (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé en gestación);
2. Deterioro grave de las funciones corporales;
3. Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Servicios de emergencia significa los *servicios cubiertos* necesarios para evaluar y *estabilizar* una *afección de emergencia*. Esto incluye un examen médico en el servicio de emergencias de un *hospital* o en un servicio de emergencias independiente para evaluar la *afección de emergencia*, así como los servicios necesarios para *estabilizar* la *afección de emergencia*. Los servicios para *estabilizar* una *afección de emergencia* pueden proporcionarse en cualquier departamento de un *hospital*.

La atención médica de seguimiento no se considera atención de emergencia. Los beneficios se proporcionan para los *servicios de emergencia* sin *autorización previa*. Los beneficios para los *servicios de emergencia* incluyen los costos del centro y los servicios *médicos*, así como los suministros y medicamentos recetados cobrados por dicho centro. Si ingresa en un *hospital* como consecuencia de una *afección de emergencia*, deberá informarnos o comprobar que su *médico* nos ha informado de su ingreso en un plazo de 48 horas o tan pronto como sea posible dentro de un plazo razonable. Cuando se comunique con nosotros, se le informará si la hospitalización es adecuada y, si lo es, la cantidad de días que se consideran *médicamente necesarios*. Si se comunica con nosotros, puede evitar la responsabilidad económica de cualquier *atención hospitalaria* que no se considere *médicamente necesaria* de acuerdo con su *contrato*. Si su *proveedor* no tiene contrato con nosotros, usted puede ser responsable económicamente de cualquier atención que determinemos que no es un servicio cubierto porque no es *médicamente necesario*. La atención y el tratamiento proporcionados una vez estabilizado ya no se consideran *servicios de emergencia* de acuerdo con su contrato. La continuación de la atención más allá de lo necesario para evaluar o *estabilizar* su enfermedad en una emergencia no será un *servicio cubierto* a menos que autoricemos la continuación de la atención y sea *médicamente necesaria*.

Inscripción directa mejorada (EDE, siglas en inglés) es una herramienta de Ambetter que le permite solicitar cobertura, renovar e informar de cambios de vida por completo en nuestro sitio web sin ser redirigido al Mercado de seguros de salud ([Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov)). Si ha utilizado enroll.ambetterhealth.com para solicitar o renovar, un panel para consumidores ha sido creado para usted. Puede ingresar a su panel para consumidores en enroll.ambetterhealth.com.

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

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

Proveedor exclusivo (proveedor 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 *proveedores* fuera de la red, excepto en casos de emergencia o referencias aprobadas. Ambetter es un *EPO*.

Experimental o en investigación significa servicios médicos, quirúrgicos, de diagnóstico u otros servicios de atención médica, tratamientos, procedimientos, tecnologías, suministros, dispositivos, terapias farmacológicas o medicamentos que, después de la consulta con un profesional médico, determinemos que son cualquiera de los siguientes:

1. En estudio, en un estudio clínico de fase I o II en curso según lo establecido en la regulación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos ("FDA"), independientemente de si el estudio está sujeto a la supervisión de la FDA
2. Un *servicio sin probar*.
3. Sujeto a la aprobación de la FDA, y:
 - a. No tiene la aprobación de la FDA;
 - b. Tiene la aprobación de la FDA sólo bajo su regulación de tratamiento con nuevos medicamentos en investigación o una regulación similar; o
 - c. Tiene la aprobación de la FDA, pero se está usando para una indicación o a una dosis que no es un uso aceptado ni indicado en la etiqueta. Un uso aceptado, no indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA es un uso que nosotros determinamos que es:
 - i. Incluido en compendios autorizados identificados periódicamente por el Ministerio de Sanidad y Servicios Humanos (Secretary of Health and Human Services);
 - ii. Seguro y eficaz para el uso propuesto basado en evidencia clínica de apoyo en publicaciones médicas revisadas por pares; o
 - iii. No es un *servicio sin probar*; o
 - d. Tiene la aprobación de la FDA, pero se está usando para un uso, o para tratar una enfermedad, que no aparece en la aprobación previa a la comercialización emitida por la FDA o no se ha determinado a través de la literatura médica revisada por pares para tratar la enfermedad del *afiliado*.
4. **Experimental o en investigación** de acuerdo con los protocolos de investigación del *proveedor*.

Los puntos (3) y (4) anteriores no se aplican a los estudios clínicos de fase III o IV de la FDA. Los beneficios están disponibles para los costos de atención de rutina que se incurren en el curso de un estudio clínico si los servicios proporcionados son de otro modo *servicios cubiertos* bajo este *contrato*.

Instalación de cuidado prolongado (ECF, por sus siglas en inglés) se dedica principalmente a proporcionar atención integral de rehabilitación post-aguda en *hospitales* y para *pacientes internados*, y tiene licencia de la agencia gubernamental designada para proporcionar dichos servicios. La definición de *ECF* no incluye instituciones que proporcionan solo servicios mínimos, de custodia y de vida asistida, (excepto para los servicios relacionados con *una lesión cerebral adquirida*), comunidades de vida independiente, residencias de ancianos ampliadas, hogares de atención residencial, servicios de atención ambulatoria o de tiempo parcial, o instituciones que proporcionan principalmente atención y tratamiento para la salud del comportamiento o tuberculosis pulmonar.

Instalación o **centro** 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* de atención de la salud que proporciona servicios de atención médica.

Preservación de la fertilidad significa la recolección y conservación de espermatozoides, ovocitos no fecundados y tejido ovárico. Esto no incluye el almacenamiento de dicho material genético no fecundado.

Estándares de la práctica médica generalmente aceptados significa 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 el *contrato*. 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 pueden realizarse en un entorno hospitalario o ambulatorio e incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.

Administración de la salud es un programa diseñado especialmente para ayudarle a hacer frente a una enfermedad específica o crónica.

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 un(a) enfermero(a) registrado(a), 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 se refiere a los servicios diseñados para, elegidos por, y proporcionados a los *afiliados* a quienes se les haya diagnosticado una enfermedad terminal y se encuentren en un programa de cuidados paliativos para pacientes ingresados (en un hospicio) o en un centro domiciliario, según certifique un *médico de la red*.

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, o un paciente se traslada de la sala de emergencias en un estado de observación a corto plazo, un *afiliado* no será considerado como confinado en un *hospital* para fines de este *contrato*.

Servicios hospitalarios se refiere a los *servicios cubiertos médicamente necesarios* que generalmente y habitualmente prestan los hospitales generales de agudos; y son recetados, dirigidos o autorizados por su *PCP*. Cuando un *afiliado* es admitido en un centro de hospitalización, un *médico* que no sea el *PCP* del *afiliado* puede dirigir y supervisar la atención del *afiliado*.

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*, su pareja por derecho común, *hijo o hija elegible*, 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, para una afección médica o *salud del comportamiento*, 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 se refiere a una unidad o área de un *hospital* que cumple con las normas exigidas por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales para las unidades de cuidados especiales.

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.

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 de su propio bolsillo se refiere a la cantidad máxima que un *afiliado* debe pagar por los servicios cubiertos en forma de costo compartido en un año determinado del plan. La *cantidad deducible* de un *afiliado*, la *cantidad deducible para medicamentos recetados* (si procede), las *cantidades de copago* y las *cantidades de coaseguro* contribuyen a la *cantidad máxima de su propio bolsillo*. Las *cantidades máximas de su propio bolsillo* individual y familiar se indican en su *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 servicios de emergencia, o el representante del proveedor para resolver una reclamación de beneficios de salud de un afiliado.

Medicamento necesario o Necesario desde el punto de vista médico significa servicios, artículos 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.

Trastorno de salud mental se refiere a una enfermedad que cae dentro de cualquiera de las categorías de diagnóstico enumeradas en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o que está incluida en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Cobertura esencial mínima significa cualquier plan de seguro de salud que cumpla con los requisitos de la Ley de cuidado de salud a bajo precio (ACA, por sus siglas en inglés) para la cobertura del seguro de salud. Por ejemplo, los planes basados en el empleo, los planes del Mercado de Seguros de Salud ("Marketplace"), la mayoría de los planes individuales vendidos fuera del Mercado, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), TRICARE, COBRA y los planes vendidos a través del mercado del Programa de Seguros Médicos para Pequeñas Empresas (SHOP, por sus siglas en inglés).

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 pueden ser usados 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 se refiere a un grupo de *proveedores o instalaciones* (incluidos, pero sin limitarse a ellos, los *hospitales*, los centros de salud mental para *pacientes internados*, las clínicas médicas, las clínicas para *la salud del comportamiento*, los acupunturistas, quiroprácticos, masajistas, enfermeros practicantes, profesionales de la medicina de la adicción, etc.) que tienen contratos con nosotros, o con nuestro contratista o subcontratista, y que han acordado proporcionar servicios de atención médica a nuestros *afiliados* por una tarifa acordada. Los *afiliados* recibirán la mayoría de los servicios de atención médica, si no todos, accediendo a la *red*.

Gasto elegible de la red significa el *gasto elegible* por servicios o suministros que son proporcionados por un *proveedor de la red*. Por servicios en *instalaciones*, este es el *gasto 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 *proveedor que no pertenece a la red*. **Gasto elegible de la red** incluye beneficios por servicios de salud de emergencia aunque sean proporcionados por un *proveedor que no pertenece a la red*.

Proveedor de la red significa cualquier persona o entidad con licencia que haya firmado un contrato directamente o indirectamente con Ambetter from Superior HealthPlan para proporcionar *servicios cubiertos* a los *afiliados* bajo este *contrato*, incluidos, pero sin limitarse a ellos, los *hospitales*, los *hospitales de especialidades*, los *centros de atención urgente*, los *médicos*, las farmacias, los laboratorios y otros profesionales de la salud.

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.

Proveedor que no pertenece a la red se refiere a un médico, *centro de salud* u otro proveedor que no es un proveedor de la *red*. Los servicios recibidos de un *proveedor que no pertenece a la red* son "*fuera de la red*" y no están cubiertos, excepto:

1. Los servicios de emergencia, tal y como se describen en la sección de **Servicios Cubiertos** de este *contrato*;
2. Servicios de atención médica que no sean de emergencia y que se reciban en una *instalación de la red*, como se describe en la sección **Administración de su Atención Médica** de este *contrato*; o
3. Servicios de ambulancia aérea y terrestre; tal y como se describen en la sección **Servicios y suministros de atención médica cubiertos** de este *contrato*; y
4. Situaciones descritas específicamente en este *contrato*.

Aviso y consentimiento se refiere a las condiciones que deben cumplirse para que un *afiliado* renuncie a las *protecciones de facturación de saldos* conforme a la ley federal "Sin sorpresas". El *aviso y consentimiento* sólo se producen cuando se cumple cada una de las siguientes condiciones:

1. El *proveedor que no pertenece a la red* proporciona al *afiliado* un aviso por escrito en el formato requerido por *la ley aplicable* que indica que el proveedor es un *proveedor que no pertenece a la red*, incluye un estimado de buena fe de los honorarios por los servicios del *proveedor que no pertenece a la red*, identifica cualquier autorización previa u otras limitaciones que puedan ser requeridas antes de recibir los servicios, e indica claramente que el consentimiento es opcional y que el *afiliado* puede buscar atención de un *proveedor de la red*.
2. El *proveedor que no pertenece a la red* proporciona el aviso descrito anteriormente al *afiliado* al menos 72 horas antes de que se presten los servicios, excepto en el caso de los servicios programados dentro de las 72 horas, en que el aviso debe proporcionarse al menos 3 horas antes de que se presten los servicios.
3. El *afiliado* otorga su consentimiento por escrito para ser tratado por el *proveedor que no pertenece a la red*, que incluye lo siguiente:
 - a. El reconocimiento por parte del *afiliado* de que se le ha proporcionado el aviso por escrito descrito anteriormente y de que se le ha informado de que la cantidad facturada por el *proveedor que no pertenece a la red* no puede acumularse al *deducible* ni a la *cantidad máxima de su propio bolsillo* del *afiliado*.
 - b. La declaración del *afiliado* de que, al firmar el consentimiento, acepta ser tratado por el *proveedor que no pertenece a la red* y entiende que se le puede *facturar el saldo* y estar sujeto a los *costos compartidos* que se aplican a los *proveedores que no pertenecen a la red*; y
 - c. La fecha y hora en que el *afiliado* recibió el aviso por escrito y firmó el consentimiento

para recibir servicios del *proveedor que no pertenece a la red*.

4. El consentimiento del *afiliado* se proporciona voluntariamente, es obtenido por el *proveedor que no pertenece a la red* en el formato requerido por la *ley aplicable* y el *afiliado* no lo revoca antes de que se presten los servicios.
5. El *proveedor que no pertenece a la red* entrega al *afiliado* el documento de aviso y el documento de consentimiento juntos, pero separados físicamente de otros documentos.
6. El *proveedor que no pertenece a la red* proporciona al *afiliado* una copia firmada y por escrito del *aviso y consentimiento* a través de correo electrónico o correo postal.

El *aviso y el consentimiento* no anularán las *protecciones de facturación de saldos* para *servicios de emergencia*, servicios de ambulancia aérea, servicios prestados debido a necesidades médicas imprevistas y urgentes, servicios prestados por un *proveedor que no pertenece a la red* cuando no haya un *proveedor de la red* disponible en el centro, o servicios auxiliares (que son servicios relacionados con la medicina de emergencia, anestesiología, patología, radiología y neonatología; servicios de diagnóstico como radiología y servicios de laboratorio; y servicios prestados por profesionales no médicos, cirujanos auxiliares, hospitalistas e intensivistas). Tampoco anulará las **protecciones de facturación de saldos** previstas en la ley de Texas a menos que también se produzca la *Exención de Texas* (para obtener más información, consulte la definición de *protecciones de facturación de saldos*).

Además, el *aviso y el consentimiento* anularán las *protecciones de facturación de saldos* para los *servicios posteriores a la estabilización* sólo si se cumplen todas las condiciones adicionales siguientes:

1. El médico de emergencias o el proveedor de tratamiento determina que el *afiliado* es capaz de viajar utilizando transporte no médico o transporte médico que no es de emergencia a un *proveedor o centro de la red* disponible ubicado dentro de una distancia de viaje razonable, teniendo en cuenta la enfermedad del *afiliado*.
2. El *afiliado* (o su representante autorizado) está en condiciones de dar *aviso y consentimiento*, según determine el médico o proveedor que le atienda, de acuerdo con su criterio médico.
3. El *proveedor que no pertenece a la red* cumple con los requisitos o prohibiciones adicionales que pueda imponer la *ley aplicable*.

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.

Otros profesionales tal y como se usa en su *Programa de Beneficios* y en relación con los servicios de salud mental/*trastornos por consumo de sustancias*, se refiere a un proveedor de servicios de salud mental o de *trastornos por consumo de sustancias* autorizado/certificado por el estado en el que se presta la atención y que realiza servicios dentro del campo de dicha licencia/certificación.

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 significa 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 lo determinemos. 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.

Programa de tratamiento del dolor se refiere a un programa que usa equipos interdisciplinarios que proporcionan servicios coordinados y orientados a objetivos a 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 del sistema de atención médica. Un *programa de tratamiento del dolor* debe ser individualizado y proporcionar *rehabilitación* física, educación sobre el dolor, entrenamiento en relajación y evaluación médica.

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. Un *médico* NO incluye a alguien que esté relacionado con una persona cubierta por sangre, matrimonio o adopción o que sea normalmente un miembro del hogar de la persona cubierta.

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.

Servicios posteriores a la estabilización son los servicios prestados después de que se haya estabilizado la *afección de emergencia de un afiliado* y como parte de la observación *ambulatoria* o en el *hospital*, incluido un *hospital* que no pertenece a la red, un centro de atención médica de emergencia independiente o un centro de emergencias o servicios *ambulatorios* comparables con respecto a la visita en la que se prestan otros *servicios de emergencia*.

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

Medicamento con receta significa toda sustancia médica aprobada por la FDA 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.

Médico de atención primaria o PCP siglas en inglés, 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 nosotros. 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 o Preautorización significa la determinación por nuestra parte de que los servicios de atención médica que se propone prestar a un *afiliado* son *médicamente necesarios* y apropiados. El proceso de *autorización previa* se llevará a cabo de acuerdo con el Código de Seguros de Texas, capítulo 1301 y 4201, o de acuerdo con la ley en el estado de Texas.

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 reclamaciones, facturas médicas, o registros, *otra información del plan*, pago de reclamación, 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.

Centro proveedor significa *un hospital, un centro de rehabilitación*, un centro de enfermería especializada u otro centro o *instalación* de atención médica.

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*, terapia de rehabilitación cardíaca y los *programas para control del dolor*. Una hospitalización de *paciente internado* será considerada para la *rehabilitación* al momento que el *afiliado* haya sido *estabilizado* 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, *cuidado supervisado*, vida cotidiana asistida, (excepto los servicios relacionados con una lesión cerebral adquirida), cuidado de enfermería, o para el cuidado de discapacitados mentales.

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 es una terapia que ayuda a una persona a recuperar las capacidades que ha perdido o que se han visto deterioradas como consecuencia de una enfermedad, una lesión o un tratamiento. Se proporciona para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad de los individuos. Los tipos de terapia de rehabilitación incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia cardíaca y terapia respiratoria. Puede tener lugar en un entorno ambulatorio o de hospitalización.

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

Medicamentos autoinyectables se refiere a los *medicamentos* *recetados* que se administran en un músculo o debajo de la piel con una jeringa y una aguja. Aunque al principio puede ser necesaria la supervisión o instrucción médica, el paciente o el cuidador pueden administrar los *medicamentos autoinyectables* de forma segura y eficaz.

Enfermedad grave y compleja significa, en el caso de una *enfermedad* aguda, que una afección es lo suficientemente grave como para requerir un tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad razonable de muerte o daño permanente; o, en el caso de una *enfermedad* o afección crónica, que la afección pone en peligro la vida, sea degenerativa, potencialmente discapacitante o congénita, y que requiera atención médica especializada durante un tiempo prolongado.

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: Andrews, Aransas, Armstrong, Atascosa, Austin, Bandera, Bastrop, Bell, Bexar, Blanco, Bosque, Brazoria, Brazos, Brewster, Brooks, Brown, Burleson, Burnet, Caldwell, Calhoun, Cameron, Camp, Carson, Castro, Chambers, Cherokee, Coke, Coleman, Collin, Collingsworth, Colorado, Comal, Comanche, Concho, Cooke, Dallam, Dallas, Deaf Smith, Delta, Denton, DeWitt, Donley, Ector, Edwards, El Paso, Ellis, Falls, Fannin, Fayette, Fisher, Fort Bend, Freestone, Frio, Galveston, Gillespie, Goliad, Gonzales, Gray, Grayson, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hamilton, Hardin, Harris, Hartley, Hays, Henderson, Hidalgo, Hill, Hood, Houston, Hunt, Irion, Jack, Jackson, Jefferson, Johnson, Kendall, Kerr, Kimble, Kinney, Lampasas, Lavaca, Lee, Leon, Liberty, Limestone, Llano, Madison, Mason, Matagorda, Maverick, McCulloch, McLennan, Medina, Menard, Milam, Mills, Mitchell, Montague, Montgomery, Nacogdoches, Navarro, Nueces, Oldham, Orange, Palo Pinto, Panola, Parker, Parmer, Potter, Rains, Randall, Real, Refugio, Robertson, Rockwall, Runnels, Rusk, San Jacinto, San Saba, Schleicher, Scurry, Sherman, Smith, Somervell, Starr, Sterling, Stonewall, Sutton, Tarrant, Tom Green, Travis, Trinity, Tyler, Val Verde, Van Zandt, Victoria, Walker, Waller, Webb, Wharton, Wheeler, Willacy, Williamson, Wise, Wood y Zapata. Usted puede recibir exactamente los límites del *área de servicio* en nuestro sitio web o de Servicios para los Afiliados.

Centro de enfermería especializada (SNF), por sus siglas en inglés se refiere a un centro (que cumple con los requisitos de certificación regulatoria específicos) que proporciona

principalmente atención de enfermería especializada para pacientes internados y servicios relacionados a pacientes que requieren *servicios* médicos, de enfermería o de *rehabilitación*, pero que no proporciona el nivel de atención o tratamiento disponible en un *hospital*. Este es un nivel de atención que requiere la participación diaria de personal de *enfermería especializada* o de *rehabilitación*. Los ejemplos de atención en un *centro de enfermería especializada* incluyen, entre otros, inyecciones intravenosas y fisioterapia.

Determinantes sociales de la salud significa las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. También incluye los sistemas existentes para ofrecer atención médica y servicios a una comunidad.

Médico especialista es un *médico o médico practicante* que se centra en un área específica de la medicina y tiene experiencia adicional para ayudar a tratar trastornos o *enfermedades* específicas. Los *especialistas* pueden ser necesarios para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones relacionados con su campo de especialización específico.

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

Estabilizar significa, con respecto a un *afiliado* que no ha experimentado una *afección de emergencia*, que el *afiliado* ya no experimenta un mayor deterioro como resultado de una *enfermedad o lesión* previa y no hay cambios agudos en los hallazgos físicos, resultados de laboratorio o resultados radiológicos que requieran atención médica aguda. La atención médica aguda no incluye la *rehabilitación aguda*. **Estabilizar**, con respecto a un *afiliado* que ha experimentado una *afección de emergencia*, significa proporcionar el tratamiento médico de la afección según sea necesario para garantizar, dentro de una probabilidad médica razonable, que no se produzca un deterioro material de la enfermedad durante el traslado* del *afiliado* a otro centro o el alta del *afiliado* (*Véase la provisión **Servicios de ambulancia** en la sección **Servicios y suministros de atención médica cubiertos** de este *contrato*).

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*.

Suscriptor se refiere a la persona principal que solicitó este *contrato* de seguro.

Trastorno por consumo o uso de sustancias es una afección incluida en cualquiera de las categorías de diagnóstico enumeradas en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o que aparece en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

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.

Acuerdo de subrogación o sustitución significa un entendimiento en el que una mujer (la *madre sustituta*) acepta quedar embarazada y ser portadora gestacional de un niño (o niños)

para otra persona (o personas) que tiene o tienen la intención de criar al niño (o niños), independientemente de que la *madre sustituta* reciba o no un pago por actuar como *madre sustituta*.

Madre sustituta es una portadora individual que, como parte de un *acuerdo de subrogación*, a) utiliza su propio óvulo fertilizado por un donante o b) es una portadora gestacional a la que se le ha colocado un óvulo fertilizado en su cuerpo pero el óvulo no es suyo.

Servicio de telesalud (Telehealth) significa un servicio para la salud, diferente al *servicio médico de telemedicina*, o un servicio odontológico de telediagnóstico 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 significa un servicio de atención médica proporcionado por un *médico* con licencia 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.

Servicios odontológicos de telediagnóstico significa un servicio de atención de salud prestado por un dentista, o por un profesional de atención médica que actúe bajo la delegación y supervisión de un dentista, que actúe dentro del ámbito de la licencia o certificación del dentista o del profesional de atención médica a un paciente en una ubicación física diferente a la del dentista o del profesional de atención médica, utilizando telecomunicaciones o tecnología de la información.

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 un estado avanzado de la enfermedad con un pronóstico desfavorable que, sin procedimientos para mantener la vida, pronto resultará en la muerte o en un estado de inconsciencia permanente del que es poco probable la recuperación.

La exención de Texas se produce cuando un paciente decide recibir servicios de un *proveedor que no pertenece a la red* por escrito antes de los servicios, y cuando el *proveedor que no pertenece a la red* proporciona una divulgación por escrito antes de los servicios que explica que el *proveedor no es un proveedor de la red*, divulga las cantidades proyectadas de las que el paciente puede ser responsable, y divulga las circunstancias en las que el paciente sería responsable de esas cantidades. Cuando existe una *exención de Texas*, usted puede ser responsable de la *factura de saldo del proveedor que no pertenece a la red*, a menos que la Ley Sin Sorpresas también proporcione *protecciones de facturación*

de saldos y no haya *aviso y consentimiento* para recibir los servicios del *proveedor que no pertenece a la red* (consulte la definición de *protecciones de facturación de saldos* para obtener más información).

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 nicotina o uso del tabaco o nicotina significa el uso de *tabaco o nicotina* por individuos que pueden legalmente usar *tabaco o nicotina* 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 afiliación de que este *contrato* fuera completado por el *afiliado*, inclusive todos los productos de *tabaco y nicotina*, los cigarrillos electrónicos o los dispositivos de vaping (inhalar y exhalar el vapor de un cigarrillo electrónico), pero excluyendo los usos religiosos y ceremoniales del *tabaco*.

Estimulación magnética transcraneal (TMS, siglas en inglés) es un procedimiento no invasivo en el que se utiliza un campo magnético cambiante para hacer que la corriente eléctrica fluya en una pequeña región específica del cerebro a través de la inducción electromagnética.

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,

autorización previa, revisión futura, segunda opinión, certificación, revisión simultánea, administración de la atención, planificación del alta, o revisión retrospectiva.

Atención virtual las 24 horas, los 7 días de la semana (24/7) significa un beneficio de *servicios de telesalud* para atención de urgencia virtual y *salud del comportamiento* virtual proporcionados a los *afiliados* a través del *Proveedor de Telesalud designado por Ambetter*. Se puede acceder a los servicios de *Atención virtual 24/7* a través del sitio web del *Proveedor de Telesalud designado por Ambetter*.

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. La fecha que usted inició su cobertura bajo este *contrato*;
2. La fecha del matrimonio para añadir un *cónyuge*;
3. La fecha del nacimiento de un recién nacido elegible;
4. La 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;
5. La fecha de terminación que nos proporcione el Mercado de Seguros de Salud cuando usted solicite la cancelación al Mercado de Seguros de Salud, o si se inscribió directamente con nosotros, el último día del mes en que recibamos una solicitud de usted para terminar este contrato, o cualquier fecha posterior indicada en su solicitud será efectiva el último día del mes solicitado, pero con no más de 60 días de antelación;
6. La fecha en que un menor acogido es asignado bajo su custodia; o
7. La fecha en que se establece una pareja de hecho, de acuerdo con la ley estatal.

Fecha de vigencia para afiliados dependientes iniciales

Los *afiliados dependientes* incluidos en la solicitud de afiliación inicial de este *contrato* estarán cubiertos en su *fecha de entrada en vigencia*.

Cobertura para un menor recién nacido

Un *menor elegible* nacido de usted o de un miembro de la familia cubierto estará cubierto desde el momento del nacimiento hasta el día 60 de calendario después de su nacimiento, a menos que hayamos recibido aviso de la entidad en la que se ha afiliado (ya sea el Mercado de seguros de salud o nosotros). Cada tipo de *servicio cubierto* en el que incurra el recién nacido estará sujeto a la cantidad de *costo compartido* que aparece en el *Programa de Beneficios*.

Se requerirá prima adicional para continuar la cobertura que vaya más allá del día 60 de calendario 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 60 días de calendario de su nacimiento, se cobrará una prima adicional para cobertura del menor recién nacido por un período no inferior a 60 días después del nacimiento del menor. Si la notificación no se recibe dentro de los 60 días de calendario 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 de calendario del nacimiento del menor, nosotros no podríamos 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 60 de calendario después de su nacimiento, a menos que nosotros hayamos recibido aviso de la entidad en la cual usted está afiliado(a) (ya sea el Mercado de seguros de salud 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 de calendario 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 de calendario 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 de calendario 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 de calendario del nacimiento o colocación; y (B) cualquier prima adicional requerida para la adición del menor dentro de los 90 días de calendario 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, o directamente en enroll.ambetterhealth.com, 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 la tarjeta de identificación de afiliado para el *afiliado dependiente*.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

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. El *afiliado* principal reside fuera del *área de servicio* o se muda permanentemente fuera del *área de servicio* de este *contrato*;
3. La fecha que el *afiliado* haya realizado un acto o práctica que constituya fraude o hecho una tergiversación intencional de un hecho material;
4. La fecha de terminación que el Mercado de seguros de salud nos proporciona tras su solicitud de cancelación para el Mercado de seguros de salud, 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;
5. La fecha que nosotros declinamos renovar este *contrato*, tal como se establece en la provisión de **Discontinuación**; o
6. La fecha de fallecimiento de un *afiliado*.

Para afiliados dependientes

Un *afiliado dependiente* dejará de serlo al final del periodo de prima en el cual él/ella deje de ser su *afiliado dependiente*. Para el hijo o hija elegibles, la cobertura finalizará el 31 de diciembre del año en que el hijo o hija dependiente cumpla 26 años.

1. Un *afiliado* no dejará de ser un *hijo o hija elegible dependiente* únicamente debido a la edad si el *hijo o hija elegible*:
2. No es capaz de mantener un empleo por sí mismo debido a una discapacidad mental o física; y
3. Depende principalmente de usted para su 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 (Marketplace) en [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) o 1-800-318-2596. Si se afilió a través de Ambetter, comuníquese con Servicios para los Afiliados.

Cobertura previa

Si un *afiliado* está confinado como *paciente internado* en un *hospital* en la *fecha de vigencia* de este *contrato*, y la cobertura previa que termina inmediatamente antes de la *fecha de vigencia* de este *contrato* 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 *contrato* para ese *afiliado* hasta que el *afiliado* es dado de alta del *hospital* o los beneficios conforme a la cobertura anterior se agoten, lo que suceda primero. "Dar de alta" significa la salida formal de un *afiliado* de una hospitalización cuando ha concluido la necesidad de continuar la atención médica en un *hospital*. Los traslados de un *hospital* a otro no se considerarán como un alta.

Si no hay ninguna cobertura previa o no hay continuación de la cobertura para *pacientes internados* después de la *fecha de entrada en vigencia*, su cobertura de Ambetter se aplicará para los *servicios cubiertos* relacionados con la cobertura de *pacientes internados* después de su *fecha de entrada en vigencia*. La cobertura de Ambetter requiere que usted informe a Ambetter dentro de los dos días de calendario de su *fecha de vigencia* para que podamos revisar y autorizar los *servicios médicamente necesarios*. Si los servicios son en un *hospital* no contratado, las reclamaciones serán pagadas por la cantidad autorizada por Ambetter y se le puede facturar a usted por cualquier balance de los costos que excedan lo autorizado por Ambetter.

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 2025 y se extiende hasta el 15 de enero de 2026. Los *individuos calificados* que se inscriben el o antes del 15 de diciembre de 2025, tendrán una *fecha de entrada en vigencia* de la cobertura a partir del 1 de enero de 2026.

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:

El *individuo calificado* no haya sido determinado elegible para *crédito fiscal para las primas por adelantado o reducciones de costo compartido*; o

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

En general, un *individuo calificado* tiene 60 días de calendario para informar ciertos cambios de vida, conocidos como "eventos que califican" al Mercado de seguros de salud o usando el instrumento de *Inscripción directa mejorada* de Ambetter. A los *individuos calificados* se les puede otorgar un Período de inscripción especial de 60 días de calendario en el que pueden inscribirse o cambiar a un plan del Mercado de seguros de salud diferente durante el año del plan actual si tienen un evento que califica. Los eventos que califican incluyen:

1. Un *individuo calificado* o *dependiente* experimenta una pérdida de *cobertura mínima esencial*, 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. 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 uno o más días de calendario durante los 60 días de calendario precedentes a la fecha del matrimonio;
3. La afiliación o no afiliación de un *individuo calificado* en un plan es involuntario, inadvertido, o erróneo y es el resultado del error, tergiversación, o inactividad de un funcionario, empleado, o sus agencias como evaluado y determinado por el Mercado de seguros de salud;
4. Un *afiliado* o dependiente demuestra adecuadamente ante el Mercado de seguros de salud que el plan en el cual él o ella está afiliado(a) sustancialmente violó una provisión material de su *contrato* en relación con el *afiliado*;
5. Un *individuo calificado*, *afiliado* o *dependiente*, demuestra adecuadamente al Mercado de Seguros de Salud que un error material relacionado con los beneficios del plan, el *área de servicio* o la prima influyó en la decisión del *individuo calificado* o del *afiliado* de comprar el QHP;
6. Un *individuo calificado* que previamente no era elegible para recibir pagos anticipados del crédito de impuestos sobre las primas únicamente debido a que los ingresos de su hogar eran inferiores al 100% del FPL y que, durante el mismo periodo, no era elegible para Medicaid porque vivía en un estado que no había ampliado Medicaid, y que experimenta un cambio en los ingresos de su hogar o se muda a otro estado, lo que resulta en que el *individuo calificado* pase a ser elegible para recibir pagos anticipados del crédito de impuestos sobre las primas;
7. A opción del Intercambio, el *individuo calificado* o su *dependiente*:
 - a. Experimenta una disminución en los ingresos del hogar;
 - b. Ha sido recientemente determinado como elegible por el Intercambio para recibir pagos anticipados del crédito de impuestos sobre primas; y
 - c. Tenía una cobertura *mínima esencial*, tal y como se describe en 26 CFR 1.5000A-1(b), por uno o más días durante los 60 días de calendario anteriores a la fecha del cambio financiero.
8. Se determina que un *afiliado* o *dependiente* inscrito en el mismo plan es recientemente elegible o recientemente no elegible para los *créditos fiscales para las primas por adelantado* o tiene un cambio en la *elegibilidad* para las *reducciones de costos compartidos*;
9. Se determina que un *individuo calificado* o *dependiente* que está inscrito en un plan patrocinado por un empleador elegible como recientemente elegible para los *créditos fiscales para las primas por adelantado* basados en parte en la conclusión de que dicho individuo no es elegible para la cobertura calificada en un plan patrocinado por un empleador elegible de acuerdo con 26 CFR §1.36B-2(c)(3);
10. Un *individuo calificado*, *afiliado* o *dependiente* obtiene acceso a un nuevo QHP como resultado de una mudanza permanente, y tuvo una *cobertura esencial mínima* según lo

descrito en 26 CFR 1.5000A-1(b) durante uno o más días de calendario durante los 60 días de calendario anteriores a la fecha de la mudanza permanente;

11. Un *individuo calificado o dependiente* que adquiera o mantenga su condición de miembro de una tribu India Americana, tal como se define en la sección 4 de la Ley de Mejoramiento de la Atención Médica de los Indios, puede inscribirse en un plan o cambiar de un plan a otro una vez al mes;
12. Un *individuo o afiliado calificado* demuestra ante el Mercado de seguros de salud, de acuerdo con las guías emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), que el individuo cumple con otras circunstancias excepcionales que el Mercado de seguros de salud podría proporcionar;
13. Un *individuo calificado, afiliado o dependiente* es una víctima de abuso doméstico o abandono conyugal como se define en el 26 CFR 1.36B-2, y desea inscribirse en la cobertura separada del autor del abuso o abandono;
14. 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 de calendario después del evento de calificación; o solicita la cobertura en la agencia estatal de Medicaid o CHIP durante el periodo anual de inscripción abierta, y se determina que no es elegible para Medicaid o CHIP una vez finalizada la inscripción abierta;
15. Un *individuo calificado* que accede por primera vez a un Acuerdo de reembolso de salud de cobertura individual (ICHRA, por sus siglas en inglés) patrocinado por el empleador (tal como se define en 45 CFR 146.123(b)) o a un Acuerdo de reembolso de salud de pequeño empleador calificado (QSHRA, por sus siglas en inglés) (tal como se define en la sección 9831(d)(2) del Código de Impuestos Internos);
16. 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 a través del Mercado de seguros de salud después de la terminación de la afiliación debido a la falla para verificar dicho estado dentro del período de tiempo especificado en 45 C.F.R. § 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; o
17. Un *individuo calificado o dependiente* está inscrito en la cobertura de continuación de COBRA para la cual un empleador está pagando la totalidad o parte de las primas, o para la cual una entidad gubernamental está proporcionando subsidios, y el empleador cesa completamente sus contribuciones o los subsidios del gobierno cesan completamente.
18. Un *individuo o afiliado calificado*, o su *afiliado dependiente* que es elegible para el crédito fiscal para las primas por adelantado, y cuyo ingreso familiar se proyecta que estará en o por debajo del 150 por ciento del nivel federal de pobreza.

Para determinar si usted es elegible y solicitar un período de inscripción especial, visite [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) y busque "período de inscripción especial". El Mercado de Seguros de

Salud es responsable de todas las decisiones de elegibilidad e inscripción de los afiliados que se inscribieron a través del Mercado.

Si actualmente está inscrito en Ambetter from Superior HealthPlan, comuníquese con Servicios para los Afiliados con cualquier pregunta relacionada con su cobertura de seguro de salud.

Fechas efectivas de cobertura para los periodos especiales de inscripción

Fechas efectivas regulares. Excepto en los casos que se especifican a continuación, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la selección del plan.

Fechas efectivas especiales. En caso de nacimiento, adopción, colocación en adopción o colocación en un hogar de acogida, la cobertura es efectiva para un *individuo calificado o afiliado* en la fecha de nacimiento, adopción, colocación en adopción o colocación en un hogar de acogida. En caso de matrimonio, o en el caso de que un *individuo calificado* pierda la *cobertura mínima esencial*, la cobertura entra en vigor el primer día del mes siguiente.

En caso de inscripción errónea, violación del contrato o circunstancias excepcionales, la cobertura entra en vigor en una fecha apropiada basada en las circunstancias del periodo de inscripción especial, de acuerdo con las directrices publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Dicha fecha debe ser (i) la fecha del evento que desencadenó el periodo de inscripción especial o (ii) de acuerdo con las *fechas efectivas* regulares.

Si un *individuo calificado, afiliado o dependiente* pierde la cobertura, obtiene acceso a un nuevo QHP, recientemente se convierte en elegible para la inscripción en un QHP, recientemente se convierte en elegible para los pagos anticipados de los *créditos fiscales para las primas* en conjunción con un traslado permanente, o está inscrito en la cobertura de continuación de COBRA y las contribuciones del empleador o los subsidios del gobierno cesan por completo, y si la selección del plan se hace en o antes del día del evento desencadenante, el Mercado de Seguros de Salud debe garantizar que la fecha efectiva de la cobertura sea el primer día de calendario del mes siguiente a la fecha del evento desencadenante. Si la elección del plan se realiza después de la fecha del hecho desencadenante, la cobertura entrará en vigor el primer día de calendario del mes siguiente.

Si un *individuo calificado, un afiliado o un dependiente* recientemente obtiene acceso a una ICHRA o recientemente se le proporciona una QSEHRA, y si la selección del plan se realiza antes del día del evento desencadenante, la cobertura entra en vigor el primer día de calendario del mes siguiente a la fecha del evento desencadenante o, si el evento desencadenante es el primer día de calendario de un mes, en la fecha del evento desencadenante. Si la selección del plan se realiza el día del evento desencadenante o después, la cobertura entra en vigor el primer día de calendario del mes siguiente a la selección del plan.

Si un *individuo calificado, afiliado o dependiente* no recibió una notificación oportuna de un evento que desencadena la elegibilidad para un periodo de inscripción especial, y de otra

manera no era razonablemente consciente de que un evento de calificación ocurrió, el Mercado de Seguros de Salud debe permitir que el *individuo calificado, afiliado o dependiente* seleccione un nuevo plan dentro de los 60 días de calendario de la fecha en que él o ella sabía, o razonablemente debería haber sabido, de la ocurrencia del evento desencadenante. Además, a elección del *individuo calificado, afiliado o dependiente*, el Mercado de Seguros de Salud debe ofrecer el primer plan efectivo que hubiera estado disponible, en función del acontecimiento desencadenante aplicable.

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 tres meses por el pago de cada prima por pagar después de la primera prima. Durante el período de gracia, el *contrato* 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 para las primas por adelantado*.

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 Departamento de Salud y Servicios Humanos (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 de calendario por el pago de cada prima por pagar después de la primera prima. Durante el período de gracia, el *contrato* 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 calendario de cada mes para cobertura efectiva durante ese mes. Hay un periodo de gracia de 30 días de calendario. 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 *afiliado*, así como a los *proveedores* de la posibilidad de reclamaciones negadas cuando el *afiliado* está en el período de gracia.

Pago por terceros de la prima o costo compartido

Nosotros requerimos que cada *afiliado* pague sus primas y esto se comunica en sus declaraciones de facturación mensualmente. Nuestras normas de pago se desarrollaron basadas 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 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;
5. Un empleador para un empleado bajo un plan de Cuenta de Reembolso de Salud de Cobertura Individual (ICHRA, por sus siglas en inglés) o Cuenta de Reembolso de Salud de Pequeño Empleador Calificado (QSEHRA, por sus siglas en inglés); o
6. 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 las primas 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*, tenemos el derecho de regresar *el contrato* a la *fecha de vigencia* original.

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 de calendario 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 disposición sobre los **Periodos especiales de inscripción**.

Error en la información del uso de tabaco o nicotina

La respuesta a la pregunta acerca del *tabaco* o *nicotina* que se encuentra en la solicitud de afiliación es material para suscribir nuestra póliza correctamente. Si el uso de *tabaco* o *nicotina* de un *afiliado* ha sido tergiversado en la solicitud de afiliación para cobertura del

afiliado bajo este *contrato*, tenemos el derecho de reevaluar el *contrato* a la *fecha de vigencia* original.

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 un *deducible*, 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 su *Programa de Beneficios*.

Cuando usted, o un dependiente cubierto, recibe servicios de atención médica de un proveedor, puede haber múltiples reclamaciones por ese episodio de atención. Por episodio de atención se entiende los servicios prestados por un *centro* o *proveedor* de atención médica para tratar un problema o una *enfermedad*. Cada reclamación que recibimos por servicios cubiertos por este *contrato* se adjudica o procesa a medida que los recibimos. La cobertura sólo se proporciona para los *gastos de servicio elegibles*. Cada solicitud de reembolso recibida se procesará por separado según la participación en los gastos que se indica en el *contrato* y en su *Programa de Beneficios*.

Deducibles

Los beneficios de este *contrato* 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 elegibles* antes de que los beneficios estén disponibles bajo este *contrato*.

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 *Programa 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*.

Copagos

El *copago* suele ser una cantidad fija en dólares que se paga en el momento del servicio. Se puede exigir a los *afiliados* que paguen *copagos* a un *proveedor* cada vez que se presten servicios que requieran un *copago*. Los *copagos*, tal y como se indica en el *Programa de Beneficios*, se deben pagar en el momento de recibir el servicio. El pago de un *copago* no excluye la posibilidad de que un *proveedor* le facture a usted por cualquier servicio no cubierto. Los *copagos* no cuentan ni se aplican a la *cantidad deducible*, pero sí se aplican a la *cantidad máxima de gastos de su bolsillo*.

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

La mayoría de las obligaciones de pago por sus *gastos 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 *contrato*;
2. Gastos no cubiertos porque se ha alcanzado el máximo del beneficio;
3. Cualquier *gasto elegible* 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 al 100 por ciento para determinar los beneficios disponibles para los *gastos 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 al 100 por ciento para determinar los beneficios disponibles para los *gastos 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:

Califica como un *gasto de servicio cubierto* bajo una o más de las provisiones del beneficio; y

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 elegible*.

Cuando se alcanza la *cantidad anual máxima de su bolsillo*, los *gastos por servicios cubiertos* adicionales serán proporcionados o pagaderos al 100 por ciento 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 elegibles*;
3. Cualquier reducción por gastos incurridos en un proveedor que no pertenece a la red.

Consulte la(s) *cantidad(es) deducible(s) aplicable(s)*, *las cantidades de coaseguro* y *las cantidades de copago* en su *Programa de Beneficios*.

Responsabilidad y facturación de balance o saldo de los proveedores que no pertenecen a la red

Si recibe servicios de un *proveedor que no pertenece a la red*, es posible que tenga que pagar más por los servicios que reciba. *Los proveedores que no pertenecen a la red* pueden facturarle la diferencia entre lo que acordamos pagar y la cantidad total cobrada por un servicio. Esto se conoce como *facturación del balance o saldo*. Esta cantidad es probablemente superior a los *costos de la red* para el mismo servicio y podría no contar para su límite *anual máximo de gastos de su bolsillo*. Sin embargo, usted no es responsable por la *facturación del saldo* cuando se apliquen las *protecciones de facturación de saldos* a los *servicios cubiertos*.

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 día 15 del mes se volverá efectiva el primer día del siguiente mes. Las solicitudes entre el 16 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 del contrato

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*.

Cuenta de ahorro para la salud (HSA, por sus siglas en inglés)

Una cuenta de ahorro para la salud (HSA) es una cuenta de custodia especial exenta de impuestos o un fideicomiso propiedad de un afiliado en el que las contribuciones a la cuenta pueden utilizarse para pagar gastos médicos calificados actuales y futuros. Consulte su Programa de Beneficios para saber si el plan en el que está inscrito tiene una HSA. Para los afiliados inscritos en un plan compatible con HSA, se aplican los siguientes términos.

Los afiliados individuales deben cumplir con los criterios federales de elegibilidad de la HSA para poder abrir y contribuir a una HSA.

Este *contrato* está administrado y suscrito por Celtic Insurance Company para Ambetter from Superior Health Plan. Ninguna de las entidades es un fideicomisario de HSA, un custodio de HSA o un administrador designado para HSA. Celtic Insurance Company, su designado y sus filiales, incluyendo Celtic Insurance Company para Ambetter from Superior Health Plan, no proporcionan asesoramiento fiscal, de inversión o legal a los afiliados.

LOS AFILIADOS SON LOS ÚNICOS RESPONSABLES DE CUMPLIR CON TODOS LOS REGLAMENTOS Y PAUTAS FEDERALES RELACIONADOS CON LA CANTIDAD MÁXIMA PERMITIDA DE LA HSA, LAS CONTRIBUCIONES Y LOS RETIROS CALIFICADOS. ADEMÁS, CADA AFILIADO CON UNA HSA ES RESPONSABLE DE NOTIFICAR A SU CUSTODIO O FIDEICOMISARIO DE LA HSA SI LA INSCRIPCIÓN EN SU PLAN DE HSA HA SIDO CANCELADA O TERMINADA.

LOS TÉRMINOS DE ESTE CONTRATO SE LIMITAN A LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS EN EL MISMO Y NO ABARCAN NINGÚN ACUERDO DE TARIFAS INDIVIDUALES DE LA HSA, REQUISITOS DE MANTENIMIENTO O CONTRIBUCIÓN DE LA CUENTA, PROCEDIMIENTOS DE SOLICITUD, TÉRMINOS, CONDICIONES, GARANTÍAS O LIMITACIONES DE LOS MISMOS, QUEJAS O DISPUTAS CIVILES CON CUALQUIER CUSTODIO O FIDEICOMISARIO DE LA HSA.

CONSULTE CON UN ASESOR FISCAL PROFESIONAL PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LAS IMPLICACIONES FISCALES DE UNA HSA O DE UN PROGRAMA DE HSA.

ADMINISTRACIÓN DE SU ATENCIÓN MÉDICA

Continuación de la atención

Conforme a la ley federal Sin Sorpresas (No Surprises Act), si *un(a) afiliado(a)* es *paciente de atención continua* con respecto a un *proveedor de la red* y se pone fin a la relación contractual con el *proveedor de la red*, de modo que el *proveedor* de la red ya no forma parte de la *red*; o se pone fin a los beneficios debido a un cambio en los términos de la participación del *proveedor*, en lo que respecta a los servicios que el(la) afiliado(a) está recibiendo, como *paciente de atención continua*, entonces el plan debe identificar que el *afiliado* cumple con la definición de *paciente de atención continua* y se le puede permitir que continúe el tratamiento bajo su cuidado. El plan debe:

1. Notificar oportunamente a cada *afiliado* que sea *paciente de atención continua* la finalización y su derecho a elegir la atención transitoria continuada del proveedor o centro;
2. Proporcionar al *afiliado* la oportunidad de notificar al plan la necesidad de atención transitoria del individuo y
3. Permitir que el *afiliado* elija continuar con sus beneficios para el curso del tratamiento relacionado con el estatus del *afiliado* como *paciente de atención continua* durante el período que comienza en la fecha en que se proporciona la notificación anterior y que termina en la primera de las siguientes fechas:
 - a. 90 días de calendario después de haber recibido el aviso descrito en (1); o
 - b. La fecha en la que dicho *afiliado* deja de ser *paciente de atención continua* con respecto al proveedor o al centro.

Servicios que no son de emergencia

Si usted está viajando fuera del área de servicio de Texas puede tener acceso a *proveedores* en otro estado si hay un plan Ambetter ubicado en ese estado. Puede localizar *proveedores* de Ambetter fuera de Texas buscando el estado correspondiente en nuestro directorio de proveedores en <https://guide.ambetterhealth.com/>. No todos los estados tienen planes de Ambetter. Si tiene la intención de buscar atención de un *proveedor* de Ambetter fuera del área de servicio, es posible que deba obtener una *autorización previa* del estado de origen de Ambetter para los servicios que no sean de emergencia. Comuníquese con Servicios para los Afiliados al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de afiliado para obtener más información.

Servicios de emergencia fuera del área de servicio

Nosotros cubrimos los servicios de *emergencia* cuando está fuera de nuestra *área de servicio*. Si se encuentra temporalmente fuera del *área de servicio* y tiene una situación de *emergencia*, llame al 911 o, si se trata de una *emergencia de salud del comportamiento*, llame al 988 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Asegúrese de llamarnos e informarnos de su emergencia en el plazo de un día hábil. No necesita *autorización previa* para los *servicios de emergencia*.

Tecnología nueva

La tecnología de la salud siempre está cambiando. Si consideramos que un nuevo avance médico puede beneficiar a nuestros *afiliados*, lo evaluamos para la cobertura. Estos avances incluyen:

1. Tecnología nueva
2. Procedimientos médicos nuevos
3. Medicamentos nuevos
4. Dispositivos o aparatos nuevos
5. Aplicación nueva de tecnología existente

A veces, nuestro director médico y/o el personal de administración médica identifican los avances tecnológicos que podrían beneficiar a nuestros *afiliados*. El Comité de Política Clínica (Clinical Policy Committee, CPC) revisa las solicitudes de cobertura y decide si debemos cambiar alguno de nuestros beneficios para incluir la tecnología nueva.

Si el CPC no revisa una solicitud de cobertura de tecnología nueva, nuestro Director Médico revisará la solicitud y tomará una única determinación. El CPC puede entonces revisar la solicitud de tecnología nueva en una reunión futura.

Asociación preferida

A medida que las tecnologías y soluciones innovadoras se establecen en el mercado bajo investigación y desarrollo acelerados, podemos optar por ofrecer, a nuestra discreción, nuevos servicios o asociaciones preferidas diseñadas para mejorar el acceso a la atención y mejorar la *administración de la atención*. Ambetter proporcionará acceso a servicios de *terceros* a una tarifa preferida o con descuento. Las tarifas preferidas o con descuento a estos servicios pueden ser comunicadas a todos los *afiliados* por correo electrónico, correo o promociones telefónicas. Las asociaciones preferidas son beneficios opcionales para todos los *afiliados*.

Médico de atención primaria (PCP)

Usted puede, pero no está obligado, a seleccionar cualquier *PCP de la red* que esté aceptando nuevos pacientes de cualquiera de los siguientes tipos de proveedores:

1. Médicos de familia
2. Médicos generales
3. Medicina interna
4. Enfermeros practicantes*
5. Asistentes médicos
6. Obstetras/ginecólogos
7. Pediatras (para niños)

*Si elige a un enfermero o enfermera practicante como su *PCP*, la cobertura de sus beneficios y las *cantidades de copago* son las mismas que las de los servicios de otros *proveedores de la red*. Consulte el *Programa de Beneficios* para obtener más información.

Usted puede obtener una lista de los *PCP de la red* en nuestro sitio web utilizando la función "Buscar un proveedor" o comunicándose con nuestro departamento de Servicios para los Afiliados. Debe conocer a su *PCP* y establecer una relación positiva con él o ella. Su *PCP* debe:

1. Proporcionar atención preventiva y realizar pruebas de detección.
2. Llevar a cabo exámenes físicos regulares según sea necesario.
3. Llevar a cabo inmunizaciones regulares según sea necesario.
4. Prestar un servicio oportuno.
5. Colaborar con otros médicos cuando usted recibe atención en otro lugar.
6. Coordinar la atención especializada con los *especialistas de la red*.
7. Proporcionar cualquier atención continua que necesite.
8. Actualizar su historia clínica, lo que incluye llevar un registro de toda la atención que recibe de todos sus *proveedores*.
9. Tratar a todos los pacientes de la misma manera con dignidad y respeto.
10. Asegurarse de que puede contactar con él o ella o con otro *proveedor* en todo momento.
11. Hablar de lo que son las directivas anticipadas y archivarlas adecuadamente en su expediente médico.

Su *PCP de la red* se encargará de coordinar todos los servicios de salud cubiertos con otros *proveedores de la red*.

Cómo comunicarse con su médico de atención primaria (PCP)

Para hacer una cita con su *PCP*, llame a su oficina durante el horario de trabajo y establezca una fecha y hora. Si necesita cancelar o cambiar su cita, llame con 24 horas de antelación. En cada cita, asegúrese de traer su tarjeta de identificación de afiliado y una identificación con foto.

Si necesita atención fuera de las horas de consulta de su *PCP*, debe llamar al consultorio de su *PCP* para obtener información sobre cómo recibir atención después de las horas de consulta en su área. Si tiene un problema o una pregunta médica urgente o no puede comunicarse con su *PCP* durante las horas normales de oficina, llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería 24/7 al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989). Un(a) enfermero(a) con licencia está siempre disponible y listo(a) para responder a sus preguntas de salud. Si se encuentra en una situación de emergencia, llame al 911 o, si se trata de una *emergencia de salud del comportamiento*, llame al 988 o acuda a la sala de emergencias más cercana.

Su *PCP 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 *PCP 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 días laborables a partir de la recepción de la documentación razonablemente solicitada, podremos autorizar una referencia para un *proveedor que no pertenece a la red* y reembolsar totalmente al *proveedor que no pertenece a la red* al honorario usual y acostumbrado o al honorario acordado.

Cómo cambiar de médico de atención primaria (PCP)

Usted puede cambiar su *PCP de la red* por cualquier motivo, pero no más de una vez al mes, presentando una solicitud por escrito, en línea en nuestro sitio web Ambetterhealth.com/en/tx, o comunicándose con Servicios para los Afiliados al número que aparece en su tarjeta de identificación de *afiliado*. El cambio de su *PCP de la red* entrará en vigor a más tardar 30 días de calendario después de la fecha en que recibamos su solicitud.

Autorización previa

Ambetter revisa los servicios para asegurarse de que la atención que recibe es la mejor manera de ayudar a mejorar su afección de salud. La *revisión de la utilización* incluye:

1. Revisión de pre-servicio o *autorización previa* - ocurre cuando un servicio médico ha sido pre-aprobado por Ambetter.
2. Revisión concurrente: se produce cuando se revisa un servicio médico en el momento en que se produce (por ejemplo, la estadía de un *paciente internado* o la admisión en un *hospital*)
3. Revisión retrospectiva - ocurre después de que un servicio ya ha sido proporcionado.

De conformidad con la Ley federal "Sin sorpresas", los *servicios de emergencia* prestados por un *proveedor que no pertenece a la red* son *servicios cubiertos* sin necesidad de *autorización previa*.

Para algunos proveedores, no requerimos *autorización previa* para determinados servicios de atención médica si, en el periodo de evaluación semestral más reciente, hemos aprobado o habríamos aprobado no menos del 90 por ciento de las solicitudes de *autorización previa* presentadas por el médico o proveedor para el servicio de atención médica en particular.

Algunos servicios médicos, farmacéuticos y para la *salud del comportamiento* cubiertos requieren *autorización previa*. En general, los *proveedores de la red* no necesitan 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 el *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 que no pertenece a la red;
2. Sea admitido en una instalación de la red por un proveedor que no pertenece a 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 que no pertenece a la red.

Nosotros sugerimos que las solicitudes de *autorización previa* (para servicios médicos, farmacéuticos y para la *salud del comportamiento*) se nos hagan llegar por medio del portal de proveedores/efax/llamada telefónica como sigue:

1. Al menos cinco días de calendario previos a una admisión electiva como *paciente internado* en un *hospital, instalación de cuidado prolongado o de rehabilitación, centro de cuidados paliativos (hospicio) o* centro de tratamiento residencial.
2. Al menos 30 días de calendario previos a la evaluación inicial para servicios de trasplante de órganos.
3. Al menos 30 días de calendario 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 cinco días de calendario 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 que la *autorización previa* haya sido recibida, le notificaremos a usted y a su proveedor si la solicitud ha sido aprobada tal como sigue:

1. Para los servicios que requieren *autorización previa*, en un plazo de tres días de calendario a partir de la devolución.
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.

En situaciones en las que se necesite información adicional para tomar una decisión, estos plazos podrán ampliarse de conformidad con la *ley aplicable*.

No es necesario que obtenga nuestra *autorización previa* ni la de ninguna otra persona (incluido su PCP) para recibir atención obstétrica o ginecológica de un médico practicante de *nuestra red* especializado en obstetricia o ginecología. No obstante, el médico practicante puede estar obligado a cumplir determinados procedimientos, como obtener una *autorización previa* para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para realizar *referencias*. Para obtener una lista de los *médicos* participantes especializados en obstetricia o ginecología, comuníquese con Servicios para los Afiliados.

Proceso de renovación de la autorización previa

La Administración Médica tramitará las solicitudes de renovación de la *autorización previa* al menos 60 días de calendario antes de la fecha de expiración de la misma. Como referencia en el proyecto de ley 3041 de la 86 Legislatura de Texas.

Si el emisor recibe una solicitud de renovación antes de que expire la *preautorización* existente, el emisor debe, si es factible, revisar y emitir una determinación antes de que expire la *preautorización* existente.

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 de afiliado 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 los servicios para los que no hayan obtenido los requisitos de *autorización previa* antes de recibir los *servicios de emergencia*. Sin embargo, debe comunicarse con nosotros tan pronto como sea razonablemente posible después de recibir los *servicios de 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*.

Denegaciones de autorización previa

Consulte la sección de **Procedimientos de Queja y Apelación** de este contrato para obtener información sobre sus derechos de apelar una *autorización* denegada.

Proveedores basados en el hospital

Al recibir atención en un *hospital de la red* es posible que algunos proveedores con base en el *hospital* no sean *proveedores de la red*. Si existe un *aviso y consentimiento* y/o una *exención de Texas* para renunciar a las *protecciones de facturación de saldos*, usted puede ser responsable del pago de la totalidad o parte de la *factura de saldos*. Cualquier cantidad que esté obligado a pagar al *proveedor que no pertenece a la red* que exceda el *gasto elegible* no se aplicará a su *cantidad deducible* o al *máximo de gastos de bolsillo*.

SERVICIOS Y SUMINISTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CUBIERTOS

Nosotros proporcionamos 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*.

Los beneficios esenciales de salud están definidos por la ley federal y estatal y se refieren a los beneficios en al menos las siguientes categorías: servicios para pacientes ambulatorios, servicios de emergencia, hospitalización, atención de maternidad y de recién nacidos, servicios de salud mental y de *trastornos por uso de sustancias*, incluyendo el tratamiento para la *salud del comportamiento*, *medicamentos recetados*, servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación, servicios de laboratorio, servicios preventivos y de bienestar y administración de enfermedades crónicas y servicios pediátricos, incluyendo la atención oral y de la vista. Los beneficios de salud esenciales proporcionados dentro de este *contrato* no están sujetos a máximos de por vida o anuales en dólares. Sin embargo, algunos beneficios de salud no esenciales están sujetos ya sea a un máximo de por vida o anual en dólares.

Las *cantidades de copagos, deducible y coaseguro* 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 Programa de Beneficios en exceso de sus *cantidades de copagos, cantidades de coaseguros*, y cualquier *deducible* aplicable mostrados son nuestra obligación. El resto de los 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, entre otros, a las condiciones, exclusiones y limitaciones, términos definidos, *autorizaciones previas, máximos de beneficios* y disposiciones 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 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 si dichos servicios son necesarios como consecuencia de una *lesión cerebral adquirida* y están relacionados con ella, e incluyen.

1. *Terapia de rehabilitación cognitiva*;
2. *Terapia de comunicación cognitiva*;
3. *Terapia neurocognitiva y rehabilitación*;
4. Pruebas y tratamiento de neuro comportamiento, neuropsicológico, neurofisiológico y psicofisiológico;
5. *Terapia de neuroretroalimentación*;
6. Medidas de corrección necesarias y relacionadas con el tratamiento de una *lesión cerebral adquirida*;
7. Los *servicios de transición post-agudos* y de reintegración en la comunidad, incluidos los *servicios ambulatorios de tratamiento diurno*, o cualquier otro servicio de tratamiento post-agudos están cubiertos, si dichos servicios son necesarios como consecuencia de una *lesión cerebral adquirida* y están relacionados con la misma.

Conforme al artículo 1352.003(e) del Código de Seguros, un plan de beneficios de salud debe incluir la cobertura de los gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de una persona cubierta por el plan que haya sufrido una *lesión cerebral adquirida*, no haya respondido al tratamiento y posteriormente responda al tratamiento.

El tratamiento de una lesión cerebral adquirida puede proporcionarse en un *hospital*, un hospital de *rehabilitación* aguda o post aguda, un centro de enfermería especializada, un centro de vida asistida o cualquier otro centro donde se proporcionen *servicios cubiertos*. Los objetivos del tratamiento de los servicios pueden incluir el mantenimiento del funcionamiento o la prevención o desaceleración de un mayor *deterioro*. La atención de custodia (cuidado supervisado) y la atención de enfermería a largo plazo no son *servicios cubiertos* por este *contrato*.

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

1. Ha sufrido una *lesión cerebral adquirida*;
2. No ha respondido al tratamiento;
3. Está médicamente estable; y
4. Para garantizar que se proporcione un tratamiento adecuado de atención postaguda, este plan incluye la cobertura de los gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de una persona cubierta con la expectativa de que, con la prestación de estos servicios y apoyo, la persona pueda volver a un entorno comunitario, en lugar de residir en un establecimiento.

Tratamiento de las alergias

Los objetivos del tratamiento pueden incluir el mantenimiento del funcionamiento o la prevención o retraso de un deterioro mayor.

Servicios de ambulancia

Beneficios del servicio de ambulancia terrestre (tierra y agua)

Los gastos de servicios cubiertos incluirán los servicios de ambulancia para el transporte terrestre y acuático al domicilio, lugar del accidente o *afección de emergencia*:

1. En los casos en que *el afiliado* tenga una *afección de emergencia*, al *hospital más cercano* que pueda proporcionar *servicios de emergencia* apropiados para la *afección de emergencia* del *afiliado*.
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 un nivel de atención más apropiado cuando lo *autorice* Ambetter from Superior HealthPlan.
4. Cuando lo ordene un empleador, escuela, bomberos o funcionario de seguridad pública y el *afiliado* no esté en condiciones de negarse; o
5. Cuando un *afiliado* es requerido por nosotros para pasar de un *proveedor que no pertenece a la red* a un *proveedor de la red*.

No se requiere *autorización previa* para el transporte de *emergencia* en ambulancia. No se le debe *facturar el saldo* por los servicios de un proveedor de transporte de *emergencia* en ambulancia que no pertenezca a la red, más allá de su *costo compartido*, por servicios de ambulancia terrestre y acuática. NOTA: El transporte en ambulancia que no sea de emergencia requiere *autorización previa*. A menos que la legislación federal o estatal requiera lo contrario, si recibe servicios que no son de *emergencia* de proveedores de ambulancias que no pertenecen a la red, es posible que se le *facture el saldo*.

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. Los servicios de ambulancia proporcionados para la comodidad o conveniencia de un *afiliado*.
3. El transporte que no es de emergencia.

Beneficios del servicio de ambulancia aérea

Los servicios cubiertos incluirán los servicios de ambulancia para el transporte en ambulancia de ala fija y rotatoria desde el domicilio, el lugar del accidente o la *afección de emergencia*, sujetos a otras limitaciones de la cobertura que se explican a continuación:

1. En los casos en que el *afiliado* tenga una *afección de emergencia*, al hospital más cercano que pueda proporcionar los servicios apropiados para tratar la *afección de emergencia* del *afiliado*.

2. A la unidad de cuidados especiales neonatales para recién nacidos más cercana para el tratamiento de *enfermedades, lesiones*, defectos congénitos de nacimiento o complicaciones de nacimiento prematuro que requieran ese grado de atención.
3. Transporte entre *hospitales* o entre un *hospital* y un nivel de atención más apropiado cuando lo *autorice* Ambetter from Superior HealthPlan.
4. Cuando lo ordene un empleador, una escuela, un bombero o un funcionario de seguridad pública y el *afiliado* no esté en condiciones de negarse; o
5. Cuando el *afiliado* sea requerido por nosotros para pasar de un *proveedor que no pertenece a la red* a un *proveedor de la red*.

El transporte en ambulancia aérea no urgente requiere *autorización previa*. No se requiere *autorización previa* para el transporte en ambulancia cuando el *afiliado* esté sufriendo una *afección de emergencia*. NOTA: No se le debe *facturar el saldo* de los servicios de ambulancia aérea cubiertos.

Limitaciones: La cobertura de los servicios de ambulancia aérea se limita a los siguientes casos:

1. Servicios solicitados por las autoridades policiales o médicas en el lugar de la *emergencia*.
2. Aquellas situaciones en las que el *afiliado* se encuentre en un lugar al que no pueda llegar una ambulancia terrestre.
3. El transporte al *hospital* más cercano equipado y con personal para el tratamiento de la afección médica del *afiliado*.

Exclusiones

Ningún beneficio será pagado por:

1. Servicios de ambulancia aérea cubiertos por un cuerpo municipal o gubernamental local, a menos que de lo contrario sea requerido por la ley.
2. Servicios de ambulancia aérea que no sean de emergencia, a menos que se obtenga *autorización previa*.
3. Servicios de ambulancia aérea:
4. Fuera de los 50 Estados Unidos y el Distrito de Columbia;
5. Desde un país o territorio fuera de Estados Unidos a un lugar dentro de los 50 Estados Unidos o el Distrito de Columbia; o
6. Desde un lugar situado en los 50 Estados Unidos o el Distrito de Columbia hasta un país o territorio situado fuera de Estados Unidos.
7. Los servicios de ambulancia aérea proporcionados para la comodidad o conveniencia de un *afiliado*.
8. El transporte que no es de emergencia (por ejemplo, los vuelos comerciales).

Beneficios para el trastorno del espectro autista

Las personas que proporcionen el tratamiento prescrito en virtud de dicho plan deben ser

profesionales de atención médica:

1. Que tenga licencia, esté certificado o registrado por una agencia apropiada del estado de Texas;
2. Cuya credencial profesional esté reconocida y aceptada por una agencia apropiada de los Estados Unidos;
3. Quién está certificado como proveedor bajo el sistema de salud militar TRICARE; o
4. Que actúa bajo la supervisión de un profesional de atención médica

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

1. Servicios de evaluación y valoración;
2. Terapia de análisis de comportamiento aplicado;
3. Control del comportamiento y capacidades del comportamiento;
4. Servicios de rehabilitación para personas diagnosticadas con *trastorno del espectro autista*;
5. Terapia del habla;
6. Terapia ocupacional;
7. Fisioterapia;
8. Atención psiquiátrica, como los servicios de asesoramiento prestados por un psiquiatra, un psicólogo, un consejero profesional o un trabajador social clínico con licencia; y
9. Medicamentos o complementos nutritivos usados para tratar síntomas del *trastorno del espectro autista*.

No existe ninguna limitación dentro de los beneficios para los servicios de análisis del comportamiento aplicado. Estos servicios están sujetos a *autorización previa* para determinar la necesidad médica. Si se proporcionan varios servicios en el mismo día por diferentes proveedores, se aplicará un *copago* y/o *coaseguro* por separado a cada proveedor.

Programas de administración de la atención médica

Comprendemos las necesidades de salud especiales y estamos preparados para ayudarle a controlar las que pueda tener. Nuestros servicios de *administración de la atención* pueden ayudarle con necesidades médicas o de *salud del comportamiento* complejas. Si califica para la *Administración de la atención*, le pondremos en contacto con un administrador de la atención médica. Los administradores de la atención médica están especialmente capacitados(as) para ayudarle a:

1. Entender y controlar mejor sus enfermedades
2. Coordinar los servicios
3. Localizar los recursos comunitarios

Su administrador de la atención médica trabajará con usted y con su médico para ayudarle a obtener la atención que necesita. Si padece una enfermedad grave, su administrador de la atención colaborará con usted, su médico de atención primaria (*PCP*) y otros *proveedores* para elaborar un plan de atención que satisfaga sus necesidades y las de su cuidador. Si cree que podría beneficiarse de nuestro programa de *Administración de la Atención Médica*, llame a Servicios para los Afiliados.

Servicios quiroprácticos

Los servicios quiroprácticos están cubiertos cuando un quiropráctico de la *red* 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 demás términos y condiciones del *contrato*, incluidos la *cantidad de deducible* y las provisiones de *costos compartidos*.

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 de los Estados Unidos (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:
 - a. El artículo o servicio *en fase de investigación*;
 - b. 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
 - c. 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. Las fases I y II de un estudio clínico son aprobadas o financiadas por uno o más de los siguientes:
 - a. Los Institutos Nacionales de Salud;
 - b. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades;
 - c. La Agencia para Investigación y la Calidad de la Atención Médica;
 - d. Los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid;

- e. El grupo o centro cooperativo de cualquiera de las entidades descritas en las cláusulas (a) a (d) o el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de los Veteranos;
 - f. Una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para las subvenciones de apoyo al centro;
 - g. El estudio o la investigación se realiza conforme a una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos;
 - h. El estudio o la investigación es un estudio de medicamentos que está exento de tener dicha solicitud de investigación de nuevos medicamentos;
 - i. Una junta de revisión institucional de una institución de este estado que tenga un acuerdo con la Oficina para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; 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, por sus siglas en inglés);
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 la forma 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. La participación en estudios clínicos está sujeta a los requisitos de *autorización previa* establecidos en este *contrato*.

Cuidado para la diabetes

Los beneficios están disponibles para los servicios y suministros *médicamente necesarios* usados en el tratamiento de personas con diabetes gestacional, tipo I o tipo II.

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

1. Capacitación para el autocontrol de la diabetes;
2. Medidores de glucosa en sangre *médicamente necesarios*, incluidos los medidores de glucosa no invasivos diseñados para ser usados por invidentes legales o adaptados a ellos;
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;
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;

17. Asesoramiento nutricional.

18. Exámenes de detección de retinopatías, según sea *médicamente necesario*

La cantidad total que tendrá que pagar por un medicamento de insulina cubierto no excederá ningún límite estatal y/o federal obligatorio.

Servicios de diálisis

Los servicios de diálisis agudos y crónicos *necesarios desde el punto de vista médico* son *servicios 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. Usted puede recibir hemodiálisis en una *instalación* para diálisis de la *red*, o diálisis peritoneal en su casa de un *proveedor de la red*.

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 por un *proveedor de la red*;
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.

Después de recibir la capacitación adecuada en una *instalación* para diálisis de la red, cubriremos el equipo y los suministros médicos que usted o su cuidador necesiten para la hemodiálisis y la diálisis peritoneal en casa. 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 autorizamos antes de la compra.

Suministros médicos desechables

Los suministros médicos desechables, que tienen un objetivo médico primario, están cubiertos y están sujetos a límites de cantidad razonables determinados por nosotros. Algunos ejemplos incluyen, pero no se limitan a: vendas y envolturas, guantes, catéteres de succión, esponjas quirúrgicas, agujas hipodérmicas, jeringas y aplicadores. Los suministros están sujetos a las *cantidades de deducible, copago y/o coaseguro del afiliado*.

Equipo médico duradero, prótesis y aparatos ortopédicos

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 afección, 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*. El *equipo médico duradero* y los suministros están sujetos a *autorización previa*, tal y como se indica en el presente *contrato*.

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. La evaluación debe realizarla un proveedor de *equipos médicos duraderos de la red* para calcular 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. Los costos del alquiler no deben ser más altos que el precio de compra. Nosotros no pagaremos por el 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. Todos los tipos de *equipos y suministros médicos duraderos* están sujetos a *autorización previa*, según lo establecido en este *contrato*. Consulte su *Programa de beneficios* para conocer los niveles de beneficios o límites adicionales.

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*.
9. Máquinas de análisis INR en casa.

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/jeringas.

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* pueden incluir, pero sin limitarse a:

1. Cinta adhesiva, curitas (*band aids*), aplicadores con punta de algodón.
2. Arcos ortopédicos de venta libre.
3. Almohadilla en forma de aro.
4. Compresas calientes, bolsas de hielo.
5. Vitaminas (excepto lo previsto en la provisión de **Beneficios de Gastos de atención preventiva**).
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

Los *aparatos ortopédicos* y *protésicos* deben ser proporcionados y organizados por su *PCP* y requerirán *autorización previa*. 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 u 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 *aparatos 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. Lentes oscurecidas para el tratamiento de la fotofobia.
7. Implante coclear.
8. Suministros para colostomía y otra ostomía (construcción quirúrgica de un orificio artificial) directamente relacionados con el cuidado de la ostomía.
9. Prótesis de restauración (prótesis facial compuesta).
10. Pelucas (no más de una por período de beneficios), cuando se adquieren a través de un *proveedor de la red*. Esta cobertura sólo se proporciona a *los afiliados* que sufren de pérdida de cabello como resultado de una enfermedad subyacente, un tratamiento o *una lesión*. La cobertura estará sujeta a una recomendación escrita del *médico* tratante en la que se indique que la peluca es *médicamente necesaria*.

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. Prótesis de pene cuando no se cumplan los criterios de necesidad médica o se trate de un procedimiento estrictamente estético.

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. Cubrimos el calzado correctivo médicamente necesario. Puede ser necesaria una *autorización previa*.

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.
10. Dispositivos para la corrección de la plagiocefalia posicional.
11. Calzado ortopédico.
12. Medias elásticas estándar

Los aparatos ortopédicos se pueden sustituir una vez al año por *afiliado* cuando sea *médicamente necesario* en la situación del *afiliado*. Sin embargo, se permitirán sustituciones adicionales para los *afiliados* cuando sea *médicamente necesario*, o para cualquier *afiliado* cuando un aparato esté dañado y no se pueda reparar.

Exclusiones:

1. Los servicios y suministros no cubiertos pueden incluir, pero sin limitarse a:
2. Aparatos para mantener al pie en posición, tales como plantillas ortopédicas a menos que ellos sean parte integral de un refuerzo de pierna.
3. Portaligas, y otros suministros no especialmente fabricados y ajustados (excepto como se especifica en la provisión de **Suministros Médicos** arriba mencionada).
4. 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.

Servicios de emergencia

Si tiene una situación de emergencia, debe llamar al 911 o, si se trata de una *emergencia de salud del comportamiento*, llame al 988 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Cubrimos *servicios de emergencia* tanto dentro como fuera de nuestra área de servicio. Cubrimos estos servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Ejemplos de *afecciones de emergencia* son las hemorragias inusuales o excesivas, las fracturas óseas, el

dolor abdominal o torácico agudo, la inconsciencia, las convulsiones, la dificultad respiratoria, la sospecha de infarto, el dolor súbito y persistente, las lesiones o quemaduras graves o múltiples y las intoxicaciones.

Si es razonablemente posible, comuníquese con su *proveedor de la red* o profesional de la *salud del comportamiento* antes de recibir *servicios de emergencia*. Ellos pueden ayudarle a determinar si necesita *servicios de emergencia* por una *lesión* accidental y recomendarle esa atención. Si no es razonablemente posible, acuda al *centro* de emergencias más cercano, pertenezca o no a la *red*.

Independientemente de que requiera *hospitalización* o no, debe informar a su *proveedor de la red* o profesional de la *salud del comportamiento* en un plazo de 48 horas, o tan pronto como sea razonablemente posible, después de recibir cualquier *servicio de emergencia*, para que pueda recomendar la continuación de cualquier servicio médico necesario.

Todo tratamiento recibido de un *proveedor que no pertenece a la red* para una *afección de emergencia* antes de la estabilización, e incluidos los servicios originados en un centro de emergencias después del tratamiento o estabilización de una *afección de emergencia* hasta que se pueda esperar razonablemente que usted se traslade a un *centro de la red* o según lo aprobado por nosotros, se tratarán como *servicios cubiertos* recibidos de un *proveedor de la red*.

NOTA: Es posible que algunos proveedores que prestan *servicios de emergencia* no pertenezcan a su *red*. Estos servicios están sujetos a las *protecciones de facturación de saldos* y el *proveedor que no pertenece a la red* no puede facturarle a usted la diferencia entre nuestra *cantidad permitida* y la *cantidad facturada* por el proveedor. Los *servicios posteriores a la estabilización* también están sujetos a las *protecciones de facturación de saldos* a menos que haya *aviso y consentimiento*.

El tratamiento proporcionado por *proveedores que no pertenecen a la red* después de la *estabilización de la afección de emergencia* requiere autorización. Facilitaremos el traslado a un *centro de la red* para la atención hospitalaria necesaria después de la *estabilización* de una *afección de emergencia* tratada en un *centro que no pertenece a la red*. Por favor, infórmenos lo antes posible si recibe tratamiento *para una afección de emergencia*. A menos que lo autoricemos, los servicios recibidos de un *proveedor que no pertenece a la red* después de la estabilización de una *afección de emergencia* no están cubiertos.

Preservación de la fertilidad

Servicios de preservación de la fertilidad *médicamente necesarios* para los *afiliados* cuando un tratamiento médico provoque directa o indirectamente "infertilidad iatrogénica", que es una alteración de la fertilidad por *cirugía*, radioterapia, quimioterapia u otro tratamiento médico que afecte a los órganos o procesos de reproducción. Se pueden imponer *costos compartidos*, como *deducibles*, *copagos* y *coaseguros*, en los servicios de preservación de la fertilidad, si el *costo compartido* es coherente con otros beneficios del *contrato* y el lugar de servicio. Los servicios incluyen la recolección, congelación y conservación de óvulos o espermatozoides, y otros servicios estándar que no son *experimentales ni de investigación*. (El almacenamiento se excluye).

La cobertura puede limitarse a los *proveedores de la red* para los servicios de *preservación de la fertilidad*, a menos que el emisor no disponga de un *proveedor dentro de la red* con la

formación y experiencia adecuadas para satisfacer las necesidades del *afiliado*. Puede ser necesaria una *autorización previa* y/o una *referencia*.

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

Es posible que se requiera *autorización previa*, tal y como se describe en este *contrato*. 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 *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:
3. Servicios de habitación y alimentación y de enfermería.
4. Análisis de diagnóstico.
5. 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.
6. 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*.
7. Fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla para pacientes ambulatorios.

Consulte su *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* están cubiertos cuando su *médico* proporciona una orden que indica que no puede viajar para acudir a una cita en un consultorio médico. Se proporciona cobertura para la atención

médicamente necesaria dentro de la red proporcionada en el domicilio del *afiliado* y se limita a los siguientes cargos:

1. Los *servicios de asistencia médica en el hogar*, sólo si se proporcionan en conjunto con los servicios de enfermeros(as) registrados(as) especializados(as) o de enfermeros(as) prácticos(as) con licencia.
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. Servicios especializados de un(a) enfermero(a) titulado(a) o de un(a) enfermero(a) práctico(a) con licencia proporcionados en régimen ambulatorio.
6. *Suministros médicos necesarios*.
7. Alquiler de *equipo médico duradero necesario desde el punto de vista médico*.

Los gastos de la *terapia de infusión a domicilio* son *gastos de servicio cubiertos* en la medida en que hubieran sido *gastos de servicio cubiertos* durante una hospitalización.

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.

Los *servicios* y beneficios de atención médica a domicilio están sujetos a los requisitos de *autorización previa* establecidos en este *contrato*. Consulte el *Programa de beneficios* para conocer los *costos compartidos* y cualquier limitación asociada con este beneficio.

Exclusión:

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

Beneficios de cuidado de hospicio

Esta provisión sólo se aplica a un *afiliado* con una *enfermedad terminal* que recibe los cuidados *médicamente necesarios* en el marco de un *programa de cuidados paliativos* o en un entorno domiciliario. La *atención de relevo* está cubierta en régimen de hospitalización o a domicilio para aliviar temporalmente a los familiares de las obligaciones de cuidar a un afiliado que recibe *cuidados paliativos (de hospicio)*. Los días de relevo que se aplican a las obligaciones *de costo compartido del afiliado* se consideran beneficios proporcionados y se aplicarán contra cualquier límite máximo de beneficios para estos servicios. Consulte su *Programa de beneficios* para conocer los *límites de cobertura*. Los beneficios para la atención hospitalaria en *hospicio*, domiciliaria y ambulatoria en centros de cuidados paliativos están sujetos a *autorización previa*, tal y como se indica en este *contrato*. Los *servicios 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. Diálisis en casa (excepto cuando la Enfermedad Renal Terminal (ESRD) es la enfermedad terminal.)
8. Asesoramiento para el *afiliado* respecto a su *enfermedad* terminal.
9. *Asesoramiento de la enfermedad terminal* para la *familia inmediata del afiliado*.
10. *Consejería por luto*.

Los beneficios para *cuidados paliativos hospitalarios (hospicio)*, domiciliarios o ambulatorios están disponibles para un *afiliado* con una enfermedad terminal durante un periodo continuo de hasta 365 días por periodo de beneficio. Por cada día que el *afiliado* permanezca ingresado en un *centro de cuidados paliativos (hospicio)*, los beneficios de alojamiento y manutención no excederán la tarifa de habitación semiprivada más común del *hospital* o residencia de ancianos a la que esté asociado el *centro de cuidados paliativos*.

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 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. Una habitación de hospital privada cuando sea necesaria para el aislamiento.
3. Alojamiento, alimentación diaria y servicios de enfermería mientras se encuentre confinado en una *unidad de cuidado intensivo*.

4. Uso del *paciente internado* de una sala de operaciones, tratamiento, o recuperación.
5. Uso del paciente ambulatorio de una sala de operaciones, tratamiento, o recuperación para *cirugía*.
6. Servicios y suministros inclusive fármacos y medicamentos que rutinariamente se proporcionan por el *hospital* a las personas para usar sólo mientras estén *internados*.
7. *Servicios de emergencia*, 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 como la laparoscopia diagnóstica, la biopsia de endometrio y el análisis de semen. Se incluyen beneficios para tratar las enfermedades subyacentes que causan la infertilidad (como la endometriosis, la obstrucción de las trompas de Falopio y la deficiencia hormonal). Esto no cubre el tratamiento o *procedimientos quirúrgicos* para infertilidad inclusive la inseminación artificial, fertilización in vitro, reproducción asistida médicamente (MAR, por sus siglas en inglés) y otros tipos de medidas artificiales o quirúrgicas de concepción inclusive los medicamentos administrados en relación con estos procedimientos.

Cuidados agudos de larga duración

Los hospitales de cuidados agudos de larga duración (LTACH, por sus siglas en inglés) proporcionan atención médica y de rehabilitación prolongada a personas con problemas clínicamente complejos, como múltiples afecciones agudas o crónicas, que necesitan atención hospitalaria durante períodos relativamente prolongados. Los beneficios del LTACH están sujetos a los requisitos de *autorización previa* establecidos en el presente *contrato*.

Las enfermedades/servicios comunes que pueden considerarse médicamente necesarios para el grado de atención LTACH incluyen, pero no se limitan a:

1. Atención de heridas (lesiones) complejas:
 - a. Control médico diario de la herida
 - b. Herida que requiere frecuentes y complicados cambios de apósitos, y posible desbridamiento repetido del tejido necrótico.
 - c. Herida grande con posible retraso en el cierre, drenaje y/o fístulas de túnel o de alto gasto.
 - d. Herida de la extremidad inferior con isquemia grave.
 - e. Colgajos e injertos de piel que requieren un control frecuente.
2. Enfermedades infecciosas:
 - a. Agente(s) antiinfeccioso(s) parenteral(es) con ajustes de dosis
 - b. Tratamiento intensivo de la sepsis

- c. Las afecciones más comunes son la osteomielitis, celulitis, bacteriemia, endocarditis, peritonitis, meningitis/encefalitis, abscesos e infecciones de heridas.
3. Complejidad médica:
- a. Enfermedad primaria y al menos otras dos enfermedades comórbidas tratadas activamente que requieren seguimiento y tratamiento.
 - b. Entre las afecciones más comunes se encuentran los trastornos metabólicos, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal, la pancreatitis necrotizante, el enfisema (EPOC), la enfermedad vascular periférica y la enfermedad maligna/en fase terminal.
4. Rehabilitación:
- a. Las necesidades de atención no pueden satisfacerse en un centro de rehabilitación o de enfermería especializada.
 - b. El paciente tiene una comorbilidad que requiere cuidados agudos.
 - c. El paciente es capaz de participar en un plan de rehabilitación orientado a objetivos.
 - d. Las enfermedades más comunes son las afecciones del SNC con limitaciones funcionales, debilitamiento, amputación, enfermedad cardíaca, *cirugía* ortopédica.
5. Soporte de ventilador mecánico:
- a. Intentos fallidos de destete en un centro de cuidados intensivos
 - b. El paciente ha recibido ventilación mecánica durante 21 días de calendario consecutivos durante 6 horas o más al día.
 - c. Se requiere el manejo del ventilador al menos cada 4 horas, así como servicios de diagnóstico y evaluaciones apropiadas.
 - d. El paciente presenta un potencial de destete, sin afecciones pulmonares y/o neurológicas intratables y/o progresivas.
 - e. El paciente está hemodinámicamente estable y no depende de vasopresores.
 - f. El estado respiratorio es estable con un requerimiento de PEEP máximo de 10 cm H₂O, y una FiO₂ del 60 por ciento o menos con una saturación de O₂ de al menos el 90 por ciento.
 - g. Las enfermedades más comunes son las complicaciones de la *lesión* pulmonar aguda, los trastornos del sistema nervioso central y neuromuscular, y los trastornos cardiovasculares, respiratorios y de la pared pleural o torácica.
 - h. El paciente sigue cumpliendo con los criterios anteriores y no cumple con los criterios para ser trasladado a un nivel de atención alternativo.

Linfedema

El tratamiento para el linfedema está cubierto cuando es prestado o recetado por un *médico* autorizado o cuando se recibe en un *hospital* u otro centro público o privado *autorizado* para proporcionar tratamiento para el linfedema. La cobertura incluye los sistemas de vendaje de

compresión multicapa y las prendas de compresión de gradiente a medida o de ajuste estándar.

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 se requiere que un *médico* u otro *proveedor de atención médica* obtenga una *autorización previa* para el parto. Sin embargo, una hospitalización de más de 48 horas para un parto vaginal o de 96 horas para un parto por cesárea requerirá que se nos notifique. La cobertura también incluye la atención posterior al parto para una mujer que haya sido dada de alta antes de la finalización de las horas mínimas de cobertura.

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.
6. Servicios o suministros médicos para partos en casa, requeridos por profesionales médicos o tratamiento *médicamente necesario*.

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*:

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.

Obligación de cooperar. No cubrimos los servicios o suministros relacionados con el *embarazo* de la *afiliada* cuando ésta actúa como *madre sustituta* y ha llegado a un *acuerdo de subrogación*. Para obtener más información sobre los servicios excluidos, consulte la sección **Servicios generales no cubiertos y exclusiones**. Las *afiliadas* que son *madres sustitutas* en el momento de la inscripción o las *afiliadas* que aceptan un *Acuerdo de Subrogación* durante el año del plan deben, dentro de los 30 días de calendario de la inscripción o del acuerdo para participar en un *acuerdo de Subrogación*, enviarnos una notificación por escrito del *acuerdo de Subrogación* a Superior Health Plan at Member Services, 5900 E. Ben White Blvd., Austin, Texas 78741. En el caso de que una *afiliada* no cumpla con esta disposición, nos reservamos el derecho de hacer cumplir este *contrato* sobre la base de fraude, tergiversación o información falsa, hasta e inclusive la recuperación

de todos los beneficios que pagamos en nombre de la subrogada durante el tiempo en que la subrogada estuvo asegurada conforme a nuestro *contrato*, más los intereses, los honorarios de los abogados, los costos y todos los demás recursos disponibles.

NOTA: Esta provisión no modifica el *contrato* para restringir cualquier término, límite o condición que pueda aplicarse de otra manera a las *madres sustitutas* y a los niños nacidos de ellas. Consulte la sección **Servicios no cubiertos y exclusiones generales**, ya que pueden existir limitaciones.

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

Cargos del recién nacido

Los servicios *médicamente necesarios*, inclusive los servicios hospitalarios, se proporcionan a un recién nacido cubierto inmediatamente después del nacimiento. Cada tipo de *servicio cubierto* que se preste al recién nacido estará sujeto a su propio *costo compartido (copago, coaseguro, deducible y cantidad máxima de su bolsillo)*, como se indica en el *Programa de Beneficios*. Consulte la sección **Cobertura de afiliados dependientes** de este documento para obtener más información sobre la **cobertura de un recién nacido y la cobertura para un niño adoptado**.

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 el 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).

Beneficios para gastos médicos y quirúrgicos

Los servicios cubiertos prestados conforme a esta disposición están sujetos a todos los demás términos y condiciones del *contrato*, incluidas las disposiciones sobre *cantidades deducibles y costos compartidos*. *Los servicios cubiertos* también pueden estar sujetos a *autorizaciones previas* y requisitos de *costo compartido* e incluyen, pero sin limitarse a los siguientes servicios:

1. Para la *cirugía* en el consultorio de un *proveedor*, un *centro de hospitalización*, un *centro ambulatorio* o un *centro quirúrgico*, incluidos los servicios y suministros.
2. Para análisis y procedimientos prequirúrgicos, incluidos, pero sin limitarse a, los servicios de diagnóstico radiológico, ultrasonográfico o de laboratorio.

- a. Análisis de laboratorio o exámenes radiológicos realizados de forma ambulatoria en un *hospital* u otro *centro* aceptado por el *hospital* antes de la hospitalización o de una *cirugía* o procedimientos ambulatorios.
 - b. Los análisis deben ser para la misma *lesión* o *enfermedad* que provocó que el *afiliado* estuviera internado en un *hospital* o que se sometiera a la *cirugía* o procedimiento ambulatorio.
 - c. Estudios de densidad ósea.
 - d. Análisis de laboratorio clínico
 - e. Procedimientos de laboratorio gastrointestinal.
 - f. Pruebas de función pulmonar
 - g. Análisis genéticos
 - h. Para análisis genéticos o moleculares de cáncer *médicamente necesarios*, incluidos, pero sin limitarse a, análisis de mutación tumoral, secuenciación de próxima generación, pruebas de mutación de la línea germinal hereditaria, análisis farmacogenómicos, exoma completo, secuenciación del genoma y de biomarcadores.
3. Para servicios médicos en un consultorio o centro proporcionados por un *médico practicante* o *especialista* autorizado, incluidas las consultas y los servicios relacionados con la *cirugía*.
 4. Para quimioterapia (incluida la quimioterapia oral), terapia de inhalación, terapia de infusión y radioterapia o tratamiento en un *hospital* o consultorio médico.
 5. Para *equipos médicos duraderos*, *prótesis*, *aparatos ortopédicos* u otros suministros médicos necesarios tras una intervención médica o quirúrgica, como muletas, férulas ortopédicas, aparatos ortopédicos o escayolas. Consulte la disposición de este *contrato* relativa a **Equipos médicos duraderos, prótesis y aparatos ortopédicos**.
 6. Para hemodiálisis y los gastos de un *hospital* o centro por el procesamiento y administración de análisis genéticos, sangre o componentes sanguíneos, incluido el costo de la sangre, plasma sanguíneo y expansores de plasma sanguíneo, que no sea sustituido por usted o para usted.
 7. Para el costo y la administración de anestesia, oxígeno, drogas, medicamentos y productos biológicos.
 8. Para *cirugía* reconstructiva o cosmética *médicamente necesaria*, incluyendo, pero sin limitarse a:
 - a. Gastos de *cirugía* reconstructiva de la mama como consecuencia de una mastectomía parcial o total. La cobertura incluye la cirugía y reconstrucción de la mama enferma y no enferma y los *aparatos protésicos* necesarios para restablecer un aspecto simétrico y el tratamiento en relación con otras complicaciones físicas derivadas de la mastectomía, incluido el linfedema, están cubiertos en todas las fases de la mastectomía. Hospitalización mínima: Si debido al tratamiento del cáncer de mama, cualquier persona cubierta por este contrato se somete a una mastectomía o a una disección de ganglios linfáticos, este contrato proporcionará cobertura para la atención hospitalaria durante un mínimo de:

- i. 48 horas después de una mastectomía, y
 - ii. 24 horas después de una disección de ganglios linfáticos.
 - b. No se exige la cantidad mínima de horas de hospitalización si el afiliado cubierto que recibe el tratamiento y el proveedor que lo atiende determinan que es apropiado un periodo más corto de atención hospitalaria.
 - c. *Cirugía reconstructiva para anomalías craneofaciales.*
 - d. Reducción o aumento cosmético de mamas para el tratamiento *médicamente necesario* de la disforia de género en adultos mayores de 18 años.
9. Para *cirugía dental médicamente necesaria* debido a:
- a. Una *lesión* accidental que provoque daños en los dientes naturales.
 - b. Las *lesiones* en los dientes naturales no incluirán ninguna *lesión* como resultado de masticar.
 - c. *Cirugía* para corregir un defecto funcional resultante de una enfermedad o anomalía congénita y/o adquirida.
 - d. Labio leporino y paladar hendido para un niño(a) elegible menor de 18 años. Los *servicios cubiertos* incluyen los servicios médicos, dentales, de terapia del habla, audiología y nutrición sólo si dichos servicios son recetados por el *médico* o cirujano tratante y dicho *médico* o cirujano certifica que dichos servicios son *médicamente necesarios* y consecuentes al tratamiento del labio leporino o paladar hendido.
 - e. Los gastos de anestesia dental incluyen la cobertura de la administración de anestesia general y los gastos de hospitalización por cuidados dentales, prestados por un dentista, proporcionados a los siguientes *afiliados*:
 - i. Un *afiliado* cuyo *profesional de atención médica* tratante, en consulta con el dentista, determine que el *afiliado* tiene una afección dental significativamente compleja o una discapacidad del desarrollo en la que el tratamiento del paciente en el consultorio dental ha demostrado ser ineficaz; o
 - ii. Un *afiliado* que padezca una o más afecciones médicas que pudieran crear un riesgo médico significativo o indebido para la persona durante la prestación de cualquier tratamiento dental o *cirugía* si no se realizara en un *hospital* o *centro quirúrgico ambulatorio*.
 - iii. El tratamiento dental necesario es aquel que, si no se trata, es probable que provoque una afección médica. El uso de anestesia general en un *hospital* o *centro quirúrgico ambulatorio* está sujeto a *autorización previa*. Llame a Servicios para los Afiliados para confirmar sus beneficios para el uso de anestesia general en un *hospital* o *centro quirúrgico ambulatorio*.
10. Para servicios de asesoramiento y planificación de la infertilidad cuando los preste un *proveedor de la red* y análisis para diagnosticar la infertilidad.
11. Para el tratamiento del cáncer de mama mediante trasplantes de médula ósea con quimioterapia de dosis intensiva o trasplantes de células madre cuando se realicen de conformidad con protocolos de revisión por pares aceptados a nivel nacional y utilizados

por centros de tratamiento del cáncer de mama con experiencia en trasplantes de médula ósea con quimioterapia de dosis intensiva o trasplantes de células madre.

12. Para la atención rutinaria de pacientes inscritos en un estudio clínico de cáncer elegible que se considere un tratamiento *experimental o de investigación*, si los servicios prestados se consideran, por lo demás, *servicios cubiertos* según este *contrato*. Vea la disposición sobre **Cobertura de Estudios Clínicos** de este *contrato*.
13. Para los siguientes tipos de implantes e injertos de tejido *médicamente necesarios*:
 - a. Trasplantes de córnea
 - b. Injertos arteriales o venosos
 - c. Injertos de válvulas cardíacas
 - d. Sustitución de tejido protésico, incluidos los reemplazos articulares.
 - e. Lentes protésicas implantables, en relación con las cataratas.
 - f. Injertos de piel
14. Para radiografías, resonancia magnética (RM), tomografía computarizada (TC), tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada por emisión de fotón único (PET/SPECT) y otros servicios de diagnóstico. Véase la disposición sobre **Radiología, diagnóstico por imagen y otras pruebas diagnósticas** de este *contrato*.
15. Para los *servicios de telesalud médicamente necesarios*, los *servicios de telesalud* no prestados por *Ambetter Telehealth* estarían sujetos al mismo *costo compartido* que los mismos servicios de atención médica cuando se prestan a un asegurado en persona.
16. Para *cirugía* o servicios relacionados con implantes cocleares y audífonos osteointegrados.
17. Para servicios *médicamente necesarios* por complicaciones derivadas de afecciones médicas y quirúrgicas.
18. Para los servicios de terapia respiratoria, pulmonar, cardíaca, física, ocupacional y del habla. Consulte las disposiciones de este *contrato* relativas a los **Beneficios por gastos en centros de habilitación, rehabilitación y cuidados prolongados** y a los **Beneficios por gastos de habilitación**.
19. Para servicios de maternidad, incluidos, pero sin limitarse a, servicios prenatales, postnatales, análisis de diagnóstico, servicios de laboratorio y servicios hospitalarios.
20. En el caso de la terapia infantil de intervención temprana, para los gastos derivados de los servicios de terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, logopedas y trabajadores sociales clínicos autorizados y acreditados que trabajen con niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad con una discapacidad y/o retraso del desarrollo identificados.
21. Para tratamientos de los pies *médicamente necesarios* que puedan requerir intervención quirúrgica, puede ser necesaria una *autorización previa*.
22. Para los servicios de dermatología que se limitan a lo siguiente: *cirugía* menor *médicamente necesaria*, análisis y visitas a la consulta proporcionadas por un dermatólogo que sea *proveedor de la red*.
23. Para servicios de biorretroalimentación *médicamente necesarios*.

24. En el caso de abortos, realizados para salvar la vida o la salud de la persona *afiliada*, de conformidad con la determinación apropiada del médico y de acuerdo con la ley aplicable.
25. Para los procedimientos de esterilización electiva (por ejemplo, vasectomías). Nota: No se aplica *costo compartido*, excepto para los planes compatibles con HSA.
26. Para servicios asociados con análisis de antígenos leucocitarios humanos, también conocidos como análisis de antígenos de locus de histocompatibilidad, para antígenos A, B y DR para su utilización en trasplante de médula ósea o procedimiento de trasplante.
27. Para cuidados quiroprácticos o tratamientos de terapia manipulativa *médicamente necesarios* sólo en régimen ambulatorio. Consulte el *Programa de beneficios* para conocer los niveles de beneficios o los límites adicionales. Los *servicios cubiertos* están sujetos a todos los demás términos y condiciones del *contrato*, incluidos el *deducible* y los *costos compartidos*.
28. Para todas las vacunaciones, controles, revisiones, repeticiones de revisiones y pruebas de laboratorio *médicamente necesarias* para un recién nacido en la detección temprana, el diagnóstico y la intervención de una enfermedad o trastorno. También se incluyen, sin limitarse a, los servicios de audición o audiología, los exámenes de seguimiento y la pulsioximetría.
29. Para análisis y tratamientos de alergia *médicamente necesarios*, incluidas inyecciones de alergia y suero.
30. Para el asesoramiento nutricional *médicamente necesario*, puede ser necesaria una *autorización previa*.
31. Para los efectos adversos de la transición de género y reversiones en adultos mayores de 18 años, de conformidad con el Código de Seguros de Texas, capítulo 1373.003, o de conformidad con la ley del estado de Texas.

Si su proveedor tiene capacidad para ello, su cobertura incluirá los servicios de consulta por Internet. Los *servicios cubiertos* incluyen una consulta médica a través de Internet mediante webcam, chat o voz. Los servicios no cubiertos incluyen, sin limitarse a, las comunicaciones usadas para:

1. Informar de los resultados normales de laboratorio u otros análisis
2. Solicitud de citas en el consultorio
3. Preguntas sobre facturación, cobertura de seguros o pagos
4. Solicitudes de referencias a médicos fuera del panel de atención en línea
5. Precertificación de beneficios
6. Consulta de *médico a médico*

Vea su *Programa de beneficios* para conocer los niveles de prestaciones o límites adicionales.

Servicios médico-dentales

Los gastos de anestesia y hospitalización para la atención odontológica de *un afiliado* o de *un afiliado* discapacitado física o mentalmente, están cubiertos si el *afiliado* requiere que el tratamiento odontológico se realice en un *hospital* o en un *centro quirúrgico para pacientes ambulatorios*. Las indicaciones para la anestesia general, deben usarse para determinar si la realización de procedimientos dentales es necesaria para tratar la afección *del afiliado* bajo anestesia general.

La cobertura también se extiende:

1. Para la *cirugía oral médicamente necesaria*, incluyendo lo siguiente:
 - a. Tratamiento de labio leporino, paladar hendido, frenectomía o displasia ectodérmica diagnosticados médicamente.
 - b. Cirugía ortognática por una anomalía física que impida el funcionamiento normal del hueso de la mandíbula superior y/o inferior y que sea *médicamente necesaria* para alcanzar la capacidad funcional de la parte afectada.
 - c. Corrección oral/quirúrgica de lesiones accidentales.
 - d. Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (ATM), incluidos los aparatos extraíbles para el reposicionamiento de la ATM y la *cirugía*, atención médica y servicios de diagnóstico relacionados.
 - e. Tratamiento de lesiones no dentales, como extirpación de tumores y biopsias.
 - f. Incisión y drenaje de infección de tejidos blandos sin incluir quistes o abscesos odontogénicos.
 - g. Procedimientos quirúrgicos que son *médicamente necesarios* para corregir trastornos causados por (o resultantes de) una enfermedad específica como artritis degenerativa, fracturas de mandíbula o dislocaciones de mandíbula.
 - h. *Cirugía reconstructiva* para corregir deformidades significativas causadas por anomalías congénitas o del desarrollo, *enfermedades*, *lesiones* o un tratamiento anterior con el fin de crear una apariencia más normal.
2. Los gastos de anestesia dental incluyen la cobertura de la administración de anestesia general y los gastos de hospitalización o de consultorio por la atención dental, prestada por un dentista, independientemente de que los servicios se presten en un hospital, centro quirúrgico o consultorio participante, prestados a los siguientes *afiliados*:
 - a. una persona gravemente discapacitada; o
 - b. una persona que tenga una enfermedad o afección del comportamiento que requiera hospitalización o anestesia general cuando se le preste atención dental.
3. Para gastos de servicios dentales cuando un *afiliado* sufra una *lesión* que provoque daños en sus dientes naturales. La *lesión* de los dientes naturales no incluirá ninguna *lesión* como consecuencia de la masticación.
4. Para intervenciones quirúrgicas, excluida la extracción de dientes, para tratar trastornos craneomandibulares, servicios dentales para adultos, servicios de ortodoncia,

extracciones dentales, implantes dentales, aparatos bucales, aparatos ortopédicos o maloclusiones.

Alimentos médicos

La cobertura incluye otras enfermedades hereditarias, independientemente del método de entrega de la fórmula. La cobertura de las enfermedades hereditarias de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá, además de la fórmula enteral, productos alimenticios modificados para que tengan poco contenido de proteínas. Dicha cobertura se proporcionará cuando el médico prescriptor haya emitido una orden escrita en la que se indique que la fórmula enteral o el producto alimenticio son *médicamente necesarios*.

Nosotros cubriremos lo siguiente:

1. Terapia nutricional parenteral total ambulatoria
2. Asesoramiento nutricional
3. Fórmulas elementales ambulatorias para la malabsorción
4. Fórmula dietética (cuando sea *médicamente necesaria* y recetada por un médico/proveedor de la *red* y administrada mediante alimentación por sonda enteral o cuando sea *médicamente necesaria* para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU) y errores congénitos del metabolismo)

Se proporcionarán beneficios para *pacientes internados* y ambulatorios para la leche humana pasteurizada de donante *médicamente necesaria* cuando sea recetada por el pediatra de un bebé o por un proveedor pediátrico autorizado cuando:

1. el lactante es médica o físicamente incapaz de recibir leche materna o de participar en la lactancia, o
2. la madre del lactante es médica o físicamente incapaz de producir leche materna en cantidades suficientes.

Alimentos con bajo contenido en proteínas para el tratamiento de enfermedades metabólicas hereditarias

Están cubiertos los productos alimenticios con bajo contenido proteínico para el tratamiento de determinadas enfermedades metabólicas hereditarias. Las enfermedades metabólicas hereditarias son enfermedades causadas por una anomalía hereditaria de la química corporal. Los productos alimenticios con bajo contenido proteico son alimentos especialmente formulados para contener menos de 1 gramo de proteínas por ración y destinados a ser usados bajo la dirección de un *médico* para el tratamiento dietético de una enfermedad metabólica hereditaria. Los productos alimenticios con bajo contenido en proteínas no incluyen los alimentos naturales que son naturalmente bajos en proteínas.

Los beneficios de los productos alimenticios con bajo contenido en proteínas se limitan al tratamiento de las siguientes enfermedades:

1. Fenilcetonuria (PKU)
2. Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce (MSUD)
3. Acidemia metilmalónica (MMA)

4. Acidemia isovalérica (IVA)
5. Acidemia propiónica
6. Acidemia glutárica
7. Defectos del ciclo de la urea
8. Tirosinemia

Exclusiones: Otras fórmulas dietéticas no médicas, espesantes de alimentos, suplementos nutricionales orales, dietas especiales, comidas preparadas y fórmulas para problemas de acceso.

Servicios médicos para la vista

Los *servicios cubiertos* incluyen exámenes de la vista para diagnosticar y tratar una posible enfermedad o *lesión* ocular.

Los servicios para la vista incluidos en la parte médica de su plan de salud no incluyen:

1. *Referencias* a un especialista para la evaluación y el diagnóstico de errores de refracción, incluida la presbicia, para *afiliados* mayores de 19 años.
2. Exámenes de la vista requeridos por el empleador o como condición para el empleo.
3. Queratotomía radial, LASIK y otras *cirugías* refractivas oculares.
4. Servicios o materiales proporcionados como resultado de cualquier ley de compensación laboral o requeridos por cualquier agencia gubernamental.
5. Ortóptica, entrenamiento visual o ayudas para la visión subnormal.

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

La cobertura descrita más abajo está diseñada 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 85 legislatura de Texas.

Los *servicios cubiertos* se prestarán en régimen de hospitalización y ambulatorio e incluyen los diagnósticos de *salud mental* y *trastornos por consumo de sustancia*. 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 *necesario desde el punto de vista médico* de trastornos mentales, emocionales o por el uso de sustancias como se define en este *contrato*.

A la hora de determinar la cobertura, nuestro personal de administración de la utilización de servicios de *salud del comportamiento* utiliza directrices de nivel de atención y criterios de *necesidad médica* establecidos que se basan en las normas de práctica aceptadas actualmente y tienen en cuenta los requisitos legales y regulatorios. Nuestro personal de *salud del comportamiento* utiliza los criterios de Change Healthcare InterQual para las determinaciones de salud mental y los criterios de la Sociedad Americana de Medicina de las Adicciones (American Society of Addiction Medicine, ASAM) para las determinaciones de *trastornos por consumo 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 internados* y ambulatorios son como sigue:

Paciente internado

1. Hospitalización para paciente psiquiátrico;
2. Tratamiento de desintoxicación para *paciente internado*;
3. Estabilización de la crisis;
4. *Rehabilitación para paciente internado*;
5. *Instalación para tratamiento residencial* para trastornos de salud mental y el uso de sustancias; y
6. 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. Pruebas y evaluación psicológica y neuropsicológica;
4. Análisis del comportamiento aplicado (ABA);
5. *Servicios de telesalud y servicios médicos de telemedicina* (terapia individual/familiar; control de medicamentos; valoración y evaluación);
6. Terapia electroconvulsiva (ECT, siglas en inglés);
7. Programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP, siglas en inglés);
8. Tratamiento diurno para la salud mental;
9. Programas de desintoxicación para pacientes ambulatorios;
10. Evaluación y valoración para la salud mental y uso de sustancias;
11. Desensibilización y reprocesamiento de movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés);
12. Terapia de comportamiento cognitivo centrada en el trauma (TF-CBT, por sus siglas en inglés);

13. Tratamiento asistido con medicamentos – combina terapia para la salud del comportamiento y medicamentos para tratar los *trastornos por uso de sustancias*; y

14. *Estimulación magnética transcraneal (TMS, siglas en inglés)*

Además, la Administración de atención integrada está disponible para todas sus necesidades de atención médica, inclusive para la *salud del comportamiento*. Llame a Servicios para los Afiliados para que lo refieran con un administrador de la atención para una evaluación.

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, si hay alguno, consulte su *Programa de Beneficios*.

Beneficios de gastos de la vista pediátricos

La cobertura de los servicios de la vista se proporciona a los menores de 19 años hasta el final del año del plan en el que cumplen 19 años.

1. Examen oftalmológico de rutina
 - a. Refracción
 - b. Dilatación
2. Armazones estándar
3. Lentes graduadas
 - a. Único
 - b. Bifocal
 - c. Trifocal
 - d. Lenticular
4. Opciones de lentes adicionales (incluido el revestimiento y los tintes)
 - a. Lentes progresivas (estándar o premium)
 - b. Lentes de visión intermedia
 - c. Lentes de segmento mixto
 - d. Lentes de alto índice
 - e. Lentes fotosensibles de plástico
 - f. Lentes fotocromáticas de vidrio
 - g. Lentes de gafas de sol graduadas de cristal gris número 3
 - h. Tinte de moda y degradado
 - i. Revestimiento protector contra los rayos ultravioleta
 - j. Lentes polarizadas
 - k. Revestimiento resistente a los rayones

- l. Revestimiento antirreflejos (estándar, premium o ultra)
 - m. Lentes sobredimensionadas
 - n. Lentes de policarbonato
5. Lentes de contacto y tarifa de adaptación de lentes de contacto (en lugar de gafas)
 6. Evaluación/ayudas para visión reducida

Consulte su *Programa de beneficios* para obtener una lista detallada de los costos compartidos del *afiliado*, el máximo anual y las limitaciones de servicio apropiadas. Para ver qué proveedores de la vista forman parte de la *red*, visite Ambetterhealth.com/en/tx o llame a Servicios para los Afiliados.

Servicios no cubiertos:

1. Mejora del armazón/marco de lujo
2. Terapia visual (ver cobertura médica)
3. Dos pares de gafas en sustitución de las bifocales
4. *Cirugía LASIK*
5. Anteojos de reemplazo

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*, pueda ser surtido únicamente con la receta escrita de un profesional médico.
3. Medicamentos fuera de etiqueta que son:
 - a. Reconocidos para el tratamiento de la indicación en al menos un (1) compendio de referencia estándar; o
 - b. Se recomiendan para un tipo específico de cáncer y se consideran seguros y eficaces en estudios clínicos formales, cuyos resultados se han publicado en una revista médica profesional revisada por pares y publicada en Estados Unidos o Gran Bretaña.
4. Medicamento oral recetado contra el cáncer.

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*. La elección del medicamento adecuado para un *afiliado* es una decisión que deben tomar el *afiliado* y su *médico*.

Costo compartido máximo de medicamentos insulínicos:

Consulte nuestro *formulario* para conocer la ubicación de los medicamentos de insulina en los distintos niveles y su *Programa de Beneficios* para conocer la responsabilidad de su *costo compartido* para el nivel de medicamentos correspondiente. La cantidad total que tendrá que pagar por un medicamento de insulina cubierto no excederá ningún límite con mandato estatal y/o federal. Los reabastecimientos de emergencia de insulina y equipos relacionados con la insulina estarán cubiertos de la misma manera que los reabastecimientos que no son de emergencia.

Formulario o lista de medicamentos con receta

El formulario o la lista de *medicamentos con receta* es una guía de los medicamentos genéricos y de marca disponibles y de algunos medicamentos de venta libre cuando los ordena un *médico*, que están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y están cubiertos por su beneficio de *medicamentos de venta con receta*. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que sus homólogos de marca y deben considerarse la primera línea de tratamiento. La FDA requiere que los genéricos sean seguros y actúen de la misma manera que los medicamentos de marca. Si no hay un genérico disponible, puede haber más de un medicamento de marca para tratar una enfermedad. Los medicamentos de marca preferidos se enumeran en el Nivel 2 de la lista de medicamentos para ayudar a identificar los medicamentos de marca que son clínicamente apropiados, seguros y rentables como opciones de tratamiento, si un medicamento genérico en el formulario no es adecuado para su enfermedad.

Se hace notar que el formulario no pretende ser una lista completa de los medicamentos cubiertos por su beneficio de recetas. No todas las formas de dosificación o concentraciones de un medicamento pueden estar cubiertas. Esta lista se revisa y actualiza periódicamente y puede estar sujeta a cambios. Pueden añadirse o eliminarse medicamentos o añadirse requisitos adicionales para aprobar la continuación del uso de un medicamento específico. Los cambios negativos se realizan generalmente una vez al año.

Es posible que los diseños específicos de los planes de beneficios de recetas no cubran ciertos productos o categorías, independientemente de su aparición en el formulario. Para obtener el Formulario de Ambetter o la Lista de *medicamentos con receta* más actualizada o para obtener más información sobre nuestro programa de farmacia, visite Ambetterhealth.com/en/tx o llame a Servicios para los Afiliados.

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 nuestro formulario para una afección o *enfermedad* mental, independientemente que el medicamento haya sido retirado de nuestro formulario de medicamentos, al nivel de beneficio contratado hasta la fecha en que el *contrato* 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.

El costo total del medicamento será siempre la cantidad de su *copago* para el nivel específico (después del *deducible*, si corresponde) o el costo total del medicamento, lo que sea menor. No se aplicará ninguna penalización por el uso de medicamentos de marca incluidos en el formulario cuando exista un genérico disponible.

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 de calendario del período de dosis recetada, pero no antes de lo siguiente:

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

Nota: Se avisará con 30 días de calendario de antelación a la interrupción de los *medicamentos recetados* e infusiones intravenosas concurrentes.

Recetas de venta libre (OTC)

Cubrimos una variedad de medicamentos de venta libre cuando los ordena un *médico*. Puede encontrar una lista de los medicamentos de venta libre cubiertos en nuestro formulario - estarán marcados como "OTC". Su *orden de receta* debe cumplir con todos los requisitos legales.

Cómo surtir una receta

Las *órdenes de recetas* se pueden surtir en una farmacia minorista *de la red* o a través de nuestra farmacia de pedidos por correo.

Si decide que le surtan una *orden de receta* en una farmacia *de la red*, puede usar el Directorio de proveedores para encontrar una farmacia cercana. Puede acceder al Directorio de Proveedores en Ambetterhealth.com/en/tx en la página Buscar un Proveedor. También puede llamar a Servicios para los Afiliados para que lo ayuden a encontrar una farmacia. En la farmacia, deberá proporcionarle al farmacéutico su receta y su tarjeta de identificación de afiliado.

También ofrecemos un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días por correo o en farmacias minoristas de la red para planes de beneficios específicos. Estos medicamentos tratan afecciones o enfermedades a largo plazo, como la hipertensión, el asma y la diabetes. Puede encontrar una lista de medicamentos cubiertos en Ambetterhealth.com/en/tx. También puede solicitar que le envíen una copia por correo directamente a usted.

Farmacia de pedidos por correo/Entrega a domicilio de medicamentos recetados

La Farmacia de pedidos por correo ofrece una forma cómoda para recibir sus recetas. Las recetas elegibles se entregarán de forma segura directamente en su puerta sin cargo adicional para usted. Usted seguirá siendo responsable de su *copago/coaseguro* regular.

Para inscribirse para la entrega por correo o para cualquier pregunta adicional, consulte nuestro sitio web de Ambetter. Una vez en nuestro sitio web de Ambetter, encontrará detalles sobre sus farmacias de pedidos por correo dentro de la red y los siguientes pasos para la inscripción.

Terapia escalonada

La terapia escalonada no se aplica a los *medicamentos de venta con receta* asociados con el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en su cuarta etapa o de otras enfermedades asociadas.

Medicamentos autoinyectables

Los *medicamentos autoinyectables* se administran en un músculo o debajo de la piel con una jeringa y aguja. Aunque al principio puede ser necesaria la supervisión o instrucción médica, el paciente o el cuidador pueden administrar los medicamentos *autoinyectables* de forma segura y eficaz. Los *medicamentos autoinyectables* están cubiertos por los beneficios de *medicamentos recetados*; se aplica el *costo compartido* de los *medicamentos recetados*.

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 “Proceso de excepción de medicamentos con receta” 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 nuestro formulario (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 “Proceso de excepción de medicamentos con receta” abajo para detalles adicionales.

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 una 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 de calendario. 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

Proceso de excepción de medicamentos con receta

Solicitud de excepción estándar

El *afiliado*, un representante autorizado del *afiliado* o un proveedor que recete al *afiliado* puede solicitar una revisión estándar de una decisión que un medicamento no está cubierto por este *contrato*. La solicitud puede hacerse por escrito o por teléfono. Dentro de 72 horas de la recepción de la solicitud, proporcionaremos al *afiliado*, al representante autorizado del *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 representante autorizado del *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. La solicitud puede realizarse por escrito o por teléfono. Dentro de 24 horas de la recepción de la solicitud, proporcionaremos al *afiliado*, al representante autorizado del *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 representante autorizado del *afiliado* puede solicitar que la negación de dicha solicitud sea revisada 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 representante autorizado del *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.

Excepción a la terapia escalonada o al protocolo de fallar primero:

Concederemos una excepción a la terapia escalonada o al protocolo de fallar primero cuando:

1. El medicamento requerido según el protocolo de terapia escalonada:
 - a. Está contraindicado;

- b. Es probable que cause una reacción adversa o un daño físico o mental al paciente;
 - c. Se espera que sea ineficaz basándose en las características clínicas conocidas del paciente y las características conocidas del régimen de *medicamentos recetados*;
 - d. El paciente previamente suspendió el medicamento requerido según el protocolo de terapia escalonada, u otro *medicamento recetado* de la misma clase farmacológica o con el mismo mecanismo de acción que el medicamento requerido, mientras estaba bajo el plan de beneficios de salud en vigor o mientras estaba cubierto por otro plan de beneficios de salud porque el medicamento no era eficaz o tenía un efecto disminuido o debido a un evento adverso;
2. El medicamento requerido en el protocolo de terapia escalonada no es lo mejor para el paciente, según la conveniencia clínica, porque se espera que el uso del medicamento por parte del paciente:
- a. Cause una barrera significativa para la adherencia o el cumplimiento del plan de atención del paciente;
 - b. Empeore una condición comórbida del paciente; o
 - c. Disminuya la capacidad del paciente para alcanzar o mantener una capacidad funcional razonable en la realización de las actividades cotidianas.
3. El medicamento que está sujeto al protocolo de terapia escalonada fue recetado para la enfermedad del paciente y:
- a. El paciente recibió beneficios para el medicamento bajo el plan de beneficios de salud actualmente en vigor o un plan de beneficios de salud anterior;
 - b. El paciente está estable con el medicamento; y
 - c. Se espera que el cambio en el régimen de medicamentos recetados del paciente requerido por el protocolo de terapia escalonada sea ineficaz o cause daño al paciente basado en las características clínicas conocidas del paciente y las características conocidas del régimen de *medicamentos recetados* requerido.
4. De acuerdo con la ley de Texas, el tratamiento de los *trastornos de salud mental* graves se proporcionará en los siguientes términos:
- a. Si el producto está sujeto a una técnica de administración de la utilización, como la *autorización previa*, sólo exigiremos la prueba y el fracaso de otro producto antes de aprobar el producto solicitado;
 - b. Podemos requerir que *el afiliado* pruebe una versión genérica del medicamento solicitado antes de la versión de marca del mismo medicamento;
 - c. Exigiremos la aprobación conforme a la sección sólo una vez al año.

Para los productos aprobados en esta sección, emitiremos una carta de aprobación en la que se describe la cobertura bajo este *contrato*. Para cualquier producto denegado conforme a esta sección, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión. Cualquier producto solicitado bajo esta sección será revisado dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud para las solicitudes estándar y dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud urgente o exigente. Si no respondemos a una solicitud de terapia escalonada en un

plazo de 24 horas en el caso de las solicitudes urgentes y de 72 horas en el caso de las solicitudes estándar, dichas solicitudes se aprobarán automáticamente.

Programa de restricción (Lock-in)

Para ayudar a mejorar la seguridad de los *afiliados*, disminuir la sobreutilización y el abuso, ciertos *afiliados* identificados a través de nuestro programa de restricción, pueden ser asignados a una farmacia específica por el tiempo que dure su participación en el programa de restricción. Los *afiliados* que se encuentren asignados a una farmacia específica podrán obtener su(s) medicamento(s) sólo en una ubicación específica. El departamento de farmacia de Ambetter, junto con la Administración Médica, revisarán los perfiles de los *afiliados* y, mediante el uso de criterios específicos, recomendarán a los *afiliados* para que participen en el programa de restricción. Los *afiliados* identificados para participar en el programa de restricción y los proveedores asociados serán informados de la participación de los *afiliados* en el programa por correo. Dicha comunicación incluirá información sobre la duración de la participación, la farmacia en la que el *afiliado* está asignado y los derechos de *apelación*.

Balance de medicamentos a mano

Se prohíbe el reabastecimiento de medicamentos hasta que el saldo acumulado del *afiliado* sea igual o inferior a 15 días de calendario de suministro de medicamentos. Esta provisión funciona además de cualquier límite de cantidad de medicamentos o pautas de reabastecimiento aplicables.

Programa de suministro de cantidades divididas

Los *afiliados* están limitados a un suministro de 15 días de calendario durante los primeros 90 días de calendario al iniciar una nueva terapia con determinados medicamentos (como los oncológicos orales). Los *afiliados* pagan la mitad del costo compartido de 30 días de calendario por un suministro de 15 días, y serían responsables de la otra mitad del costo compartido de 30 días de calendario por cada suministro adicional de 15 días. Después de 90 días, los *afiliados* surtirán sus medicamentos para 30 días de calendario.

Medicamentos de especialidad

Los medicamentos de especialidad y otras categorías de medicamentos seleccionados están limitados a un suministro para 30 días de calendario cuando se surten en farmacias minoristas o de venta por correo. Tenga en cuenta que sólo el suministro para 90 días de calendario está sujeto al *costo compartido* con descuento. Ambetter permite que las farmacias surtan a un *costo compartido* con descuento por pedido por correo si solicitan unirse a nuestra red de pedidos por correo y aceptan todos los términos y condiciones. Los pedidos por correo de menos de 90 días de calendario están sujetos al *costo compartido* estándar.

“Provisión de medicamentos administrados por médicos a través del beneficio de farmacia (White-Bagging)”

El *afiliado* puede obtener medicamentos administrados por un médico a través de cualquier farmacia de la red y no se le cobrarán *copagos/coaseguros* diferenciales. Todas las demás

técnicas estándar de administración de reclamaciones y utilización son aplicables. Cuando un *afiliado* o su *médico* usen una farmacia que no pertenezca a la red, el *afiliado* tendrá derecho a solicitar el reembolso del medicamento surtido. Cubriremos los medicamentos recibidos surtidos por una farmacia que no pertenezca a la red en los casos en los que el *afiliado* o el *médico del afiliado* obtengan medicamentos especializados administrados por un *médico* debido a:

1. Un retraso de la atención haría probable la progresión de la enfermedad del *afiliado* o
2. El uso de una farmacia de *la red* podría
 - a. Causar probablemente la muerte o daños al paciente;
 - b. Causar obstáculo a la adhesión del paciente o al cumplimiento del plan de atención; o
 - c. La puntualidad de la entrega o los requisitos de dosis hacen necesaria la entrega por una farmacia diferente.

Servicios no cubiertos y exclusiones:

No se pagará ningún tipo de beneficio conforme a esta provisión de beneficios por los servicios proporcionados o los gastos incurridos:

1. Para el tratamiento con *medicamentos de venta con receta* de la disfunción eréctil o cualquier mejora del rendimiento sexual, a menos que dicho tratamiento se encuentre en el formulario.
2. Para los *medicamentos de venta con receta* para bajar de peso, a menos que se indique lo contrario en el formulario.
3. Para agentes inmunizadores que no son requeridos por la Ley de cuidado de salud a bajo precio.
4. Por medicamentos que serán administrados al *afiliado*, por completo o en parte, en el lugar donde se suministran.
5. Por medicamentos recibidos mientras el *afiliado* es un paciente en una institución que tiene una instalación para suministrar productos farmacéuticos.
6. Para renovación suministrada más de 12 meses de la fecha de una orden de un *médico*.
7. Para una cantidad mayor que las *limitaciones de medicamentos administrados* predeterminadas asignadas para ciertos medicamentos o clasificación de medicamentos.
8. Para una *orden de receta* que está disponible en el formulario de venta libre, o formada por componentes que están disponibles en forma de venta libre y es terapéuticamente equivalente, excepto en el caso de los productos de venta libre que aparecen en el formulario. Esta exclusión no se aplica a los métodos anticonceptivos recetados aprobados por la FDA.
9. Para medicamentos etiquetados "Precaución – limitado por la ley federal para usarse en investigación" o para medicamentos en fase de investigación o experimental.
10. Para todo medicamento que nosotros identifiquemos como duplicación terapéutica a través del programa de *revisión de utilización* de medicamentos.

11. Para un suministro de más de 30 días de calendario cuando se suministra en cualquier receta o renovación de receta, o para medicamentos de mantenimiento hasta por 90 días de calendario de suministro cuando se surte por pedido por correo o por una farmacia que participa en la *red* de suministros de días extendidos.
12. 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 este documento si se obtiene en los Estados Unidos.
13. 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* durante un viaje fuera del país. Esta sección no prohíbe la cobertura del tratamiento para las enfermedades arriba mencionadas.
14. Para medicamentos usados para fines cosméticos.
15. Para medicamentos para la infertilidad, a menos que se indique lo contrario en el formulario.
16. 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.
17. Para medicamentos o dosis que el comité de Farmacia y Terapéutica de Ambetter considere ineficaces, no probados o inseguros para la indicación para la que se han recetado, independientemente de si dichos medicamentos o dosis han sido aprobados por algún organismo regulador gubernamental para ese uso.
18. Para cualquier medicamento relacionado con el tratamiento restaurador dental o el tratamiento de la periodontitis crónica, cuando la administración del medicamento se realiza en el consultorio dental.
19. Para cualquier medicamento relacionado con el embarazo a través de una *madre sustituta*.
20. Para cualquier reclamación presentada por una farmacia que no esté con restricción mientras el *afiliado* esté en condición de restricción. Para facilitar el uso apropiado de los beneficios y prevenir la sobreutilización de los opioides, la participación del *afiliado* en el estatus de restricción se determinará mediante la revisión de las reclamaciones de farmacia.
21. Para cualquier versión de vitamina(s) con receta o de venta libre, a menos que de otra manera se incluya en el formulario.
22. Abastecimiento de medicamentos cuando el *afiliado* tiene más de 15 días de calendario de suministro de medicamentos.
23. Medicamentos compuestos, a menos que haya al menos un ingrediente que sea un medicamento aprobado por la FDA.

Servicios de cuidados preventivos o atención preventiva

Los servicios de atención preventiva están cubiertos por la Ley de cuidado de salud a bajo precio (ACA). Según la ACA, los servicios de atención preventiva deben incluir lo siguiente:

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 (USPSTF).
2. Las vacunas de uso rutinario en niños, adolescentes y adultos que tienen en vigencia una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
3. Con respecto a los bebés, niños y adolescentes, la atención preventiva basada en la evidencia y los exámenes previstos en las pautas integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA).
4. Con respecto a las mujeres, la atención preventiva y las pruebas de detección adicionales previstas en las directrices generales respaldadas por la HRSA, en la medida en que la atención no sea ilegal de acuerdo con la ley aplicable.

Los beneficios de atención preventiva obtenidos de un *proveedor de la red* están cubiertos sin costo compartido para el *afiliado* (es decir, cubiertos en su totalidad sin deducible, coaseguro o copago). En el caso de los planes compatibles con HSA, no se puede renunciar al *deducible* por los beneficios que excedan los requisitos federales de atención preventiva de la ACA. Para obtener información actualizada sobre los beneficios de atención preventiva disponibles, acceda al sitio web del gobierno federal en:

<https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>.

La atención preventiva se refiere a los servicios o medidas adoptadas para promover la salud y la detección temprana o la prevención de enfermedades y lesiones, en lugar de tratarlas o curarlas. La atención preventiva incluye, sin limitarse a ello, las vacunas, los medicamentos, el tratamiento para *dejar de fumar*, los exámenes y los análisis de detección adaptados a la edad, la salud y los antecedentes familiares de la persona.

Algunos servicios pueden realizarse por motivos preventivos o de diagnóstico (por ejemplo, las mamografías). Si un servicio se considera preventivo y se notifica/factura adecuadamente, estará cubierto por el beneficio de servicios de atención preventiva. Sin embargo, cuando un servicio se realice con fines de diagnóstico y se notifique/facture en consecuencia, se considerará un beneficio médico no preventivo y se aplicará el costo compartido correspondiente. Nota: Si los servicios preventivos y de diagnóstico se realizan durante la misma visita, la cuota del *costo compartido* aplicable se tomará para este último.

A medida que se publiquen nuevas recomendaciones y pautas de atención preventiva (por parte del USPSTF, los CDC o la HRSA), esos servicios se convertirán en beneficios de atención preventiva cubiertos. Según la ACA, la cobertura de las nuevas recomendaciones y pautas entra en vigor en la fecha de inicio o de aniversario del plan, que es un año después de la fecha de publicación de la recomendación o pauta.

Además de proporcionar cobertura de acuerdo con la ACA, también proporcionamos beneficios de atención preventiva de acuerdo con la *ley aplicable*.

Nuestra Guía de atención preventiva de Ambetter Health se actualiza anualmente y contiene

información detallada sobre la cobertura de atención preventiva disponible para usted. Se puede acceder a ella a través de nuestro sitio web Ambetterhealth.com/en/tx. Para solicitar una copia impresa, comuníquese con Servicios para los Afiliados para obtener ayuda.

Notificación

De acuerdo con el artículo 2715(d)(4) de la Ley de Servicios de Salud Pública, le avisaremos con 60 días de calendario de antelación antes de que entre en vigor cualquier modificación importante, incluido cualquier cambio en los beneficios preventivos cubiertos por este contrato. Puede acceder a nuestra página web o comunicarse con el Departamento de Servicios para los Afiliados para obtener las respuestas a muchas de sus preguntas frecuentes sobre los servicios preventivos. Nuestro sitio web tiene recursos y funciones que facilitan la obtención de una atención de calidad. Puede acceder a nuestro sitio web en Ambetterhealth.com/en/tx.

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;
13. Visitas de bienestar para la mujer; y
14. Evaluación para el *uso de tabaco o nicotina* e intervenciones para todas las *afiliadas*, y *asesoramiento* más amplio para las consumidoras de *tabaco* que están embarazadas.

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 o nicotina* para todos los adultos e intervenciones para dejar de usar *tabaco o nicotina*;
8. Detección de sífilis para todos los adultos en alto riesgo; y
9. Análisis de detección de cáncer colorrectal para cualquier persona cubierta no sintomática, de acuerdo con las normas actuales de la Sociedad Americana del Cáncer. Los servicios cubiertos incluyen análisis para las personas cubiertas, a partir de los 45 años (nota: la detección debe comenzar antes de los 45 años para las personas de alto riesgo). Las colonoscopias de seguimiento están cubiertas si los resultados de la colonoscopia, prueba o procedimiento inicial fueron anormales.

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 calendario 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 cargos no están sujetos a la *cantidad del deducible*;
5. Vacunas – Los *deducibles* no se aplicarán a las vacunas de un niño dependiente de siete años de edad o menor. Las vacunas incluyen difteria, haemophilus influenza tipo b, hepatitis B, sarampión, paperas, tosferina, poliomielitis, rotavirus, 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 del *contrato*; y
6. La cobertura de los recién nacidos incluye todas las evaluaciones de detección de los recién nacidos y los kits de pruebas de detección.

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 médicamente 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, cualquier otro análisis o detección aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del cáncer de ovario.

Beneficios de las mamografías de detección y diagnóstico por imágenes

Los beneficios están disponibles para el diagnóstico o la detección de la presencia de cáncer de seno (mama) oculto para una persona *afiliada*. Los beneficios de las mamografías de detección se limitan a un examen anual para las personas *afiliadas* de 35 años de edad o más. Los beneficios de *diagnóstico por imágenes* se autorizan para las *afiliadas* independientemente de la edad. Los *servicios cubiertos* también incluyen evaluaciones de patología.

La mamografía es una radiografía de la mama. Aunque las [mamografías de detección](#) se administran rutinariamente para detectar el cáncer de mama en mujeres sin síntomas aparentes, el *diagnóstico por imágenes* se usa después de resultados sospechosos en una mamografía de detección o después de que algunos [signos de cáncer de mama](#) alertan al *médico* para que revise el tejido.

Dichos signos pueden incluir:

1. Una protuberancia
2. Dolor en la mama
3. Secreción del pezón
4. Engrosamiento de la piel de la mama
5. Cambios en el tamaño o la forma de las mamas

El *diagnóstico por imágenes* puede ayudar a determinar si estos síntomas son indicativos de la presencia de cáncer.

En comparación con las mamografías de detección, el *diagnóstico por imágenes* proporciona una radiografía más detallada de la mama mediante técnicas especializadas. También se usan en circunstancias especiales, como en el caso de pacientes con implantes mamarios.

Beneficios para la detección y prevención de la osteoporosis

Si un *afiliado* es un *individuo calificado*, 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.

Individuo calificado 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

Para *servicios cubiertos médicamente necesarios*, incluyendo un examen rectal digital anual y un análisis del antígeno prostático específico realizado para determinar la concentración de antígeno prostático específico en la sangre. La cobertura está disponible para todos los *afiliados*, independientemente de su edad, cuando estos servicios son prestados por un *médico*.

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 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 calendario 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:

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.

Métodos anticonceptivos y planificación familiar

Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA (identificados en www.fda.gov) están *aprobados* para los *afiliados* sin *costo compartido* cuando la atención es legal según la *ley aplicable*. Los *afiliados* tienen acceso a los métodos disponibles y descritos en nuestro formulario de medicamentos o lista de medicamentos recetados sin *costos compartidos*. 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*.

Los beneficios de planificación familiar/anticoncepción están cubiertos en el marco de la atención preventiva, sin *costos compartidos* (cuando son proporcionados por un *proveedor de la red* y cuando la atención es legal en virtud de la *ley aplicable*). Estos beneficios pueden incluir lo siguiente para mujeres adolescentes y adultas, de acuerdo con las directrices más recientes respaldadas por HRSA. La cobertura incluye, pero no se limita a:

1. Toda la variedad de anticonceptivos identificados actualmente por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA), incluyendo:
 - a. Cirugía de esterilización para mujeres,
 - b. Varillas implantables,
 - c. Dispositivos intrauterinos de cobre,
 - d. Dispositivos intrauterinos con progestágeno (todas las duraciones y dosis),
 - e. Anticonceptivos inyectables,
 - f. Anticonceptivos orales (píldora combinada),
 - g. Anticonceptivos orales (sólo progestina),
 - h. Anticonceptivos orales (uso prolongado o continuo),
 - i. Parches anticonceptivos,
 - j. Anillos anticonceptivos vaginales,
 - k. Diafragmas,
 - l. Esponjas anticonceptivas,
 - m. Capuchones cervicales,
 - n. Preservativos (condones),
 - o. Espermicidas,
 - p. Anticonceptivos de emergencia (levonorgestrel) y
 - q. Anticoncepción de urgencia (acetato de ulipristal).
2. La cobertura también está disponible para cualquier anticonceptivo adicional aprobado, concedido o autorizado por la FDA (si el paciente y el médico que le atiende han determinado que es médicamente apropiado).
3. En el caso de los medicamentos anticonceptivos de venta con receta, se cubre un suministro de 12 meses la primera vez que la persona inscrita obtiene el medicamento, y un suministro de 12 meses cada vez que la persona inscrita obtiene el mismo medicamento durante cada periodo de 12 meses.
4. Atención anticonceptiva, como: detección, educación, suministro de anticonceptivos, asesoramiento y atención de seguimiento (por ejemplo, administración, evaluación y cambios, incluida la retirada, continuación e interrupción de los anticonceptivos).

5. Instrucción en métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, incluida la amenorrea de la lactancia.

NOTA: Los servicios que forman parte integral de la cobertura de los cuidados preventivos enumerados anteriormente (por ejemplo, la anestesia proporcionada durante la cirugía de esterilización) también se incluyen en los cuidados preventivos, independientemente de si el servicio se factura por separado.

Radiología, imágenes y otros exámenes de diagnóstico

Los servicios de radiología, las imágenes y los análisis *médicamente necesarios* realizados son un *servicio cubierto* (por ejemplo, radiografías, resonancias magnéticas (RM), tomografías computarizadas (TC), tomografía por emisión de positrones (PET)/tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT), mamografías, ecografías). Es posible que se requiera *autorización previa*; consulte su *Programa de Beneficios* para obtener más detalles. **NOTA:** Depende del servicio prestado, se puede incurrir en dos facturas - ambas sujetas a cualquier *costo compartido* aplicable - una para el componente técnico (el procedimiento en sí) y otra para el componente profesional (la lectura/interpretación de los resultados por un *médico* u otro profesional calificado).

Los *proveedores que no pertenecen a la red* no deben facturarle por *servicios cubiertos* ninguna cantidad superior a sus responsabilidades de participación en los *costos compartidos* aplicables cuando se apliquen las *protecciones de facturación de saldos* a los servicios de radiología, diagnóstico por imagen y otro tipo de análisis de diagnóstico.

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. Si un *afiliado* elige a un *proveedor de la red*, él/ella será únicamente responsable de la cantidad de copago 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 que no pertenece a la red*, se deberá obtener una *autorización previa* antes de que los servicios se consideren como un *gasto elegible*. Si no se obtiene la *autorización previa* para la segunda opinión médica de un *proveedor que no pertenece a la red*, usted será responsable de los gastos relacionados.

Si se obtiene una segunda opinión médica de un *proveedor que no pertenece a la red*, se debe obtener una *autorización previa* antes de que los servicios se consideren un *gasto elegible*. Si no se obtiene la *autorización previa* para una segunda opinión médica de un

proveedor que no pertenece a la red, usted será responsable de los gastos relacionados y es posible que se le *cobre el balance* por los servicios recibidos.

Estudios del sueño

Los estudios del sueño están cubiertos cuando se determina que son *médicamente necesarios*; puede ser necesaria una *autorización previa*. **NOTA:** Un estudio del sueño puede realizarse tanto en casa como en una *instalación*.

Beneficios de trasplantes

Servicios cubiertos para gastos de servicios de trasplantes:

Los trasplantes son un *servicio cubierto* cuando un *afiliado* es aceptado como candidato para un trasplante y obtiene *autorización previa* de acuerdo con este *contrato*. La *autorización previa* debe obtenerse a través del *Centro de Excelencia*, un *centro de la red*, o en nuestro *centro aprobado fuera de la red* cuando no haya uno adecuado en la red, 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.

El beneficio de cobertura de *costos compartidos* relacionado con los servicios de trasplante está disponible tanto para el receptor como para el donante de un trasplante cubierto, de la siguiente manera:

1. Si tanto el donante como el receptor tienen cobertura proporcionada por el mismo asegurador, cada uno tendrá sus beneficios pagados por su propio programa de cobertura.
2. Si usted es el receptor del trasplante, los beneficios de este *contrato* se proporcionarán tanto a usted como al donante. En este caso, los pagos realizados por el donante se cargarán a los beneficios del *afiliado*.
3. Si usted es el donante del trasplante y no dispone de cobertura de ninguna otra fuente, se le proporcionarán los beneficios de este *contrato*. Sin embargo, no se proporcionarán beneficios para el receptor.
4. Si se produce un lapso de cobertura por falta de pago de la prima, no se pagará ningún servicio relacionado con los trasplantes como *servicio cubierto*.

Si determinamos que un *afiliado* y un donante son candidatos apropiados para un trasplante *médicamente necesario* o una donación en vivo, se cubrirán los siguientes gastos del servicio:

1. Evaluación previa al trasplante.
2. La extracción del órgano del donante antes del trasplante.
3. Dispositivos de asistencia ventricular izquierda (LVAD, siglas en inglés) (sólo cuando se usa como puente para un trasplante de corazón).

4. *Servicios ambulatorios cubiertos* relacionados con la *cirugía* de trasplante, los análisis de laboratorio previos al trasplante y el tratamiento; como las dosis altas de quimioterapia, la recolección de células madre periféricas y otras terapias con medicamentos inmunosupresores, etc. También se incluye el costo de los análisis de antígenos leucocitarios humanos, también llamados análisis de antígenos de locus de histocompatibilidad, para los antígenos A, B y DR para su uso en el trasplante de médula ósea.
5. Estabilización previa al trasplante, significa una estadía como *paciente internado* para *estabilizar médicamente* para preparar para un trasplante posterior, ya sea que el trasplante ocurra o no.
6. El trasplante, incluido el costo de adquisición del órgano o la médula ósea cuando se autorice a través del *Centro de Excelencia, un centro de la red*, o en nuestro *centro aprobado fuera de la red* cuando no haya uno adecuado en la red y los servicios se realicen en un *centro de la red*.
7. Visitas de seguimiento y tratamiento posterior al trasplante.
8. 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.
9. Todos los gastos incurridos y los gastos médicos del donante; se pagarán según la política de receptores de trasplantes, esto excluye el viaje, el alojamiento, la comida y el millaje. Consulte la Política de Reembolso de Viajes para Trasplantes de los Afiliados para conocer los detalles de las limitaciones de reembolso en <https://www.ambetterhealth.com/en/tx/resources/handbooks-forms/>.

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 que de otro modo existiera de un donante vivo será secundaria a los beneficios del *contrato del afiliado* cuando el donante no tenga cobertura a su disposición de ninguna otra fuente.

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, un centro de la red*, o en nuestro *centro aprobado fuera de la red* cuando no haya uno adecuado en la red:

1. Nosotros pagaremos por los siguientes servicios si se requiere que el *afiliado* viaje más de 60 millas desde el lugar de su *residencia* hasta el *Centro de excelencia*:
2. Pagaremos un máximo de \$10,000 por servicio de trasplante para los siguientes servicios:
 - a. Transporte para el *afiliado*, cualquier donante vivo y el(los) acompañante(s) que acompañará(n) al *afiliado* al *Centro de Excelencia, un centro de la red*, o en nuestro *centro aprobado fuera de red* cuando no haya uno adecuado en la red, en los Estados Unidos.
 - b. Cuando un *afiliado* y/o el(los) acompañante(s) estén usando su vehículo de transporte personal; se requiere un registro de millaje para el reembolso.

- c. El reembolso máximo por millaje se limita al total de millas recorridas por el receptor del trasplante y por el donante y su(s) respectivo(s) acompañante(s), hasta y desde sus respectivos domicilios hasta el *centro de trasplante*, más las millas recorridas:
- d. Entre el centro de trasplante y el alojamiento local; y
- e. Entre un centro de tránsito (por ejemplo, aeropuerto, estación de tren, estación de autobuses) y el centro de trasplante o el alojamiento local.
- f. Alojamiento en el *Centro de Excelencia* o cerca de él, en un *centro de la red* o en nuestro *centro fuera de la red* aprobado cuando no haya uno adecuado en la red para ningún donante vivo y el(los) acompañante(s) que acompañe(n) al *afiliado* mientras éste se encuentre confinado en el *Centro de Excelencia* en los Estados Unidos. Reembolsaremos a los *afiliados* la prueba de los costos directamente relacionados con el transporte, el alojamiento y cualquiera de los siguientes artículos aprobados que se enumeran en las pautas de reembolso de trasplantes de los afiliados. Sin embargo, usted debe hacer los arreglos y proporcionar los recibos pagados necesarios para el reembolso dentro de los seis meses de la fecha de servicio para ser reembolsado.

NOTA: Consulte la página de Recursos para Afiliados (Member Resources) para obtener los formularios de reembolso de viaje para afiliados relacionados con el trasplante e información en <https://www.ambetterhealth.com/en/tx/resources/handbooks-forms/>.

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 la obtención o el transporte del órgano o el tejido, a menos que se disponga expresamente en esta provisión a través del *Centro de Excelencia*, un *centro de la red*, o en nuestro *centro aprobado fuera de la red* cuando no haya uno adecuado en la red.
4. Para mantener vivo a un donante para la operación de trasplante, excepto cuando se autorice a través del *Centro de Excelencia*, un *centro de la red*, o en nuestro *centro aprobado fuera de la red* cuando no haya uno adecuado en la red.
5. Para un donante vivo cuando el donante vivo esté recibiendo un órgano trasplantado para reemplazar el órgano donado.
6. Relacionados con trasplantes no autorizados a través del *Centro de Excelencia*, un *centro de la red*, o en nuestro *centro aprobado fuera de la red* cuando no haya uno adecuado en la red y no está incluido en 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 (FDA), independientemente si el ensayo está sujeto a vigilancia de la FDA.

8. El costo de adquisición del órgano o la médula ósea, cuando se proporciona en un centro no *autorizado* o no se obtiene a través del *Centro de Excelencia, un centro de la red*, o en nuestro *centro aprobado fuera de la red* cuando no haya uno adecuado en la red.
9. Para cualquier servicio de trasplante o postrasplante y/o gastos relacionados con el transporte del *afiliado* y el donante, cuando se realicen fuera de Estados Unidos.
10. Para cualquier órgano obtenido por venta o donación procedente de otro país del que se sepa que ha participado en la extracción forzada de órganos.
11. Los siguientes elementos auxiliares que se enumeran a continuación no estarán sujetos a reembolso para los afiliados en virtud de este *contrato*:
 - a. Alcohol/tabaco
 - b. Alquiler de automóviles, remolques o camiones (a menos que la Administración de Casos lo apruebe previamente)
 - c. Mantenimiento de vehículos motorizados e híbridos, y carros eléctricos (incluye: cualquier reparación/partes, mano de obra, mantenimiento general, remolque, asistencia en carretera, etc.)
 - d. Estacionamiento (a menos que lo apruebe previamente la Administración de Casos).
 - e. Unidades de alquiler de almacenamiento
 - f. Viviendas temporales que incurren en pagos de alquiler/hipoteca.
 - g. Pérdida de salario del receptor, donante o acompañante por ausencia del trabajo necesaria para el trasplante).
 - h. Servicios públicos, como gas, agua, electricidad, servicios de limpieza, mantenimiento del césped, etc.
 - i. Infracciones de tráfico o multas de estacionamiento
 - j. Entretenimiento (por ejemplo, películas, visitas a museos, millaje adicional para hacer turismo, etc.)
 - k. Cualquier servicio relacionado con el cuidado de mascotas, alojamiento, comida y/o gastos de viaje
 - l. Gastos de personas que no sean el receptor del trasplante, el donante o su(s) respectivo(s) acompañante(s)
 - m. Gastos de alojamiento cuando el receptor del trasplante, el donante o su(s) respectivo(s) acompañante(s) se alojen en casa de un familiar, un amigo o dispongan de alojamiento gratuito por cualquier otro motivo.
 - n. Cualquier gasto que no esté respaldado por un recibo
 - o. *Upgrades* a viajes en primera clase (aire, autobús y tren)
 - p. Artículos de cuidado personal (por ejemplo, champú, desodorante, ropa)
 - q. Equipaje o artículos relacionados con el viaje, incluyendo pasaporte o tarjeta de pasaporte, identificación de viaje REAL ID, seguro de viaje, preregistro de la TSA, y tarifas de embarque anticipado, tarifas de equipaje extra.

- r. Recuerdos (por ejemplo, camisetas, sudaderas, juguetes)
- s. Facturas de teléfono/móvil, piezas de repuesto o compras de celulares de cualquier tipo.
- t. Todos los demás artículos no descritos en el *contrato* como *gastos elegibles*
- u. Cualquier propina, conserje, pisos de nivel club y gratificaciones.
- v. Servicios de belleza, peluquería y spa.
- w. Primas de seguros.
- x. *Cantidades de costo compartido* adeudadas al cirujano del trasplante, *centro* u otro proveedor.
- y. Cualquier costo de combustible o cargos de la estación de carga para cualquier vehículo (pero tenga en cuenta que el millaje es reembolsable), no relacionados con el viaje hacia y desde el *Centro de Excelencia* o nuestro *centro* aprobado, cuando no hay un adecuado en la red.

Beneficios del servicio de atención urgente

Los beneficios para los *gastos elegibles* para la atención de urgencia se determinarán según lo indicado en su *Programa de Beneficios*. Se exigirá un *copago*, por el importe indicado en su *Programa de Beneficios*, por cada visita de *atención urgente*. Por atención urgente se entiende la prestación de atención médica en un *centro* dedicado a la prestación de atención programada o no programada, sin cita previa, fuera del departamento de emergencias/sala de tratamiento de un *hospital* o del consultorio del *proveedor*. La atención médica necesaria es para una afección que no pone en peligro la vida.

Beneficio de gastos de la vista – Adultos de 19 años o más

La cobertura de los servicios de la vista se ofrece a los adultos de 19 años o más.

1. Examen oftalmológico de rutina
 - a. Refracción
 - b. Dilatación
2. Armazones
3. Lentes graduados
 - a. Monofocales
 - b. Bifocales
 - c. Trifocales
 - d. Lenticulares
4. Lentes de contacto y adaptación de lentes de contacto (en lugar de anteojos)

Consulte su *Programa de Beneficios* para obtener una lista detallada de los *costos compartidos*, el máximo anual y las limitaciones de servicio apropiadas. Para ver qué proveedores de servicios de la vista forman parte de la *red*, visite Ambetterhealth.com/en/tx o llame a Servicios para los Afiliados.

Servicios no cubiertos:

1. Terapia visual;
2. Servicios y equipos de baja visión para adultos; y
3. *Cirugía* LASIK.

PROGRAMAS DE BIENESTAR Y OTROS SERVICIOS

En relación con este *contrato*, podemos ofrecer programas de bienestar y otros servicios a los *afiliados* que sirven para eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud y mejorar los resultados generales de salud. Estos programas y servicios están disponibles cuando comienza su cobertura y continúan mientras su cobertura permanezca activa. La participación en estos programas y servicios es opcional y está disponible sin costo adicional para los *afiliados*. Los programas y servicios están disponibles para usted como parte de este *contrato*, pero no constituyen un seguro. Podemos hacer cambios en los términos y condiciones de los programas y servicios o discontinuarlos en cualquier momento. Las herramientas y servicios de los programas pueden variar dentro de su mercado. Para consultar sobre estos programas y otras ofertas, y para conocer qué programas están disponibles en su área, visite nuestro sitio web en Ambetterhealth.com/en/tx o comuníquese con Servicios para los Afiliados.

El programa de atención preventiva y bienestar de Ambetter Health incluye ofertas para chequeos médicos, pruebas de detección de afecciones comunes y vacunas. Puede haber recompensas disponibles a través del programa “My Health Pays” por completar actividades específicas que promueven comportamientos saludables y abordan los *determinantes sociales de la salud*. Los *afiliados* pueden recibir comunicaciones y divulgación sobre este programa.

También ofrecemos programas generales de bienestar, mejora de la salud y *administración de la atención médica* que pueden incluir una recompensa o incentivo que puede ganar por realizar diferentes actividades relacionadas con el bienestar.

Si tiene un problema médico que puede prohibirle participar en un programa de bienestar, podemos solicitarle que proporcione una verificación, como una declaración afirmativa de su *médico*, de que su problema médico hace que sea excesivamente difícil o desaconsejable participar en el programa de bienestar o mejora de la salud, para que pueda recibir la recompensa o el incentivo.

Puede acceder a otros servicios relacionados con este *contrato*, en el marco de los programas “Ambetter Perks”. Los programas “Ambetter Perks” cuentan con diversos programas que ofrecen descuentos en productos y artículos relacionados con la salud, entre los que se incluyen, entre otros, equipos de gimnasia para el hogar, servicios de alimentación saludable, clases de fitness digitales y membresías en gimnasios locales. Estos programas pueden estar disponibles para usted a través de “Ambetter Perks”. Para obtener más información o saber si califica para inscribirse, visite nuestro sitio web en Ambetterhealth.com/en/tx.

El programa de descuentos de Ambetter Perks ofrece descuentos en una amplia gama de actividades, productos y servicios relacionados con la salud y el bienestar. Los *afiliados* son responsables de pagar por los productos o servicios con descuento a través del proveedor delegado del programa, Abenity. Ambetter no respalda a ningún comerciante, producto o servicio asociado con el programa.

El programa de adherencia a los medicamentos ofrece la oportunidad de ahorrar en los gastos de su propio bolsillo de las recetas médicas, de forma gradual, con el reabastecimiento oportuno de las recetas. Ambetter utiliza “Sempre Health” para administrar el programa. El programa se ofrece a los afiliados que administran determinados medicamentos y tiene como objetivo aumentar la adherencia a los mismos.

Los *afiliados* son responsables de pagar por los productos o servicios con descuento y no respaldamos a ningún proveedor, producto o servicio asociado con el programa. Los *afiliados* también pueden tener acceso a una línea de crédito sin intereses a través del programa Ambetter Perks para pagar sus *deducibles*, *copagos* y *coaseguros* de los *servicios cubiertos*, con varias opciones de pago que se adaptan a sus necesidades. El programa Ambetter Perks se ofrece a todos *los afiliados*. No participamos en la administración de los programas; usted se comunicará directamente con cualquier proveedor si decide participar.

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 a los *afiliados por un proveedor* (inclusive un *hospital*) pero que en realidad el *proveedor* tiene la responsabilidad de pagar.
3. Cualquier servicio proporcionado 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*. Esta exclusión no se aplica a los *gastos elegibles* proporcionados por un *proveedor* de servicios dentales para los beneficios dentales.
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*.
5. Cualquier servicio en el que otra cobertura sea primaria a Ambetter debe ser pagado primero por el pagador primario antes de considerar la cobertura de Ambetter.
6. Para cualquier atención no *necesaria desde el punto de vista médico* ordenada por un tribunal para un diagnóstico médico/quirúrgico o de salud mental/trastorno por consumo de sustancias, a menos que lo exija la ley estatal.

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*.
2. Cualquier porción de los cargos que excedan a los *gastos 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, excepto en los casos específicamente cubiertos en la sección de **Beneficios por Gastos Médicos Mayores** del *contrato*.
4. Programas de pérdida de peso, inscripciones en gimnasios, equipo de ejercicio o programas de preparación de comidas.

5. Por reducción o aumento cosmético del seno, excepto para el tratamiento *necesario desde el punto de vista médico* de la disforia de género para adultos mayores de 18 años.
6. Para procedimientos y tratamientos de transición o reasignación de sexo en menores de 18 años. Estos servicios incluyen los siguientes:
 - a. *Cirugía* realizada que esteriliza al niño(a), incluyendo:
 - i. Castración;
 - ii. Vasectomía;
 - iii. Histerectomía;
 - iv. Ooforectomía
 - v. Metoidioplastia;
 - vi. Orquiectomía;
 - vii. Penectomía;
 - viii. Faloplastia; y
 - ix. Vaginoplastia
 - b. Mastectomía;
 - c. Medicamentos recetados que inducen infertilidad transitoria o permanente:
 - i. Supresión de la pubertad o medicamentos bloqueantes para detener o retrasar la pubertad normal;
 - ii. Dosis suprafisiológicas de testosterona a mujeres;
 - iii. Dosis suprafisiológicas de estrógenos para hombres;
 - d. Extirpación de cualquier parte del cuerpo o tejido, por lo demás sano o no enfermo.
7. Para la reversión de procedimientos de esterilización electiva.
8. En el caso de los abortos, a menos que se realicen para salvar la vida o la salud de la persona *afiliada*, de conformidad con la determinación apropiada del médico, y no sean ilegales según la *ley aplicable*.
9. Tratamiento de maloclusiones, trastornos de la articulación temporomandibular, o trastornos craneomandibulares, excepto como se describen en los *gastos por servicios cubiertos*.
10. Gastos por televisión, teléfono, o gastos para otras personas.
11. Asesoramiento para matrimonios, familias o niños para el tratamiento de disfunción en las relaciones prematrimoniales, matrimoniales, familiares, o de niños.
12. Consultas telefónicas entre proveedores, 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.
13. Períodos de espera por disponibilidad de un *profesional médico* cuando no se presta ningún tratamiento.

14. Gastos por *servicios dentales*, inclusive frenos por cualquier problema médico o dental, *cirugía* y tratamiento por *cirugía* oral, excepto lo dispuesto expresamente en la provisión de **Beneficios Médicos y Quirúrgicos**.
15. *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.
16. Para exámenes de salud mental y servicios que implican:
 - a. Servicios financiados/administrados por la escuela para pruebas psicológicas asociadas con la evaluación y diagnóstico de discapacidades de aprendizaje;
 - b. Consejería matrimonial;
 - c. Consejería prematrimonial;
 - d. Atención o análisis ordenados por el tribunal, o exigidos como condición de la libertad condicional o de la libertad vigilada. Se permitirán beneficios para los servicios que son *médicamente necesarios* y de otro modo estarían cubiertos por este *contrato*;
 - e. Prueba de aptitud, capacidad, inteligencia o interés;
 - f. Evaluación con el fin de mantener el empleo. Se permitirán los beneficios para los servicios que sean *médicamente necesarios* y que de otra manera estarían cubiertos por este *contrato*.
17. Cargos relacionados a, o en preparación de, trasplantes de tejidos u órganos, excepto que esté expresamente previsto bajo la provisión de **Servicios de trasplante**.
18. Para *cirugía* refractiva de los ojos, cuando el propósito principal es corregir miopía, hipermetropía, o astigmatismo.
19. Mientras esté confinado principalmente para recibir *rehabilitación*, *cuidado supervisado*, cuidado educativo, o servicios de enfermería (a menos que esté expresamente previsto en este *contrato*).
20. Para terapia vocacional o recreativa.
21. 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*.
22. 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.
23. Para tratamiento recibido fuera de los Estados Unidos, excepto para una emergencia médica mientras viaje hasta por un máximo de 90 días consecutivos.
24. 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 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.

25. Para *cirugía* de reducción fetal.
26. Excepto que específicamente se identifique como un *gasto por servicio cubierto* bajo el *contrato*, servicios 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.
27. 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).
28. 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.
29. Como resultado de cualquier *lesión* sufrida mientras se encuentra en una *instalación de tratamiento residencial*.
30. Para los siguientes puntos misceláneos (excepto cuando se requiere por la ley federal o estatal): fertilización in vitro, inseminación artificial, biorretroalimentación; cuidado o complicaciones resultantes de *servicios no cubiertos*; productos quelantes; atención domiciliaria; alimentos y suplementos alimenticios, excepto lo indicado en la provisión de **Alimentos médicos**; membresías a clubes de salud, a menos que se cubra lo contrario; kits de pruebas caseras, a menos que lo exija la *ley aplicable*; cuidado o servicios proporcionados para un padre biológico de un no *afiliado*; suplementos nutricionales o dietéticos; análisis de laboratorio premaritales; honorarios por procesamiento; *servicios de rehabilitación* para mejorar el rendimiento laboral, atlético, o recreativo; cuidado de rutina o electivo fuera del *área de servicio*; tratamiento de arañas vasculares; gastos de transporte, a menos que específicamente se describa en este *contrato*.
31. Servicios privados de un(a) enfermero(a) titulado(a) o un(a) enfermero(a) vocacional con licencia (LVN, por sus siglas en inglés) prestados a pacientes ambulatorios.
32. Análisis diagnósticos, procedimientos de laboratorio, revisiones o exámenes realizados con el fin de obtener, mantener o controlar el empleo.
33. Para cualquier uso medicinal y recreativo de cannabis o marihuana.

34. Instalaciones en vehículos (modificaciones) que pueden incluir, pero no se limitan a: dispositivos adaptados en los asientos, sustitución de asas de las puertas, dispositivos de elevación, extensiones del techo y dispositivos de sujeción de las sillas de ruedas.
35. *Acuerdo de subrogación*. Servicios de atención médica, incluidos los suministros y medicamentos para una *madre sustituta*, inclusive a una *afiliada* que actúe como tal o que use los servicios de una *madre sustituta* que pueda o no estar *afiliada*. Esta exclusión se aplica a todos los servicios de atención médica, suministros y medicamentos relacionados con un acuerdo de subrogación, a una *madre sustituta* inclusive, pero sin limitarse a:
- a. Atención prenatal;
 - b. Atención intraparto (o atención prestada durante el parto y el nacimiento);
 - c. Atención posparto (o atención para la *madre sustituta* después del parto);
 - d. Servicios de salud mental relacionados con el *acuerdo de subrogación*;
 - e. Gastos relacionados con el semen del donante, inclusive la recolección y preparación para la implantación;
 - f. Los gametos o embriones del donante o el almacenamiento de los mismos relacionados con un *acuerdo de subrogación*;
 - g. El uso de gametos o embriones congelados para lograr una futura concepción en un *acuerdo de subrogación*;
 - h. Diagnóstico genético preimplantación relacionado con el *acuerdo de subrogación*;
 - i. Toda complicación del niño o de la *madre sustituta* que resulte del *embarazo*; o
 - j. Cualquier otro servicio de atención médica, suministros y medicamentos relacionados con un *acuerdo de subrogación*.
 - k. Todos y cada uno de los servicios de atención médica, suministros o medicamentos proporcionados a cualquier niño nacido de una *madre sustituta* como resultado de un *acuerdo de subrogación* también están excluidos, excepto cuando el niño posee un *contrato* activo y vigente con nosotros al momento del nacimiento.
36. Para todos los servicios de atención médica obtenidos en *un centro de atención urgente* que sea un *proveedor que no pertenece a la red*.
37. Para los gastos, servicios y tratamientos de un especialista en naprapatía para las afecciones causadas por un tejido miofascial o conectivo contraído, lesionado, con espasmos, moretones o afectado de cualquier otra forma.
38. Para los gastos, servicios y tratamientos de un especialista en naturopatía para el tratamiento de prevención, autocuración y uso de terapias naturales.
39. Necesidad médica de servicios o suministros, en la medida en que dichos servicios o suministros se proporcionen como parte de un programa de cuidados paliativos en un hospicio.
40. Acupuntura.
41. Tratamiento asertivo comunitario (ACT, por sus siglas en inglés).

42. Obtención de sangre del cordón umbilical.

TERMINACIÓN

Terminación del contrato

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

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 *afiliado* dependiente que alcance el límite de edad de 26 años, cobertura bajo este *contrato* terminará a las 11:59 p.m. el último día del año en el cual el *afiliado* dependiente 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 sus discapacidades mentales, o discapacidad física, y principalmente depende de usted para apoyo y mantenimiento.
4. Usted obtiene otra *cobertura esencial mínima*.

Reembolso por cancelación

Le devolveremos cualquier prima pagada y no devengada debido a la terminación del *contrato*. Usted puede cancelar el *contrato* en cualquier momento informándonos de ello por escrito. Tal cancelación entrará en vigencia al recibirse, o en una fecha posterior especificada en el aviso. En caso de cancelación o terminación del *contrato*, devolveremos rápidamente cualquier parte no utilizada de la prima pagada al método de pago original y/o al pagador, pero en cualquier caso devolveremos la parte no utilizada de la prima en un plazo de 20 días calendario. 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 una notificación por escrito y una comunicación electrónica al menos 90 días calendario antes de la fecha en que 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, le enviaremos un aviso por escrito y por correo electrónico y al Comisionado de Seguros un aviso por escrito al menos 180 días de calendario 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 un *contrato* individual. La prima aplicable al nuevo *contrato* se determinará en base a la *residencia* de la persona que continuará con la cobertura. Todos los otros términos y condiciones del nuevo *contrato*, 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 del *contrato* 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 calendario 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 de calendario 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.

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 nuestros derechos de reembolso y 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 nuestros derechos de reembolso y subrogación.
7. No resolver ningún reclamo o demanda contra *terceros* sin proporcionarnos una notificación por escrito dentro de 30 días de calendario 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.

Podemos recuperar el costo total de todos los beneficios proporcionados conforme a este plan sin tener en cuenta cualquier reclamación de falta por parte del afiliado, ya sea por negligencia comparativa 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 una reclamación 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

1. 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.
 - a. 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.

- b. 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 de cobertura conforme a (a)(1) o (a)(2) es un plan separado. Si un plan tiene dos partes y las normas de COB se aplican sólo a una de ellas, cada una de las partes se considera 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 permitidos.

2. "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:

- a. 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.
 - b. 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 permitidas 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.
 - c. 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.
 - d. 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 facturadas*, 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.
 - e. 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.
 - f. Cuando un *afiliado* también es un beneficiario de Medicare, y Medicare es primario, la cantidad autorizada, es la cantidad autorizada de Medicare.
3. “Cantidad facturada” es la cantidad de un *cargo* facturado que una compañía de seguros determina a ser cubierta por servicios proporcionados por un *proveedor* o *médico que no pertenece a la red*. 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.
 4. “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.
 5. “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:

1. El plan primario paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin relación con los beneficios bajo *otro plan*.
2. Excepto como se estipula en (c), un plan que no contiene una provisión de COB que sea consistente con este *contrato* es siempre primario a menos que las provisiones de ambos planes establezcan que el plan de cumplimiento es primario.
3. 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*.
4. 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*.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Cada plan determina su orden de beneficios usando la primera de las siguientes normas que aplique.
 - a. 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.

- b. 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.
 - i. Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, independientemente si alguna vez han estado casados:
 - A. El plan del padre cuya fecha de cumpleaños ocurre primero en el año de calendario es el plan primario; o
 - B. Si ambos padres tienen la misma fecha de cumpleaños, el plan que ha cubierto al padre durante más tiempo, es el plan primario.
 - ii. Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados, separados, o no viven juntos, independientemente si alguna vez han estado casados:
 - A. 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.
 - B. 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.
 - C. 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.
 - D. 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.
 - iii. 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.

- iv. 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.
- v. 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.
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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.
- f. 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.

Efecto en los beneficios de este plan

1. 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 la reclamación sea igual al 100 por ciento del total de gastos permitidos para esa reclamación. 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.

2. 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.
3. 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

Debemos recibir el aviso de reclamación dentro de un plazo de 30 días de calendario a partir de la fecha en que comenzó la pérdida o tan pronto como sea razonablemente posible. Nosotros debemos recibir una solicitud para reembolso a través de la recepción de una reclamación dentro de 90 días de calendario de la fecha de servicio.

Formularios de crédito de su propio bolsillo fuera de la red

Si los servicios de atención médica cubiertos que sean *médicamente necesarios* no están disponibles a través de los *proveedores de la red*, usted puede ser elegible para recibir un crédito total para las cantidades de *costo compartido* por los *servicios cubiertos*. En el caso de que no haya un proveedor contratado disponible dentro de su área para brindar un *servicio o suministro cubierto*, es posible que deba pagar los *servicios cubiertos* y presentar un formulario de crédito de su propio bolsillo fuera de la red. Esto no es un reembolso, sino un crédito para su *deducible y la cantidad máxima de su propio bolsillo*.

NOTA: La reclamación no debe haber sido pagada ya al proveedor por Ambetter y la cantidad de su propio bolsillo debe ser menor que nuestra tarifa descontada promedio para *ese servicio cubierto*.

Para solicitar el crédito por un *servicio cubierto*, necesita una copia de la reclamación detallada del proveedor. También debe enviar una copia del formulario de crédito de su propio bolsillo fuera de la red publicado en Ambetterhealth.com/en/tx. Envíenos toda la documentación a la siguiente dirección:

Ambetter from Superior HealthPlan
Attn: Claims Department
P.O. Box 5010
Farmington, MO 63640-3800

Las solicitudes deben presentarse dentro de los 30 días de calendario posteriores a la recepción del servicio. Una vez que recibamos su solicitud, la procesaremos dentro de los 45 días de calendario.

Prueba de pérdida

Debemos recibir una *prueba* escrita de la *pérdida* en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha en que se produjo la pérdida o tan pronto como sea razonablemente posible. No se aceptarán *pruebas de pérdida* presentadas con más de un año de retraso, a menos que usted o su *afiliado dependiente* cubierto no tuvieran capacidad legal para presentar dicha prueba durante ese año.

Para una reclamación por pérdida por la cual este *contrato* 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 de la fecha que la *prueba de pérdida* es requerida, excepto en el caso de incapacidad legal.

Tiempo de pago de las reclamaciones

Las indemnizaciones pagaderas bajo este *contrato* por cualquier pérdida, diferente a la pérdida por la cual este *contrato* 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 este *contrato* 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 este *contrato* 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 este contrato en nombre de un *afiliado dependiente* quien está asegurado por este *contrato* por el 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 el *contrato* 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.

Reclamaciones incurridas por servicios de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos.

Los servicios *médicos de emergencia* están cubiertos hasta por 90 días consecutivos mientras se viaja fuera de los Estados Unidos. Si el viaje se prolonga más allá de 90 días consecutivos, no se proporcionará cobertura para servicios de emergencia durante todo el período de viaje, incluidos los primeros 90 días.

Las reclamaciones incurridas fuera de los Estados Unidos por servicios de *emergencia* deben presentarse dentro de los 180 días calendario a partir de la fecha del servicio. Las reclamaciones deben incluir documentación clínica (expedientes médicos) que respalde todos los servicios de emergencia recibidos. Las reclamaciones y los expedientes médicos deben presentarse en inglés o con una traducción al inglés, a cargo del *afiliado*, para demostrar debidamente la *prueba de pérdida* y el pago o pagos al proveedor.

Se debe presentar junto con la reclamación una prueba de salida y llegada a los Estados Unidos. Estos documentos deben ser enviados con el Formulario para reembolso de reclamación médica del afiliado, junto con todos los documentos solicitados como se detalla en el formulario de reclamación. Todos los formularios y recursos para los afiliados están disponibles en Ambetterhealth.com/en/tx.

El reembolso por los *servicios de emergencia cubiertos* (menos la *parte que le corresponde pagar al afiliado*) se enviará al *afiliado*, quien es responsable de pagar al proveedor. Dicho pago cumplirá con nuestra obligación con el *afiliado* por los *servicios de emergencia*. El reembolso se basa en el plan de beneficios del *afiliado*, *el costo compartido* y el tipo de cambio de la moneda en el momento de la transacción. La *Explicación de beneficios* detallará la responsabilidad del *afiliado* y cualquier reembolso elegible.

Presentación de reclamaciones

Los *proveedores* normalmente presentarán las reclamaciones en su nombre, pero a veces es posible que tenga que pagar por un *servicio cubierto* y presentar una reclamación de reembolso. Esto puede suceder si su proveedor no tiene contrato con nosotros.

Si ha pagado por los servicios que acordamos cubrir, puede solicitar el reembolso de la cantidad que pagó, menos cualquier *deducible*, *copago* o *costo compartido* que sea su responsabilidad financiera.

Para solicitar el reembolso de un *servicio cubierto*, necesita una copia de la reclamación detallada del proveedor. También necesita presentar una copia del formulario de reclamación de reembolso del afiliado publicado en Ambetterhealth.com/en/tx. Envíenos toda la documentación a la siguiente dirección:

Ambetter from Superior HealthPlan
Attn: Claims Department- Member Reimbursement
P.O. Box 5010
Farmington, MO 63640-3800

Después de recibir su reclamación, le haremos saber que lo hemos recibido, comenzaremos una investigación y solicitaremos todos los elementos necesarios para resolver la reclamación. Esto se tarda aproximadamente 15 días de calendario o menos.

Le avisaremos, por escrito, que hemos aceptado o rechazado su reclamación para su procesamiento dentro de los 15 días de calendario posteriores a la recepción de todos los documentos necesarios para resolver su reclamación. Si aceptamos su reclamación, haremos el pago dentro de cinco días hábiles después de informarle del pago de su reclamación. Si rechazamos su reclamación, le explicaremos la razón por la que se rechaza su reclamación. Si no podemos llegar a una decisión sobre su reclamación dentro de 15 días de calendario, le informaremos y explicaremos por qué necesitamos tiempo adicional, y tomaremos nuestra decisión de aceptar o rechazar su reclamación a más tardar el día 45 de calendario después de nuestro aviso sobre el retraso para reclamaciones en papel o a más tardar el día 30 después de nuestro aviso sobre el retraso para reclamaciones electrónicas.

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 de calendario después de la fecha del aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de este *contrato* como *prueba de pérdida* en presentarlo, dentro del tiempo establecido en el *contrato* 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.

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 profesional 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:

1. Insatisfacción con la administración del plan;
2. Procedimientos relacionados con la revisión o *apelación* de una *determinación adversa*;
3. La negación, reducción, o terminación de un servicio por razones no relacionadas con necesidad médica;
4. La forma en que se proporciona un servicio; o
5. Decisiones de desafiliación.

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 el quinto día laborable 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*.

Usted debe enviar su *queja* por escrito a:

Ambetter from Superior HealthPlan
ATTN: Complaints Department
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741
Fax: 1-866-683-5369

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 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 la resolución se concluirán de acuerdo con la urgencia médica de su estado de salud y le enviaremos una carta con nuestra resolución en un plazo de tres días laborables.

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

Apelaciones de quejas

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 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 laborable 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 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

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. Un *afiliado* tiene 180 días de calendario a partir de la recepción de la notificación de una *determinación adversa* para presentar una *apelación*.

Para una *apelación* estándar, nosotros daremos acuse de recibo de su *apelación* dentro de los cinco 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 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*. Si es necesario un plazo adicional por causas ajenas a nuestra voluntad, se le notificará a usted o a su representante designado antes del 30º día de calendario con las razones específicas por las que se necesita el plazo adicional y éste no será superior a 15 días de calendario.

Las *apelaciones* aceleradas de *determinaciones adversas* que incluyen emergencias en curso o negación de continuación de estadía en el *hospital*, negación de *medicamentos de venta con receta*, infusiones intravenosas o una excepción al protocolo de terapia escalonada denegada se resolverán a más tardar un día hábil después de recibir la solicitud.

Usted también puede solicitar una *apelación* acelerada para una negación de atención urgente. Responderemos a su *apelación* de atención urgente en el plazo de un día laborable o de 72 horas, lo que sea menor, una vez recibida 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. Usted o su representante asignado puede solicitar una revisión externa estándar dentro de cuatro meses después de la fecha que usted reciba el aviso final de la determinación de *apelación* interna. El objetivo de la revisión externa es determinar si la decisión del plan de salud fue correcta. Existe una revisión *externa estándar* y, para casos urgentes, una revisión externa *acelerada* (más rápida de lo habitual).

Si solicita una revisión externa, esta será realizada por una Organización de Revisión Independiente (IRO). Una IRO no está afiliada a nosotros ni a nuestro agente de *revisión de la utilización*. Usted puede solicitar una revisión externa si ya ha agotado sus *derechos de apelación* interna. En algunos casos específicos y limitados, el consumidor puede solicitar una revisión externa sin completar primero el proceso de apelación interna del plan. En esos casos, el consumidor puede solicitar una revisión externa de la decisión original del plan de denegar un beneficio o rechazar el pago. Se proporcionará una notificación por escrito de la decisión final de la revisión externa estándar lo antes posible, pero a más tardar 45 días después de recibir la solicitud de revisión externa.

En circunstancias que impliquen una afección que ponga en peligro la vida, atención de emergencia, *afiliados hospitalizados*, denegaciones de *medicamentos recetados*, infusiones intravenosas o una excepción denegada al protocolo de terapia escalonada, usted, su representante designado o su proveedor tienen derecho a una revisión externa acelerada. Las decisiones de revisiones externas aceleradas se proporcionarán tan pronto como lo requieran las circunstancias médicas, pero a más tardar dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud. Se puede solicitar una revisión acelerada cuando:

1. La persona ha solicitado una apelación interna *acelerada* y desea una revisión externa acelerada al mismo tiempo, y el plazo para una apelación interna *acelerada* pondría en peligro la vida, la salud o la capacidad de la persona para recuperar su máxima funcionalidad.
- O
2. La persona ha completado una *apelación* interna con el plan y la decisión no le ha sido favorable, y:
 - a. El plazo para realizar una revisión externa estándar (45 días) pondría en peligro la vida, la salud o la capacidad de la persona para recuperar su máxima funcionalidad, o
 - b. La decisión se refiere a la admisión, la disponibilidad de atención, la permanencia o los servicios de atención médica de emergencia cuando la persona no ha sido dada de alta de la institución.

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.

Usted puede enviar una solicitud de revisión externa por correo, fax o a través del portal en línea designado para consumidores. Para obtener más información o ayuda, visite <https://maximusferp.my.site.com/FERP/s/external-reviews> o llame al 1-888-975-1080, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Este.

Se puede acceder al formulario manual en: <https://maximusferp.my.site.com/FERP/s/forms>.

MAXIMUS Federal Services
State Appeals East
3750 Monroe Avenue, Suite 708
Pittsford, NY 14534
Fax: 1-888-866-6190

Apelación acelerada y Revisión externa acelerada simultáneas

En el caso de una apelación relacionada con atención médica urgente, usted o su representante autorizado pueden solicitar una apelación interna acelerada y una revisión externa acelerada al mismo tiempo. Para obtener más información, llame a MAXIMUS Federal Services al 1-888-975-1080, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Este.

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 (MC CO-CP), P.O. Box 12030, Austin, Texas 78711-2030
2. **Personalmente o por servicio de entrega:** Texas Department of Insurance, Consumer Protection (111-1A), 1601 Congress Avenue, 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 60 días de calendario 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

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.

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, género, 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 representante legalmente autorizado 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 médicos* y profesionales médicos, *hospitales*, otras instalaciones 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 *PCP* acerca de lo que puede estar mal (a un nivel conocido), sobre el tratamiento y cualquier posible resultado conocido. Su *PCP* puede informarle acerca de tratamientos que pueden o no estar cubiertos por este *contrato*, independiente del costo. Usted tiene el derecho de saber acerca de cualquier costo que usted necesitará pagar. Esto deberá decirsele 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 un *representante autorizado*

legalmente. Su proveedor pedirá su autorización para el tratamiento a menos que sea una emergencia y su vida o salud esté en grave peligro.

8. Exteriorizar *quejas* acerca sobre: nuestra organización, cualquier decisión de beneficio o cobertura que nosotros (o nuestros administradores designados) tomemos, su cobertura, o atención proporcionada.
9. Presentar una *apelación* si no está de acuerdo con ciertas decisiones que nosotros hayamos tomado.
10. Ver sus registros médicos.
11. 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 de calendario 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.
12. 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*.
13. Seleccionar un plan de salud o cambiar de plan de salud, dentro de las normas, sin ninguna amenaza o intimidación.
14. Acceso adecuado a profesionales médicos calificados y a tratamientos o servicios, independientemente de la edad, etnia, raza, religión, género, orientación sexual, origen nacional, discapacidad física o mental, o estado de salud o genético esperado.
15. Acceso a servicios de emergencia y urgentes *necesarios desde el punto de vista médico* las 24 horas del día, los siete días de la semana.
16. Recibir información en un formato diferente de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, si usted tiene una discapacidad.
17. Rechazar el tratamiento en la medida en que la ley lo permita sin poner en peligro el tratamiento futuro, y ser informado por su proveedor o proveedores de las consecuencias médicas. Usted es responsable por sus acciones si rehúsa tratamiento o si no sigue las instrucciones de su *PCP*. Usted debe discutir todas sus preocupaciones acerca del tratamiento con su *PCP*. Su *PCP* puede discutir con usted diferentes planes de tratamiento, si hay más de una opción que puede ayudarlo. Usted tomará la última decisión.
18. Seleccionar su *médico de atención primaria (PCP)* dentro de la *red*. Usted también tiene derecho a cambiar a su *PCP* o solicitar información sobre *proveedores de la red* cerca de su vivienda o de su trabajo.
19. 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 *PCP*.
20. Un intérprete cuando usted no habla o entiende el lenguaje del área.

21. 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.
22. Elaborar formularios de directivas anticipadas para las decisiones sobre la 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 *PCP* 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 precisa y completa sobre su estado actual, *enfermedades* pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros aspectos de su salud que nosotros o sus médicos necesitemos para poder proporcionarle atención médica. 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 de *afiliado* y mantener las citas programadas con su *proveedor*, y llamar al consultorio de su *proveedor* durante las horas laborables siempre que sea posible si usted ha tenido un atraso o necesita cancelar.
6. Saber el nombre de su *médico de atención primaria (PCP)*. Usted debe establecer una relación con su *proveedor*. Usted puede cambiar a su *PCP* verbalmente o por escrito comunicándose con Servicios para los Afiliados.
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. Seguir los planes de tratamiento e instrucciones para la atención que usted ha acordado con sus profesionales de atención médica y proveedor.
10. 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 *PCP* 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.

11. Acatarse a todas las pautas, provisiones, políticas y procedimientos del *contrato*.
12. 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 *PCP*.
13. 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.
14. Pagar puntualmente su prima mensual, *la cantidad del deducible, las cantidades de copago y de coaseguro*.
15. Informar a la entidad en la cual usted se afilió a este *contrato* si usted tiene algún cambio en su nombre, dirección postal, o los miembros de la familia cubiertos bajo este *contrato* dentro del lapso de 60 días de calendario 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 *médicos o proveedores que no pertenecen a la red*, con las excepciones específicas como se describen en su *contrato* y a continuación.
2. Usted tiene derecho a una *red* adecuada de *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 en <https://www.tdi.texas.gov/consumer/health-complaints.html>.
3. Si su compañía de seguros *aprueba* una referencia para servicios fuera de la red porque no hay un *proveedor de la red* disponible, o si usted ha recibido *servicios de emergencia* fuera de la red, su compañía de seguros debe, en la mayoría de los casos, solventar el cobro del *proveedor que no pertenece a la red*, 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 de la red* en el siguiente sitio web: Ambetterhealth.com/en/tx o llamando a Servicios para los Afiliados para solicitar ayuda en encontrar *proveedores de la red* disponibles. 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*, junto con la solicitud de afiliación, el *Programa de Beneficios* y cualquier enmienda o cláusula adicional adjunta, 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 de afiliación 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 de afiliación por escrito, inclusive enmiendas, firmadas por el *afiliado*;
2. Una copia de la solicitud de afiliación, 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, falsificación intencionada de un hecho material 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*.

Conformidad con las leyes aplicables

Cualquier parte de este *contrato* que entre en conflicto con las *leyes aplicables* en la *fecha de vigencia* de este *contrato* o en cualquier fecha de vencimiento de la prima se modifica para ajustarse a los requisitos mínimos de las *leyes aplicables*.

Condiciones previas a la acción legal

Acciones legales: No se podrán iniciar acciones legales u otro tipo de acciones de reclamo para cobrar en este *contrato* antes del día 61 de calendario después de la fecha que se debe presentar la *prueba de pérdida* por escrito, de acuerdo con los requisitos de este *contrato*.

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.

Información personal de salud (PHI, siglas en inglés)

Su información de salud es personal. Nos comprometemos a hacer todo lo que podamos para protegerla. Su privacidad también es importante para nosotros. Tenemos políticas y procedimientos para proteger sus expedientes médicos.

Protegemos toda la PHI oral, escrita y electrónica. Seguimos los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y tenemos un Aviso de Prácticas de Privacidad. Estamos obligados a notificarle sobre estas prácticas cada año. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede tener acceso a esta información. Revíselo cuidadosamente. Si necesita más información o desea el aviso completo, visite <https://www.ambetterhealth.com/en/tx/privacy-practices/> o llame a Servicios para los Afiliados.

Protegemos toda su PHI. Seguimos la ley HIPAA para mantener su información médica privada.

Ayuda con el idioma

Si no habla o no entiende el idioma en su área, tiene derecho a tener los servicios de un intérprete. Para obtener ayuda con el idioma, visite:

<https://www.ambetterhealth.com/en/tx/language-assistance/>.

Límite de tiempo en ciertas defensas

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

2. Una reclamación por pérdida incurrida o discapacidad (como se define en el *contrato*) comenzando después del segundo aniversario de la fecha de emisión de este *contrato* 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 de vigencia* de cobertura de este *contrato*.