

**US Health and Life Insurance Company**  
**haciendo negocios como Ascension Personalized Care (APC)**  
**Oficina en casa: 8220 Irving Road, Sterling Heights, Michigan 48312**

**PÓLIZA MÉDICA INDIVIDUAL EPO**

Póliza N.º:[XXX-XXX-XXX]

Prima [\$XXXX.XX]

Titular de la póliza: [John Doe]

Fecha de entrada en vigor: [mes, día, año]

Este contrato describe los beneficios que US Health and Life Insurance Company presta y las exclusiones y limitaciones. Se garantiza que este contrato sea renovable por el asegurado y no lo podemos cancelar excepto por situaciones específicas que se describen en este contrato.

Este contrato empieza a las 12:01 a. m. en el lugar de su residencia en la fecha en la que esta cobertura entra en vigor para el asegurado. Termina, sujeto al período de gracia, a las 12:01 a. m. en el lugar de su residencia en el último día en el que el asegurado tiene derecho a la cobertura según los términos de este contrato.

**Derecho de 10 días para examinar y devolver esta póliza**

**Si no está satisfecho, tiene el derecho de devolver este Plan en el plazo de 10 días desde que se le entregue para un reembolso completo de cualquier Prima pagada.**

**Aviso importante**

Los planes de la Organización de proveedores exclusivos (EPO) cubren servicios de atención médica solo cuando los presta un médico o un centro que participa en la red. Si recibe los servicios de un médico fuera de la red u otro proveedor de atención médica, tendrá que pagar todos los costos por los servicios, excepto que los servicios de emergencia deben cubrirse sin importar si son prestados por un proveedor participante.

US Health and Life Insurance Company es un Emisor calificado de planes médicos en el Mercado de seguros médicos federal.

Para nosotros, se firma esta Póliza a partir de la Fecha de entrada en vigor como se muestra arriba.

[Firma del representante]

[Título del representante]

## **AVISO**

Esta Póliza contiene los requisitos de la Administración de utilización. Se necesita una autorización previa para todos los ingresos de pacientes hospitalizados en Centros de atención de casos agudos y otros centros a menos que el ingreso sea por un servicio de emergencia, una condición médica que amenaza la vida, por atención obstétrica o que ocurra fuera de los 50 estados de Estados Unidos. También se exige autorización previa para ciertos otros servicios. Consulte la sección de Administración de utilización para obtener la lista de servicios y tratamientos para los que se exige una autorización previa.

Es necesaria la certificación de hospitalización en el plazo de 48 horas después de todos los ingresos de emergencia.

No cumplir los requisitos de la Administración de utilización puede dar como resultado una reducción del reembolso de beneficio como se describen aquí.

Se puede obtener la Revisión para la autorización previa comunicándose con la compañía de Administración de utilización que se menciona en la tarjeta de identificación del asegurado. El teléfono de la Administración de utilización es [(1-800-856-3775)].

La Revisión para la autorización previa no garantiza el reembolso según la Póliza. El reembolso está sujeto a elegibilidad y a la cobertura de beneficio en el momento del servicio y está sujeto a todos los términos, las condiciones y limitaciones de la Póliza.

### **Aviso de la Ley de Derechos y el Cáncer de la Mujeres (Women's Health Care and Cancer Rights Act, WHCRA)**

US Health and Life Insurance Company le notifica de la siguiente cobertura obligatoria por la ley del estado y federal. Cuando el asegurado y el médico de atención directa del asegurado determinan la necesidad de los beneficios, estos incluyen los siguientes:

- Reconstrucción de las mamas en las que se hizo una mastectomía.
- Operación y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica.
- Prótesis y tratamientos por complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

Las cantidades de deducible normal, coseguro o copago que se aplican a su cobertura médica también se aplican a estos beneficios.

## ÍNDICE

Avisos importantes.....	Página 2
Sección 1. Definiciones generales.....	Página 4
Sección 2. Primas, inscripción, fecha de entrada en vigor .....	Páginas 19
Sección 3. Cancelación .....	Página 21
Sección 4. Beneficios médicos y exclusiones.....	Página 22
Sección 5. Requisitos de la Administración de utilización .....	Páginas 37
Sección 6. Exclusiones generales .....	Página 38
Sección 7. Disposiciones sobre reclamos y apelaciones .....	Páginas 43
Sección 8. Disposiciones estándar .....	Páginas 48
Sección 9. Coordinación de beneficios con otra cobertura.....	Páginas 51

## SECCIÓN 1. DEFINICIONES GENERALES

En esta Póliza, se puede hacer referencia al titular de la póliza como "usted, su" o "sus". Se puede hacer referencia al US Health and Life Insurance Company como "nosotros", "nuestro", "nuestra" o la "Compañía".

Ciertas palabras o frases que se usan y llevan mayúscula en toda la Póliza se definen y explican abajo. Estas definiciones o explicaciones se controlarán con respecto a la interpretación de la Compañía.

Los pronombres masculinos en esta Póliza incluirán el sexo masculino o femenino a menos que el contexto indique lo contrario.

"Hospital de atención de casos agudos" significa una institución autorizada por una autoridad del estado debidamente constituida y que mantiene una sala de operaciones equipada para manejar procedimientos quirúrgicos, siempre tiene uno o más Médicos y uno o más Enfermeros registrados (R.N.) para pacientes admitidos por una variedad de condiciones médicas. No es, más que incidentalmente, un lugar para descansar, un lugar para los adultos mayores, un lugar para el tratamiento de Abuso de sustancias, un lugar para alcohólicos o un centro de atención residencial o para convalecientes.

"Centro de atención ambulatoria" significa un centro especializado:

- A. donde la cobertura en ese centro es obligatoria por la ley, que la autorizó una autoridad regulatoria con la responsabilidad para dar esa licencia según las leyes de la jurisdicción en la que está; o
- B. donde la cobertura en ese centro no es obligatoria por la ley, que cumple todos los siguientes requisitos:
  - 1) está establecido, equipado y opera de acuerdo con las leyes aplicables en la jurisdicción en la que está situado principalmente para el propósito de hacer procedimientos quirúrgicos; y
  - 2) es operado según la supervisión de un Doctor en Medicina (M.D.) autorizado o un médico Osteópata (D.O.) que se dedica a tiempo completo a esa supervisión y permite que se haga un producto quirúrgico solo por un médico debidamente calificado que, en el momento que se hace el procedimiento, tiene privilegio para hacer ese procedimiento en, por lo menos, un Hospital de atención de casos agudos en el área; y
  - 3) exige en todos los casos, distintos a aquellos que exigen solo la infiltración de anestesia local, que un anestesista autorizado administre los anestésicos y siga presente durante el procedimiento quirúrgico; y
  - 4) tiene por lo menos 2 salas de operaciones y, por lo menos, una sala de recuperación posanestésica; tiene equipo para hacer exámenes de radiografías y laboratorio de diagnóstico; y tiene personal capacitado y el equipo necesario para manejar emergencia previsible, incluyendo, entre otros, un desfibrilador, un juego de traqueotomía y un banco de sangre u otro suministro de sangre; y
  - 5) da los servicios a tiempo completo de uno o más Enfermeros registrados (R.N.) para la atención del paciente en las salas de operaciones y en la sala de recuperación posanestésica; y
  - 6) mantiene un acuerdo por escrito con, por lo menos, un Hospital de atención de casos agudos en el área para aceptación inmediata de pacientes que desarrollan complicaciones o necesitan confinamientos posoperatorio; y
  - 7) mantiene un expediente médico adecuado para cada paciente, que contiene un diagnóstico de ingreso, incluyendo, para todos los pacientes excepto los que pasarán por un procedimiento bajo anestesia local, un informe del examen preoperatorio, historia médica y pruebas de laboratorios o radiografías, un informe de la operación y un resumen del alta.

“ensayo clínico aprobado” significa un ensayo médico en la fase I, II, III o IV que se hace en relación con la prevención, detección o el tratamiento de cáncer u otras enfermedades o condiciones médicas que amenazan la vida, y es:

- A. un estudio o una investigación financiado o aprobado a nivel federal; o
- B. un estudio o una investigación que se hace según una solicitud de medicamento nuevo para investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos; o
- C. un estudio o una investigación que es un ensayo de medicamento exento de tener una solicitud de medicamento nuevo para investigación.

“Centro de vivienda con asistencia” significa un centro diseñado para dar a los residentes solo la asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL) básicas, como bañarse, arreglarse, vestirse y más.

“Trastorno del espectro autista” significa una condición neurológica, incluyendo síndrome de Asperger y autismo, como se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.

"Centro de maternidad" significa un centro operado por un Hospital de atención de casos agudos u otra institución autorizada de atención médica para propósitos de dar centros para el parto como una alternativa al entorno de la sala de parto de un Hospital de atención de casos agudos.

“Medicamento de marca” significa un Medicamento con receta que no tiene un Medicamento genérico equivalente o un Medicamento con receta que es la fórmula innovadora u original para la que existe Medicamento genérico equivalente.

"Rehabilitación cardíaca" significa el método por el que se reestablece a una persona a su mejor estado físico, médico y psicológico después de un evento cardíaco o el diagnóstico de disfunción cardíaca. La Rehabilitación cardíaca se divide en tres fases: La Fase I empieza durante la Hospitalización del paciente y la maneja el médico del paciente; la Fase II es un programa de paciente ambulatorio médicamente supervisado que empieza después del alta de una Hospitalización de pacientes; y la Fase III es un programa de mantenimiento por el resto de la vida que enfatiza la continuación de la condición física con un seguimiento periódico. Cada fase incluye un componente de ejercicio, la educación del paciente y la modificación de factores de riesgo.

“Clase” significa la clase de medicamento asignada por el sistema nacional de clasificación de medicamentos (NDC).

"Copago" significa un deducible específico de servicio que se expresa como una cantidad fija en dólares y que paga un asegurado en el lugar y el momento que se prestan los servicios. Esta cantidad no es parte del deducible.

"Coseguro" significa compartir el costo de los gastos cubiertos entre la Compañía y el asegurado. Cuando la Compañía paga un porcentaje del Cargo razonable y habitual o el cargo aprobado de la Organización de proveedores exclusivos, el Coseguro es igual al saldo del asegurado.

"Confinamiento" o "Confinado" significa ingresado como paciente hospitalizado.

"Cirugía cosmética" significa operación reconstructiva o plástica que se hace principalmente para mejorar la apariencia física del paciente y que mejora la apariencia, pero no corrige o mejora una condición médica.

"gastos cubiertos" significa los costos en los que se incurre con respecto a los servicios, suministros y cargos para los que se prestan los beneficios en la Póliza y, como lo definen las disposiciones de la Póliza que se relacionan a la cobertura.

"Cuidado de compañía" significa la atención que se da principalmente para ayudar a una persona con las actividades de la vida diaria, y no que se da principalmente para ayudar a una persona en recuperación de una lesión o enfermedad. Este tipo de atención médica se considerará de compañía sin importar si el paciente está o no bajo atención de un médico o un médico pide el Cuidado de compañía.

La prestación del Cuidado de compañía por el personal médico capacitado, como un médico, un enfermero autorizado o un terapeuta registrado, no hace que los servicios se clasifiquen como servicios calificados. Si una persona capacitada que no es médico puede hacer de manera segura y efectiva los servicios, estos se considerarán como Cuidado de compañía. La atención de pacientes con respirador con una condición médica estable, que no es probable que cambie, o no exige reevaluación e intervención clínica constante se considerará un Cuidado de compañía.

"Centro de cuidado de compañía" significa un centro que presta atención personal, incluyendo las "actividades de la vida diaria" como bañarse, vestirse, comer, ir al baño, moverse por el lugar y entrar y salir de la cama.

"deducible" significa la cantidad de gastos cubiertos que una persona o una familia debe cubrir antes de ser elegibles para que la Compañía pague ciertos beneficios.

"deducible individual" significa la cantidad de gastos cubiertos que una persona debe cubrir en un Año del plan, antes de ser elegible para que la Compañía pague ciertos beneficios.

"deducible por familia agregado" significa la cantidad de gastos cubiertos que una Familia debe cubrir de manera acumulada y en un Año del plan, antes de que se considere que todos los Familiares cubrieron el deducible. Ningún familiar tendrá derecho a los beneficios antes de que la familia incurra en los gastos cubiertos en una cantidad que es, por lo menos, igual al deducible por familia.

"Dentista" significa una persona debidamente autorizada para ejercer la odontología por la autoridad gubernamental que tiene jurisdicción sobre la autorización y el ejercicio de la odontología en el lugar donde se presta el servicio.

["Dependiente" incluye a su cónyuge legal o sus hijos. El término hijos incluye cualquiera de estos:

- Un hijo natural.
- Un hijastro.
- Un hijo legalmente adoptado.
- Un hijo colocado para adopción.
- Un hijo del que se le ha dado la tutela.
- Un hijo para el que hay una Orden de manutención de menores médica calificada que exige cobertura.

Sus hijos recién nacidos e hijos recién nacidos adoptados están cubiertos desde el momento del nacimiento. Para continuar la cobertura más allá de los primeros 31 días después del nacimiento, necesitaremos un aviso en un plazo de 31 días y el pago de la prima exigida.

Los hijastros e hijos bajo tutela designada por el tribunal son elegibles desde la fecha que el niño se convierte en hijastro o la fecha en la que el tribunal lo designa como tutor. Los hijos adoptados son elegibles desde la primera fecha en la se coloca al niño con usted para adopción o la fecha en la que ingresa una orden concediendo la custodia del niño al padre/madre adoptivo para propósitos de adopción.

La definición de dependiente está sujeta a las siguientes condiciones y limitaciones:

- Un dependiente incluye a cualquier hijo mencionado arriba, hasta el último día del año en el que cumple 26 años.
- Un dependiente incluye hijo dependiente, no casado, de más de 26 años que es o se vuelve física o mentalmente incapaz de ayudarse a sí mismo. Tenemos el derecho de exigir una prueba de incapacidad en un plazo de 31 días después de que la cobertura termine, y una prueba una vez cada año después de la continuación de la incapacidad.]

"Surtido como está escrito (DAW)" significa:

DAW 1: cuando el médico receta el medicamento de marca por un motivo médico específico, se cobrará al asegurado el copago apropiado del medicamento de marca.

DAW 2: cuando el asegurado pide el medicamento de marca en lugar del medicamento genérico se cobrará al asegurado el copago del medicamento de marca MÁS la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca que se pidió.

"Tratamiento dental de emergencia" significa la atención dental necesario por una condición médica que amenaza la vida o amenaza la vitalidad de uno o varios dientes, que tiene un principio repentino y demanda tratamiento inmediato, cuando el tratamiento empieza en el plazo de 30 días desde el accidente.

"Ingreso de emergencia" significa un ingreso al hospital como un paciente en cama registrado directamente de la sala de emergencias del hospital.

"Condición médica de emergencia" significa el principio repentino y, al mismo tiempo, inesperado de una condición médica que necesita atención médica inmediata donde la ausencia de la atención médica inmediata pueda dar como resultado cualquiera de las siguientes:

- A. poner la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su hijo no nacido) en serio riesgo; o
- B. serio deterioro a las funciones corporales; o
- C. seria disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo; o
- D. con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones,
  - (i) que hay tiempo inadecuado para hacer una transferencia segura a otro hospital antes del parto, o
  - (ii) que la transferencia pueda presentar una amenaza a la salud o la seguridad de la mujer o el hijo no nacido.

"Servicios de emergencias" significan con respecto a una condición médica de emergencia, un examen médico de control que:

- A. está en la capacidad del Departamento de Emergencias de un hospital, incluyendo servicios auxiliares que rutinariamente están disponibles en el Departamento de Emergencias para evaluar esa condición médica de emergencia; y
- B. en las capacidades del personal y los centros disponibles en el hospital cuando se necesitan estos exámenes médicos y tratamientos para estabilizar al paciente.

"Beneficios médicos esenciales" significa los beneficios cubiertos según la Póliza en, por lo menos, las siguientes categorías: servicios para pacientes ambulatorios, servicios de emergencia, hospitalización, atención materna y del recién nacido, servicios para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, incluyendo tratamiento de salud conductual, medicamentos con receta, servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación, servicios de laboratorio, servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas y servicios pediátricos, incluyendo atención oral y de la vista. Estos beneficios serán congruentes con los que se establecen según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 y cualquier reglamentación expedida conforme a esta ley.

"gastos incurridos" significa un cargo, que se considerará como incurrido en el día que se hace la compra, o en el día que se presta el servicio por el que se hace el cargo.

"Experimental o para investigación" significa un servicios, suministro o tratamiento que se considera experimental o para investigación por cualquier ente de evaluación tecnológica establecida en cualquier estado o gobierno federal; o cumple una o más de estas condiciones médicas:

- A. está en la etapa de investigación o experimental;

- B. incluye el uso de un medicamento o sustancia que la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. no ha aprobado todavía para la emisión de una Solicitud de nuevo medicamento u otra aprobación formal, o se ha etiquetado "Advertencia: Limitado por la ley federal para uso de investigación";
- C. no es para el uso general por Médicos calificados;
- D. no es de valor demostrado para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión; o
- E. el medicamento o dispositivo no puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. y no se ha dado la aprobación para el marketing en el momento en el que se entrega el medicamento o el dispositivo.
- F. el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico, o el documento de consentimiento informado del paciente que se usó con el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento se revisó y aprobó por la Junta de Revisión Institucional del centro tratante u otro ente que sirve una función similar, o si la ley federal exige esa revisión o aprobación.
- G. la evidencia de confianza muestra que el medicamento, el dispositivo, el tratamiento o procedimiento médico es el tema de un ensayo clínico Fase I o Fase II, es el brazo de investigación, experimental o de estudio de ensayos clínicos continuos de la Fase III, o de otra manera está bajo estudio para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia comparada con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico.
- H. la evidencia de confianza muestra que la opinión que prevalece entre los expertos respecto al medicamento, el dispositivo, el tratamiento o procedimiento médico es que se necesitan más estudios o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia comparada con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico.

La evidencia de confianza incluye cualquier cosa determinada como tal por la compañía en el ejercicio de su discreción. Incluye informes y artículos publicados en literatura médica y científica de autoridad; e protocolo o los protocolos por escrito que usa un centro de tratamiento o los protocolos que de otro centro que estudia considerablemente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico; y el consentimiento informado por escrito que usó un centro de tratamiento u otro centro que estudia considerablemente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico.

Los costos de atención de rutina incurridos en el transcurso de un ensayo clínico, que se cubrirían de otra manera si no se incurrieran en el transcurso de un ensayo clínico, no se consideran costos experimentales/de investigación. Los costos de atención de rutina no incluyen:

1. el servicio, artículo o medicamento de investigación de atención médica que es el sujeto del ensayo clínico.
2. cualquier modalidad de tratamiento que no es parte del estándar de atención normal y habitual que se necesita para administrar o apoyar el servicio de atención médica, artículo o medicamento de investigación que es el sujeto del ensayo clínico.
3. cualquier servicio, artículo o medicamento de atención médica que se da solo para satisfacer la necesidad de recopilación y análisis de datos que no se usan en la administración clínica directa del paciente.
4. un medicamento o dispositivo de investigación que la Administración de Alimentos y Medicamentos federal no ha aprobado para el mercado.
5. transporte, hospedaje, comida o cualquier otro gasto para el paciente o un familiar o compañero del paciente que estén asociados con viajes a y desde un centro donde se hace un ensayo clínico.

6. un servicio, artículo o medicamento que el patrocinador de un ensayo clínico da gratis para cualquier paciente nuevo.
7. un servicio, artículo o medicamento que es elegible para reembolso de una fuente distinta a la póliza de seguros de accidente y de enfermedad de la persona cubierta, incluyendo el patrocinador del ensayo clínico.

"FDA" significa la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos.

"Lista de medicamentos cubiertos (formulario)" significa una lista de medicamentos que se desarrolló y organizó para promover una terapia con medicamentos racional, clínicamente apropiada, segura y rentable.

"Medicamento genérico" significa un medicamento con receta que es el equivalente médico a un medicamento de marca, como lo determina la FDA. Cumple los mismos estándares que un medicamento de marca en cuanto a pureza, seguridad, concentración y efectividad y se fabrica y vende según su nombre químico, común u oficial.

"HIPAA" significa Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 y se refería a los derechos dispuestos según la Ley, además de aquellos autorizados expresamente por la compañía.

"Agencia de atención médica en casa" significa solo una agencia pública u organización privada, o una subdivisión de esta agencia u organización, que: está principalmente implicada en prestar servicios de enfermería competentes y otros servicios terapéuticos; tiene políticas establecidas por un grupo de personal profesional empleado con la agencia u organización, incluyendo a uno o más médicos legalmente autorizados y uno o más Enfermeros autorizados (R.N.); mantiene expedientes médicos de todos sus pacientes; y, en caso de una agencia u organización en cualquier estado en el que la ley estatal o local aplicable disponga de una agencia u organización de autorización de esta naturaleza, esté autorizada según esta ley o aprobada por la agencia de este estado o lugar responsable por autorizar las agencias u organizaciones de esta naturaleza, según el cumplimiento de los estándares establecidos para esta autorización. El término "Agencia de atención médica en casa" no incluye a cualquier agencia u organización o subdivisión que participa principalmente en la atención y tratamiento de una enfermedad mental.

"Programa de atención de hospicio" significa un programa que da atención paliativa y de apoyo para las pacientes con enfermedad terminal y a sus familias y que está organizada y autorizada como tal por el estado donde están sus oficinas centrales. Si la acreditación está disponible, la acreditación del programa debe estar al día. En caso de que las leyes y reglamentaciones del estado no existan con respecto a los Programas de atención de hospicio, una organización nacional de acreditación debe acreditar el programa o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. debe reconocerlo como un Programa de atención de hospicio o un programa piloto de un Programa de atención de hospicio. La atención de hospicio se puede dar en casa, en un hospicio, en un Centro de enfermería especializada, en un Hospital de atención de casos agudos o en cualquier otros centro independiente.

"Cargos de hospital" significa solo los siguientes gastos cubiertos:

- A. los cargos que un Hospital de atención de casos agudos hace por estancia y comida;
- B. los cargos que un Hospital de atención de casos agudos hace por otros servicios y suministros del Hospital de atención de casos agudos da a un asegurado por su uso mientras está confinado (pero no incluyendo los cargos por servicios de enfermería especiales o servicios de médicos); y
- C. cargos por anestésicos y su administración cuando se incurren durante un confinamiento en un Hospital de atención de casos agudos.

"Ocupación ilegal" significa que la compañía no será responsable por ninguna pérdida de la que una causa contribuyente sea que el asegurado cometa, o intente cometer, un delito grave o que una causa contribuyente sea la participación del asegurado en una ocupación ilegal.

"Enfermedad" significa solo un malestar o enfermedad que incluye la debilidad mental, que necesita tratamiento por un médico. Para propósitos de determinar los beneficios que se pagan, "Enfermedad" deberá incluir el embarazo. Todas las enfermedades relacionadas se deberán considerar una enfermedad. Las enfermedades concurrentes también se deberán considerar como una enfermedad a menos que estas enfermedades claramente no tengan relación.

"Lesión" significa solo una lesión en el cuerpo que se sufre accidentalmente por medios externos, incluyendo enfermedades como resultados de un accidente. Todas las lesiones que un asegurado sufre en relación con cualquier accidente se considerarán una lesión.

"proveedor dentro de la red" significa aquellos médicos o centros que se contratan para participar en las Organizaciones de proveedores exclusivos que la compañía eligió.

"paciente hospitalizado" significa una persona que está confinada.

"Centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados" significa las Unidades de Rehabilitación Física que son unidades de atención especial autorizadas (o centros independientes) que prestan servicios de rehabilitación intensiva mediante un enfoque de equipo multidisciplinario coordinado. El programa de rehabilitación para cada paciente incluye:

- A. supervisión médica por un médico con entrenamiento o experiencia especializado en la rehabilitación (por ejemplo, disponibilidad de médicos las 24 horas, con evaluación médica del paciente por lo menos 3 veces por semana);
- B. enfermería de rehabilitación las 24 horas (por ejemplo, disponibilidad las 24 horas de un enfermero registrado con entrenamiento o experiencia especializado en la rehabilitación);
- C. servicios sociales; y terapia física o terapia ocupacional por lo menos 3 horas por día, cinco días a la semana;
- D. servicios de patología del habla y del lenguaje o servicios psicológicos.

"asegurado" significa la persona que se menciona en la Tarjeta de identificación. asegurado también significa las personas debidamente inscritas en los expedientes de la compañía según las especificaciones que se mencionan en la sección de Inscripción y de Fechas de entrada en vigor:

1. El cónyuge del asegurado y
2. Cada dependiente (como se define en esta Póliza) del asegurado.

asegurado no se refiere a las personas a las que se les ha dado de baja voluntaria por la persona que se menciona en la Tarjeta de identificación.

"Unidad de cuidados intensivos" significa una unidad especial en un Hospital de atención de casos agudos que concentra todos los tipos necesarios de equipo junto con enfermería capacitada. Esto incluirá la atención coronaria, unidad de quemados y aislamiento intensivo.

"Atención intermedia" significa el uso, en un entorno de terapia residencial completo (24 horas), o en un entorno de terapia residencial parcial (menos de 24 horas), de cualquiera o todas las siguientes técnicas terapéuticas, como se identifican en un plan de tratamiento para las personas dependientes fisiológica o psicológicamente del consumo o abuso de alcohol o medicamentos:

- A. orientación; o
- B. servicios de desintoxicación; o
- C. otros servicios auxiliares como pruebas médicas, evaluación de diagnóstico y remisiones a otros servicios identificados en un plan de tratamiento; o
- D. quimioterapia.

“Centro de atención a largo plazo de casos agudos” significa un centro autorizado como tal por una autoridad del estado debidamente constituida y que da atención a los pacientes que se consideran estables para el alta de un hospital de atención de casos agudos, pero que necesitan servicios intensivos como una terapia de vía intravenosa complicada, el cuidado de la herida complicada u otra terapia que no es apropiada para prestarse en un Centro de enfermería especializada.

“Pedido por correo” significa solo los medicamentos con receta que se surten por el proveedor del programa de medicamento con receta mencionado en su tarjeta de identificación, o su farmacia contratada para Pedido por correo. Pedido por correo puede incluir el uso de United States Postal Service o servicios de entrega similares. Los servicios similares de su farmacia local no califican para el copago del Pedido por correo. Los medicamentos de Pedido por correo se surten en cantidades hasta de 90 días.

"Cargos médicos" significa los gastos cubiertos que no son cargos de hospital o cargos quirúrgicos.

“Literatura médica” significa dos artículos de revistas médicas profesionales importantes reconocidas con revisión por colegas, basándose en criterios científicos o médicos, la seguridad y efectividad del medicamento para el tratamiento de la indicación para la que se recetó. Sin embargo, si dos de los artículos de revistas médicas importantes de revisión de colegas concluyen, basándose en criterios científicos o médicos, que el medicamento no es seguro o no es efectivo o que la seguridad y efectividad del medicamento no puede determinarse para el tratamiento de la indicación para la que se recetó, ninguno de los artículos se deberá usar para cumplir lo que se menciona arriba. La literatura médica con revisión de colegas no incluirá publicaciones o suplementos que están patrocinados hasta un punto considerable por una compañía fabricante de medicamentos o una aseguradora médica.

“Medicamento apropiado” significa los servicios o suministros, que la compañía determina, en el ejercicio de su discreción, se hacen o prestan de acuerdo con los estándares profesionales generalmente aceptados del ejercicio médico para la condición que se trata.

“Medicamento necesario”/“Necesidad médica” significa servicios o suministros que la compañía determina, en el ejercicio de su discreción, son normalmente aceptados de manera profesional como los medios habituales, de costumbre y efectivos para tratar la enfermedad o lesión en Estados Unidos y necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad cubierta o lesión, congruente con los síntomas del diagnóstico. Los servicios y suministros que son:

- A. seguros, efectivos y apropiados con respecto a los estándares de buen ejercicio médico; y
- B. aplicados de costumbre en la atención de las personas con quejas y resultados similares por proveedores de atención médica o proveedores con un entrenamiento similar; y
- C. normalmente aceptados como los artículos de atención efectiva; y
- D. no solamente para conveniencia del paciente o del proveedor; y
- E. aprobados por las autoridades regulatorias como la Administración de Alimentos y Medicamentos; y
- F. el suministro o nivel de servicio más apropiado que se puede dar al paciente.

Cuando se aplica a la atención de un paciente hospitalizado, esto significa que los síntomas o la condición médica necesita que los servicios no se puedan prestar seguramente al paciente como un paciente ambulatorio.

El hecho que un médico o un proveedor de atención médica recete, ordene o recomiende un servicio o suministro no significa en sí que sea Medicamento necesario como se define.

"Medicare" significa los programas establecidos por el Título 1 de la Ley Pública 89-97 (79 Estatutos 291), como esté enmendado, llamado Ley de Seguros Médicos para los Adultos Mayores, y que incluye la Parte A: Beneficios de seguro médico para los adultos mayores, y la Parte B: Beneficios médicos suplementarios del seguro para los adultos mayores.

“Enfermedad mental” significa las siguientes enfermedades psiquiátricas como se definen en la edición reciente del Manual de Diagnóstico y Estadístico (DSM) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría:

1. esquizofrenia;
2. trastornos paranoides y otros trastornos psicóticos;
3. trastornos bipolares (hipomaniacos, maniacos, depresivos y mixtos);
4. trastorno depresivo mayor (un solo episodio o recurrente);
5. trastornos esquizoafectivos (bipolar o depresivo);
6. trastornos del espectro autista\*;
7. trastornos obsesivo-compulsivos;
8. depresión en la niñez y la adolescencia;
9. trastorno de pánico; y
10. trastornos de estrés postraumático (agudo, crónico o con principio tardío).

\*Los trastornos del espectro autista se cubren según el beneficio de los trastornos del espectro autista y no los beneficios generales para las enfermedades mentales.

“Red” se referirán a aquellos Médicos y centros contratados que participan en las Organizaciones de proveedores exclusivos que la compañía eligió. “Dentro de la red” se referirá a los servicios recibidos mediante los proveedores que participan en la red, mientras que “Fuera de la red” se referirá a los servicios que se reciben mediante los proveedores no participantes.

“Medicamento nuevo” significa un medicamento aprobado por la FDA después de la fecha de esta cobertura. Si estos medicamentos caen en una clase cubierta de los medicamentos, estarán sujetos a autorización previa durante por lo menos 90 días. Si estos medicamentos caen en una clase excluida de los medicamentos, estarán excluidos de la cobertura.

“No ocupacional” significa, con respecto a lesión, una lesión que no surge de y en el curso de cualquier empleo por salarios o ganancias; y, con respecto a enfermedad significa una enfermedad en relación con la que la persona no tiene derecho a los beneficios según cualquier ley de Compensación de los trabajadores o ley similar.

“Estado de observación” significa que una persona pasa por un tratamiento a corto plazo y pruebas como paciente ambulatorio mientras que se toma una decisión sobre si intensificar o cancelar los servicios clínicos dependiendo de la severidad de los factores que se presentan. Si se considera médicamente apropiado y necesario un tratamiento más intenso, se ingresa a la persona como un paciente hospitalizado. Si no, la persona es dada de alta.

“Proveedor fuera de la red” se referirá a los Médicos y los centros que no están contratados para participar en las Organizaciones de proveedores exclusivos que la Compañía eligió.

“paciente ambulatorio” significa una persona que no está confinada.

“Tratamiento para paciente ambulatorio” significa el tratamiento a una persona que no está confinada.

“Programa de hospitalización parcial” significa un programa aprobado o autorizado cuando se da en un centro que presta servicio psiquiátrico para el diagnóstico y tratamiento de Enfermedades mentales para pacientes que no necesitan hospitalización a tiempo completo, pero que necesitan programas más amplios que las que son posibles con las visitas como paciente ambulatorio. La atención se presta por o bajo la supervisión de un médico autorizado y otro personal médico autorizado apropiado (por ejemplo, R.N., MSWW, Psicólogo).

“Farmacia participante” significa una farmacia que está en un acuerdo del plan para medicamentos recetados con el Administrador de beneficios de farmacia mencionados en su tarjeta de identificación.

“Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010” significa la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 (Ley Pública 111-148) según la enmienda la Ley de Reconciliación de la Atención Médica y la Educación de 2010 (Ley Pública 111-152).

“Administrador de beneficios de farmacia (PBM)” significa el proveedor del programa de medicamentos con receta que se menciona en su tarjeta de identificación.

"médico" significa un proveedor de atención médica que actúa en el alcance legal de su licencia e incluye los siguientes:

- enfermero registrado de práctica avanzada (ARNP)/Enfermero registrado (APRN);
- Cualquiera de los siguientes cuando estén autorizados para participar en la práctica privada e independiente según las leyes del estado en el que se reciben los servicios cubiertos:
  - Terapeuta matrimonial y familiar clínico autorizado (LCMFT);
  - Consejero clínico profesional autorizado (LCPC);
  - Psicoterapeuta clínico autorizado (LCP);
  - Trabajador social clínico especialista autorizado (LSCSW);
- Audiólogo;
- Educador certificado del diabético/Dietista autorizado (para servicios cubiertos de educación para el diabético);
- Doctor en Quiropráctica (DC);
- Doctor en Cirugía dental (DDS);
- Doctor en Medicina (MD);
- Doctor en Osteopatía (DO);
- Terapeuta físico autorizado (LPT);
- Terapeuta ocupacional;
- Doctor en Optometría (OD);
- Cirujano oral;
- Asistente médico (PA);
- Doctor en Medicina Podiátrica (DPM);
- Psicólogo autorizado para ejercer según las leyes del estado en el que se reciben los servicios cubiertos; y
- Patólogo del habla y el lenguaje.

Un médico o Doctor, como se define arriba, no deberá incluir la persona asegurada o sus dependientes o cualquier persona que es el cónyuge, padre/madre, hijo, hermano o hermana de esta persona asegurada o sus dependientes.

Para propósitos de determinar el copago, se aplicarán los siguientes términos:

médico de atención primaria o Doctor significará un médico o Doctor que puede tener el primer contacto para un persona con una preocupación médica sin diagnosticar y atención continua de una variedad de condiciones médicas, no limitadas por la causa, el sistema de órganos o diagnóstico. Este médico o Doctor normalmente no se especializa en cualquier especialidad médica excepto en caso de un ginecólogo para la atención médica de mujeres y familiar, medicina general, pediatría y medicina interna.

médico o Doctor especialista significará un médico o doctor implicado en una especialidad médica distinta a la ginecología, medicina de familia, medicina general, pediatría y medicina interna.

"Año del plan" significa el período que empieza el la fecha de entrada en vigor de la Póliza y continúa por 12 meses y cada período subsiguiente de renovación de 12 meses.

"Atención podiátrica" significa el tratamiento de los pies y sus partes relacionadas, como los tobillos, los dedos, los talones, etc., incluyendo operaciones, ortótica, limpieza, radiografías y otra atención recetada por un médico.

"Póliza, La Póliza, Esta Póliza" significa el acuerdo completo que incluye todo lo siguiente:

- Esta Póliza
- El Cuadro de beneficios.
- [Anexos.
- Enmiendas.]

Estos documentos constituyen todo el acuerdo que se extiende al Titular de la póliza.

“Titular de la póliza” significa la persona (que no es un Dependiente) a quien se le expide esta Póliza.

"Pruebas antes del ingreso" significa las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios que se hacen a un asegurado durante el período de 10 días antes de su ingreso como un paciente hospitalizado; o en el plazo de 48 horas antes de un ingreso a operación de un paciente ambulatorio en un Hospital de atención de casos agudos. Se renuncia al requisito de tiempo si:

- A. las complicaciones médicas retrasan el Procedimiento quirúrgico que se pretende; o
- B. el confinamiento se cancela o pospone porque no hay una cama disponible; o
- C. hay un cambio en la condición médica del asegurado que impide el Procedimiento quirúrgico.

"Embarazo" significa el estado en el que una mujer lleva un huevo fertilizado en su cuerpo. Para propósitos de esta póliza, también incluye un aborto espontáneo, una pérdida, parto y complicaciones que surjan durante el embarazo.

“Medicamento con receta” significa un medicamento que está disponible solo con receta.

“Receta” significa la autorización por escrito u oral de un medicamento con receta por un médico autorizado para recetarla en el curso ordinario de su ejercicio profesional.

"Atención psiquiátrica" significa servicios directos o de consulta basados en evidencia prestados por un psiquiatra autorizado en el estado en el que ejerce el psiquiatra.

“Centro psiquiátrico” significa una unidad de atención especial o un centro independiente autorizada como una por una autoridad del estado debidamente constituida y que presta servicios psiquiátricos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales las 24 horas por o bajo la supervisión de un médico autorizado y otro personal médico autorizado apropiado (por ejemplo, RN, MSW, Psicólogo).

"Tratamiento psiquiátrico" significa atención para el tratamiento de una enfermedad o trastorno mental o un trastorno nervioso funcional.

"Atención psicológica" significa servicios directos o de consulta basados en evidencia prestados por un psicólogo autorizado en el estado en el que ejerce el psicólogo.

“persona calificada” significa un asegurado que es elegible para participar en un ensayo clínico aprobado de acuerdo con el protocolo del ensayo con respecto al tratamiento de cáncer u otra enfermedad o condición médica que amenaza la vida, y:

- A. el profesional de la atención médica que lo remite es un proveedor de atención médica dentro de la red y ha concluido que la participación de la persona en el ensayo sería apropiada; o
- B. el asegurado da información médica o científica que establece que la participación del asegurado en el ensayo sería apropiada.

“Emisor de un plan médico calificado” significa un emisor de seguro médico que ofrece un plan médico calificado de acuerdo con una certificación de [Nombre of Intercambio].

“Orden de manutención médica calificada de menores” (QMCSO) significa una Orden de manutención médica de menores que crea o reconoce la existencia del derecho de un beneficiario alterno o cede a un beneficiario alterno el derecho de recibir los beneficios a los que la Persona cubierta o el dependiente elegible tiene derecho según esta Póliza.

Para que esta orden sea una QMCSO, debe especificar claramente:

- A. el nombre y la última dirección postal conocida (si la hay) del Titular de la póliza y el nombre y la dirección postal de cada uno de los Recipiendarios alternos cubiertos por la orden;
- B. una descripción razonable del tipo de cobertura que la Póliza dará a cada Recipiendario alternativo, o la manera en la que este tipo de cobertura se determinará;
- C. el período de cobertura al que pertenece la orden; y
- D. el nombre de esta Póliza.

Sin embargo, no es necesario que esta orden se reconozca como "calificada" si exige que la Póliza dé cualquier tipo o forma de beneficio, o cualquier opción que no se indique de otra manera a los Asegurados sin relación a esta sección, excepto hasta el punto que sea necesario para cumplir los requisitos de una ley del estado relacionada a las órdenes de manutención de menores como se describen en la Ley de Seguridad Social de 1908 (como lo agrega la Ley General de Reconciliación de Presupuesto de 1993 § 13822).

"Cargo razonable y habitual" consulte "Normal, habitual y razonable".

«confinamiento relacionado" significa cualquier confinamiento, a menos que:

- A. el confinamiento subsiguiente se debe a causas completamente no relacionadas a las causas del confinamiento anterior; o
- B. los confinamientos son separados de un período continuo de por los menos 2 semanas;

"Centro residencial psiquiátrico" significa una estancia a largo plazo en el centro para el tratamiento de las enfermedades mentales.

"Centro residencial de abuso de sustancias" significa una estancia a largo plazo en el centro para el tratamiento de abuso de sustancias.

"Costos de atención de rutina para el paciente" significa todos los artículos y servicios congruentes con la cobertura que se da en esta póliza que son típicamente cubiertos para una persona calificada que no está inscrita en un ensayo clínico aprobado. Los costos de atención de rutina para el paciente no incluyen:

- A. el servicio o artículo de atención médica, o el medicamento de investigación, que es el tema del ensayo clínico;
- B. cualquier modalidad de tratamiento que no es parte del estándar de atención normal y habitual que se necesita para administrar o apoyar el servicio de atención médica, artículo o medicamento de investigación que es el sujeto del ensayo clínico;
- C. cualquier servicio, artículo o medicamento de atención médica que se da solo para satisfacer la necesidad de recopilación y análisis de datos que no se usan en la administración clínica directa del paciente;
- D. un medicamento o dispositivo de investigación que la Administración de Alimentos y Medicamentos federal no ha aprobado para el mercado;
- E. transporte, hospedaje, comida o cualquier otro gasto para el paciente o un familiar o compañero del paciente que estén asociados con viajes a y desde un centro donde se hace un ensayo clínico;
- F. un servicio, artículo o medicamento que el patrocinador de un ensayo clínico da gratis para cualquier paciente nuevo; o
- G. un servicio, artículo o medicamento que es elegible para reembolso de una fuente distinta a la póliza de seguros de accidente y de enfermedad de la persona cubierta, incluyendo el patrocinador del ensayo clínico.

"Habitación semiprivada y comida" significa la acomodación de una habitación con 2 camas.

“Interrupción significativa en la cobertura” significa un lapso de cobertura de más de 62 días consecutivos. Un Período de espera no se considerará una parte de una interrupción significativa de la cobertura.

"Centro de enfermería especializada" significa una institución (o una parte distintiva de una institución) que:

- A. participa principalmente en prestar a los Pacientes hospitalizados atención de enfermería especializados y servicios relacionados a los pacientes que necesitan atención médica y de enfermería, o servicio de rehabilitación para la rehabilitación de personas lesionadas o enfermas;
- B. tiene políticas, desarrolladas con el consejo de (y con la provisión para la revisión de estas políticas de vez en cuando por) un grupo de personas de personal profesional, incluyendo uno o más médicos y uno o más enfermeros registrados, para controlar la atención de enfermería especializada y médica relacionada u otros servicios que presta;
- C. tiene un médico, un enfermero registrado o un personal médico responsable por la ejecución de estas políticas;
- D. tiene un requisito que la atención médica de cada paciente debe ser bajo la supervisión de un médico, y dispone tener un médico disponible para prestar la atención médica necesaria en caso de emergencia;
- E. mantiene expedientes médicos de todos los pacientes;
- F. presta atención de enfermería 24 horas de acuerdo con las pólizas desarrolladas como se dispone en el subpárrafo B. arriba, y tiene por lo menos un enfermero registrado empleado a tiempo completo;
- G. presta los métodos y procedimientos apropiados para surtir y administrar medicamentos y productos biológicos;
- H. tiene en el lugar un plan de revisión de utilización que da una revisión, sobre una muestra u otra base, de los ingresos a la administración, la duración de las estancias y los servicios profesionales (incluyendo medicamentos y productos biológicos) que se prestan con respecto a la necesidad médica de los servicios y, para propósitos de promover el uso más eficiente de los centros y servicios médicos disponibles y con la revisión que se haga por un comité del personal de la institución conformada por 2 o más médicos, con o sin la participación de otro personal profesional, o un grupo conformado de manera similar que lo establece una sociedad médica local y algunos o todos los hospitales de atención de casos agudos y Centros de enfermería especializada en el lugar. Esta revisión da un aviso inmediato al centro, la persona y el médico de atención directa de un resultado de que una estancia más larga en el centro no es médicamente necesaria;
- I. tiene autorización según la ley del estado o local aplicable o está aprobado por la agencia del estado o local para esta autorización, excepto que este término no deberá incluir cualquier institución que se usa principalmente para Cuidado de compañía.

“Medicamentos especializados” significa medicamentos biotécnicos que son orales, inyectable, en infusión o inhalados, autoadministrados o administrados por un proveedor de atención médica y se usan u reciben en un entorno de paciente ambulatorio o en casa.

"Servicios de manipulación vertebral/tratamiento quiropráctico" significa el tratamiento del sistema musculoesquelético mediante la sublimación, manipulación u otros tratamientos similares incluyendo pruebas de diagnóstico médico para determinar la necesidad de tratamiento recetado por un médico.

“Estabilizar” significa, con respecto a una condición médica de emergencia, prestar el tratamiento médico de la condición como sea necesario para asegurar, dentro de la probabilidad médica razonable, que no

sea probable que resulte u ocurra ningún deterioro material de la condición durante la transferencia de la persona desde un centro.

“Compendios estándar de referencia” incluye el Servicio de la Lista de medicamentos cubiertos (formulario) de hospitales americanos- Información sobre Medicamentos o la Farmacopea-información de medicamentos de Estados Unidos.

“Abuso de sustancias” significa el consumo de alcohol u otras drogas en dosis que ponen el bienestar social, económico, psicológico y físico de una persona en riesgo potencial. “Abuso de sustancias” también se entenderá que aplica a una persona que pierde el poder de control propio como resultado del uso de alcohol o medicamentos, o mientras que está normalmente bajo la influencia de alcohol y drogas, pone en riesgo la salud pública, los principios morales, la seguridad o el bienestar.

“Centro para abuso de sustancias” significa una unidad de atención especial o un centro independiente autorizada como una por una autoridad del estado debidamente constituida y que presta servicios de desintoxicación para el diagnóstico y tratamiento del abuso de sustancias las 24 horas por o bajo la supervisión de un médico autorizado y otro personal médico autorizado apropiado (por ejemplo, RN, MSW, Psicólogo).

“Cargos por operación” significa los gastos cubiertos incurridos por los servicios profesionales del médico que opera cuando hace un Procedimiento quirúrgico o procedimientos a un asegurado, incluyendo el tratamiento preoperatorio y posoperatorio habitual, necesario y relacionado en relación con el procedimiento quirúrgico.

“Procedimiento quirúrgico” significa un procedimiento definido así en la versión reciente de la Terminología de Procedimiento Actual (CPT) o la versión reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica (ICD-9-CM o ICD-10-CM).

“Telemedicina” significa el uso de un medio electrónico para enlazar a los Asegurados con los médicos en diferentes lugares. Para que se considere Telemedicina, el médico es capaz de examinar al asegurado mediante un sistema de telecomunicación de audio o video, o los dos, interactivo, en tiempo real, que cumple HIPAA, o mensajería de almacenamiento y reenvío en línea, y el asegurado puede interactuar con el médico que no está en el lugar en el momento en el que se prestan los servicios. La Telemedicina incluye Telepsiquiatría.

"Articulación temporomandibular (TMJ) y trastornos comparables" incluye trastornos temporomandibulares, craneomandibulares, neuromusculares de cabeza y cuello o similares.

"Completamente discapacitado" significa que el asegurado:

- A. no puede, solo por una Lesión no ocupacional o enfermedad no ocupacional, participar en su ocupación habitual y de costumbre y no hace ningún trabajo de cualquier tipo por una remuneración o ganancia.
- B. si un dependiente no puede, solo por una lesión no ocupacional o una enfermedad no ocupacional, participar en todas las actividades normales de una persona de edad y sexo similar que tiene buena salud.

"Tratamiento" significa la atención médica o cuidado, la prestación de servicios o administración de medicamentos, consultas, pruebas.

“Separación” significa la práctica de codificación los componentes individuales de un procedimiento cuando un solo código es normalmente usado para describir el servicio o es apropiado según las directrices en el Manual de Política Nacional para la Iniciativa de Codificación Correcta.

“Ingreso urgente” significa un ingreso al hospital como un paciente en cama registrado directamente del consultorio del médico.

“Centro de atención de urgencia” significa un centro, sin incluir una sala de emergencias del hospital para un consultorio médico, que da tratamiento o servicios que se necesitan:

1. Para evitar un deterioro serio de la salud de un asegurado; y
2. Como resultado de una enfermedad, lesión imprevista, o el principio imprevisto de síntomas agudos o severos.

“Cargos normales, habituales y razonables” significa: El pago de beneficios basado en los cargos más frecuentes por los proveedores en el mismo lugar geográficamente por un servicio o suministro comparable. Para los servicios fuera de la red, los cargos se filtran contra bases de datos comerciales que consisten en datos agregados recopilados de todos los que pagan el plan médico u otros datos normativos que se derivan de fuentes como las tasa costo de Medicare, los datos de precio promedio para ventas mayoristas de recetas o el precio de venta del fabricante por ciertos suministros y dispositivos. Esta información se actualiza por lo menos cada 6 meses. Si usa a un proveedor que no está dentro de la red, usted será responsable por todas las cantidades que superan los cargos normales, habituales y razonables y estas cantidades pueden ser considerables. Para los servicios profesionales fuera de la red (servicio que presta un proveedor de atención médica individual), los cargos normales, habituales y razonables significará que el cargo es comparable a los cargos por los mismos servicios o similares en el área geográfica donde se presta el servicio.

“Compensación de los trabajadores” significa cualquier programa de beneficios federal o del estado que se da por cualquier lesión o enfermedad corporales que surja de y en el curso del empleo.

"Aviso por escrito" significa un aviso por escrito en un formulario que suministra o que es satisfactorio para la compañía.

## SECCIÓN 2. PRIMAS, INSCRIPCIÓN, FECHA DE ENTRADA EN VIGOR

### Pago de primas

1. Las primas para este contrato vencen y se pagan como siguen:
  - a. Primas iniciales: por adelantado de la fecha en la que esta cobertura entra en vigor para usted
  - b. Primas subsiguientes: el primer día de cada período de pago subsiguiente
2. El incumplimiento de pagos de las primas ocurre cuando:
  - a. Las primas no se pagan en las fechas de pago que se dan en 1. arriba; o
  - b. Usted, su familiar consanguíneo, por matrimonio o adopción, o una organización específicamente designada por la ley federal o del estado como una entidad de la que la compañía debe aceptar las primas, no las paga.

El pago de la primas está sujeto a los períodos de gracia que se mencionan en la sección 3. Cancelación.

### Inscripción y fecha de entrada en vigor

Para inscribirse o hacer un cambio debido a cualquiera de los eventos mencionados abajo, una persona calificada o asegurada debe avisar a la compañía en el plazo de 60 días desde el evento desencadenante. Puede que esto necesite el envío de un formulario de cambio. Puede que para agregar a nuevos asegurados debido a uno de estos eventos desencadenantes necesite un cambio en el tipo de cobertura o las otras primas. Todos los avisos de los eventos desencadenantes para un Intercambio del Plan deben enviarse al Intercambio.

#### A. Inscripción abierta

Las personas calificadas y los asegurados pueden inscribirse en o cambiar de un QHP a otro durante los períodos de inscripción abierta anual establecido por Salud y Servicios Humanos. Las fechas de entrada en vigor también las establece Salud y Servicios Humanos.

1. Fechas de entrada en vigor para todos los demás eventos especiales de inscripción
  - a. Si la compañía recibe el aviso de un cambio a su inscripción entre el primer y decimoquinto día de cualquier mes, este cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente.
  - b. Si la compañía recibe el aviso de un cambio a su inscripción entre de decimosexto y el último día de cualquier mes, este cambio entrará en vigor el primer día del segundo mes siguiente.

#### B. Inscripción especial

Eventos desencadenantes que entran en vigor el primer día del mes después del evento

1. Las personas calificadas pueden inscribirse en su Plan médico Calificado (QHP) o un QHP de su elección como resultado de los siguientes eventos desencadenantes:
  - a. Agregar un dependiente o convertirse en un dependiente mediante el matrimonio. Se aplica solo al empleado, el cónyuge y cualquier dependiente recién adquirido.

Nota: El asegurado no puede cambiar su QHP actual para agregar un dependiente.
2. Las personas calificadas y los asegurados pueden inscribirse en o cambiar de un Plan médico Calificado (QHP) a otro como resultado de los siguientes eventos desencadenantes:
  - a. Pérdida de cobertura esencial mínima
  - b. Agregar un dependiente o convertirse en un dependiente mediante el matrimonio
  - c. Obtener acceso a nuevos QHP como resultado de un cambio permanente de dirección. Debe tener una cobertura esencial mínima por uno o más días en los 60 días anteriores al cambio a menos que se mude a otro país o a un territorio de Estados Unidos.

- d. La inscripción o el alta de la inscripción en un QHP no es intencional, inadvertido o erróneo y es el resultado de un error, interpretación incorrecta o inacción de un representante, empleado o agente del Mercado de Seguros Médicos (Intercambio) o Servicios de Salud y Humanos o sus dependencias como lo evalúa y determina el Intercambio.
- e. Una persona inscrita en QHP demuestra adecuadamente al Intercambio el QHP en el que él o ella está inscrito(a) violó considerablemente un disposición material de su contrato en relación con ese inscrito.
- f. Volverse recién elegible para los créditos fiscales adelantados por prima o las reducciones por costos compartidos.
- g. Una persona inscrita en cualquier cobertura de seguros de plan médico colectivo o individual fuera de un año calendario calificará para Inscripción especial, aun si la persona calificada o su dependiente tiene la opción de renovar esta cobertura.
- h. Una persona que no era antes un ciudadano, nacional o una persona legalmente presente que gana este estado.
- i. Un indio puede inscribirse en un QHP o cambiar de un QHP a otro una vez por mes.
- j. Cumplir otras circunstancias excepcionales como disponga el Intercambio.

#### Eventos desencadenantes que entran en vigor en la fecha del evento

1. Agrega a un dependiente por nacimiento, adopción o colocación en adopción
  - a. Adelantar créditos fiscales por prima y las reducciones por costo compartido, si se aplica, no entran en vigor hasta el primer día del siguiente mes, a menos que el nacimiento, la adopción o la colocación para adopción ocurre el primer día del mes.
  - b. Si la cobertura actual da los beneficios solo para el padre/madre del recién nacido, se debe cambiar la cobertura a un tipo que de los beneficios para hijos dependientes en el plazo de 60 días desde un evento desencadenante, para que continúe la cobertura del recién nacido más allá del período de 48 o 96 horas.

Los servicios cubierto que un niño recibe en el plazo de las 48 o 96 horas iniciales se tratará como servicios recibidos por el padre/madre asegurado.
  - c. Un recién nacido, un hijo adoptado (incluyendo a un recién nacido) desde la fecha de la solicitud para adopción, o una agencia de colocación coloca a un niño en la casa del asegurado, como lo define la ley del estado para el propósito de adopción, es cubierto como sigue, si el tipo de cobertura es por dos o más asegurados. La cobertura es efectiva y se da sin cargo por los 31 días a partir de la fecha del nacimiento:
    - (1) recién nacidos naturales
    - (2) recién nacidos para los que la solicitud para adopción se presentó en el plazo de 31 días después del nacimiento  
Excepción: Si la solicitud para adopción se presenta después de los 31 días desde el nacimiento, la cobertura entrará en vigor en la fecha en la que la solicitud para adopción se presentó y se dio sin cargo por 31 días.
    - (3) Los recién nacidos colocados en la casa del asegurado en el plazo de los 31 días después del nacimiento  
Excepción: Si se coloca a un niño después de los 31 días desde el nacimiento, la cobertura entrará en vigor en la fecha de la colocación y se dará sin cargo por 31 días.
  - d. La cobertura para los familiares incluye los gastos del parto y obstétricos en el nacimiento para la madre natural de un hijo adoptado por el asegurado en el plazo de 90 días del nacimiento de este hijo.

### SECCIÓN 3. CANCELACIÓN

#### A. Cancelación por los asegurados

Usted puede cancelar la cobertura según este contrato (incluyendo para las personas Aseguradas) en cualquier momento comunicándose con el Intercambio, si este plan se compró mediante el Intercambio. La cancelación entrará en vigor a más tardar a los 14 días, por un plan de Intercambio, después de que la solicitud de cobertura para el asegurado se descontinúe. En el caso de una cancelación o muerte, la prima ganada se calculará con el uso de la tabla de tasa corta que se presentó la última vez con el representante del estado que tiene la supervisión de los seguros en el estado donde el asegurado residía cuando la póliza se expidió y la porción no ganada de cualquier prima se devolverá inmediatamente. La cancelación ocurrirá sin perjuicio de cualquier reclamo que se origine antes de la fecha de entrada en vigor de la cancelación.

#### B. Cancelación por el Intercambio o la Compañía

1. La cobertura según el contrato puede cancelarse solo en las siguientes circunstancias:
  - a. El asegurado ya no es elegible para cobertura en un QHP mediante el intercambio. El último día de la cobertura es el último día del mes que sigue al mes en el que el intercambio envía el aviso a menos que se pida una fecha de cancelación anterior y el intercambio la apruebe.
  - b. El incumplimiento de pagos de las primas cuando:
    - (1) El período de gracia de 3 meses que se exige para las personas que reciben créditos fiscales adelantados por prima se han agotado. Según estas circunstancias, el último día de la cobertura será el último día del primer mes del período de gracia de 3 meses; o
    - (2) Un período de gracia de 10 días después de la fecha de pago de la prima se ha agotado para los asegurados que no reciben adelanto de créditos fiscales por prima. A menos que las primas se reciban para finales del período de gracia que empezó, la cobertura según este contrato cancela a la fecha de pago.
  - c. Se renuncia a la cobertura del asegurado en el caso de fraude o representación incorrecta intencional de un hecho material.
  - d. El QHP se cancela o es descertificado.
  - e. El asegurado cambia de cobertura según este contrato a otro QHP durante un período de inscripción abierta anual o un período de inscripción especial.
  - f. El asegurado es recién elegible para cobertura de Medicaid, CHIP o el Programa médico Básico (BHP). La cancelación de la cobertura entrará en vigor el día antes de que empiece esa cobertura.
  - g. Los dependientes que ya no califican según la definición general de asegurado.

## SECCIÓN 4. BENEFICIOS MÉDICOS Y EXCLUSIONES

### **Cobertura dada**

- A. Las coberturas que entran en vigor en la Fecha de entrada en vigor de esta Pólizas son solo las que se muestran en los Cuadros de beneficios. No se da cualquier cobertura que no se muestra en el Cuadro aplicable.
- B. Para recibir los beneficios de su cobertura, debe usar un Proveedor de la red. Sin embargo, el pago se hará al nivel de beneficios del Proveedor de la red para los servicios prestados por un Proveedor fuera de la red cuando los servicios se prestan para una Emergencia médica. La compañía dará al asegurado las listas de los Proveedores de la red en el área de servicio de la compañía. La compañía no tiene obligación de avisar al asegurado de la aplicabilidad de otras disposiciones de pago para el uso de un Proveedor fuera de la red durante el curso de la autorización previa o de otro tipo. El asegurado es responsable de elegir a sus proveedores de servicios de atención médica.

### **Cuadro de beneficios**

Descripción de los gastos médicos cubiertos: La compañía pagará un porcentaje de los gastos médicos cubiertos incurridos por un asegurado hasta el punto de que esos cargos superen cualquier cantidad de deducible o copago o coseguro dispuestos en el Cuadro de beneficios.

### **deducible**

Una cantidad de deducible, como lo resume el Cuadro de beneficios, se aplicará a ciertos gastos médicos cubiertos incurridos por una persona elegible para los beneficios en cualquier año del plan. Los gastos incurridos por una persona elegible para los beneficios en cualquier año del plan será la cantidad que debe cubrir antes de que la persona tenga derecho a los beneficios.

deducible por familia: después de que el deducible por familia se cubra, no se necesitará que una cantidad más de deducible se cubra para que se paguen los beneficios médicos para todos los familiares en el año del plan, si se da la cobertura familiar (más de una persona).

### **Máximo de costos compartidos**

Después de que se llegue al máximo de costos compartidos, la compañía pagará el 100% de los gastos cubiertos que se indican en el cuadro de beneficios, excluyendo las cantidades que superan lo razonable y habitual y otras limitaciones.

### **Los gastos médicos cubiertos incluyen:**

- A. Una habitación semiprivada y comida y acomodaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos que un Hospital de atención de casos agudos calificado da al asegurado mientras que el asegurado es un paciente hospitalizado.
- B. Los servicios y suministros de un Hospital de atención de casos agudos suministrados por este hospital a un asegurado, para su uso mientras que un paciente hospitalizado o paciente ambulatorio, como una sala de operaciones, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, medicinas, atención de general de enfermería, anestesia, radioterapia, y sangre o plasma de la sangre.
- C. Los gastos por el Programa de atención de hospicio, si se recibe la declaración de un médico que verifica que la expectativa de vida del asegurado no es mayor de 6 meses. La exclusión para el cuidado de compañía no se aplica a los beneficios del Programa de atención de hospicio.

Los gastos del Programa de atención de hospicio incluyen:

1. La atención de hospicio para paciente hospitalizado con la tarifa promedio del centro para habitación semiprivada y comida.
  2. Servicios de los médicos.
  3. Los servicios de atención médica en casa, incluyendo:
    - a. Atención de enfermería a tiempo parcial prestado en la casa del asegurado por un enfermero registrado (R.N.), un enfermero auxiliar autorizado (L.P.N.) o un enfermero de salud pública autorizado.
    - b. Fisioterapia que se da en la casa del asegurado.
    - c. Uso de equipos médicos.
  4. Atención de relevo.
  5. Medicamentos con receta.
  6. Servicios de duelo para otros familiares del asegurado, siempre que ellos sean también asegurados bajo la Póliza. Estos servicios son elegibles por un período que no supera los 6 meses y solo si el beneficio del Programa de atención de hospicio se usó por un asegurado con enfermedad terminal.
- D. Los suministros y tratamiento médicos, visitas en casa y en el consultorio por un médico y otra atención médica que se consideran necesarios para el tratamiento de una enfermedad o una lesión que incluye las visitas que se ofrecen mediante Telemedicina.
- E. Beneficios para las visitas por un proveedor dentro de la red a un paciente hospitalizado durante el período del confinamiento.
- F. Los beneficios para las visitas por un Proveedor fuera de la red durante un período de confinamiento en el que los servicios quirúrgicos u obstétricos se prestan solo si el médico da evidencia, satisfactoria a la compañía, que las visitas son necesarias y diferentes en clase y naturaleza de aquellos que se presentan normalmente y se consideran servicios quirúrgicos u obstétricos.
- G. Los servicios de un médico consultor con una competencia o conocimiento especial para ayudar en el diagnóstico o tratamiento por una consulta durante cada período continuo en el que el paciente esté confinado. No se pagará ningún beneficio por las consultas del personal necesarias por las reglas o reglamentaciones del centro.
- H. Procedimientos quirúrgicos incluyendo atención preoperatoria y posoperatoria.
- I. Los servicios de un asistente técnico quirúrgico cuando se consideran necesarios para un procedimiento quirúrgico que no está disponible de rutina como un servicio que un interno, residente o médico a tiempo completo y asalariado, presta en un hospital de atención de casos agudos.
- J. Los procedimientos de operación y corte generalmente aceptados necesarios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, lesiones, fracturas y dislocaciones, incluyendo cualquier atención preoperatoria y posoperatoria necesaria y, donde se incluye como parte de este servicio, la anestesia administrada por el médico o el enfermero registrado certificado en anestesiología.
- K. Servicios de enfermería privada por un enfermero registrado (R.N.) o un enfermero auxiliar autorizado (L.P.N.). Los servicios de enfermería los debe recetar un médico calificado.
- L. Los servicios de ambulancia terrestre o aérea autorizados para emergencia o transporte médicamente necesario al centro más cercano equipado para manejar la condición médica y en un radio de 500 millas.

- M. Atención de emergencia que incluye los Servicios en la sala de emergencias. Si se trata de una emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano. Se cubrirán los servicios que determinamos cumplen la definición de Atención de emergencia, ya sea que la atención se preste por un proveedor dentro de la red o un Proveedor fuera de la red. La Atención de emergencia que presta un Proveedor fuera de la red se cubrirá como un servicio de la Red.
- La cantidad máxima permitida para Atención de emergencia de un Proveedor fuera de la red será:
    - La cantidad negociada con los proveedores dentro de la red para el servicio de emergencia prestado;
    - La cantidad por el servicio de emergencia que se calcula usando el mismo método que normalmente usamos para determinar los pagos por servicios fuera de la red pero que sustituyen las disposiciones de costos compartidos dentro de la red por las disposiciones de costos compartidos fuera de la red; o
    - La cantidad que se pagaría bajo Medicare por el servicio de emergencia.
  - Además, si se comunicar con su médico y lo remite a una sala de emergencias de un Hospital, los beneficios se prestarán al nivel de atención de emergencia. Los hospitales están abiertos para atender emergencias las 24 horas del día, los 7 días de la semana.  
**Atención de seguimiento no se considera Atención de emergencia.**
- N. Por los servicios que se reciben por atención de urgencia, incluyendo los cargos del centro en el Centro de Atención de Urgencia.
- O. Anestésicos, oxígeno y su administración por un médico o un enfermero registrado certificado en anestesiología.
- P. Sangre y plasma de la sangre, y su administración incluyendo los gastos necesarios relacionados con la sangre donada por cuenta propia.
- Q. Extremidades artificiales (excepto extremidades mioeléctricas), ojos y laringe artificiales por una enfermedad o lesión, los gastos cubiertos no incluyen cargos por reemplazo o reparación o mantenimiento, a menos que sean necesarios por el crecimiento o desarrollo del cuerpo o un daño irreparable por desgaste normal.
- R. Marcapasos electrónicos por una enfermedad o lesión, sin incluir los cargos por el reemplazo o reparación o mantenimiento. Los gastos cubiertos no incluyen los cargos por reemplazo o reparación o mantenimiento, a menos que se hagan necesarios por crecimiento o desarrollo corporal o daño irreparable debido al desgaste normal.
- S. Los vendajes quirúrgicos, yesos, férulas, bragueros; ortótica, aparatos ortopédicos (incluyendo zapatos correctivos adjuntos) por una enfermedad o lesión y zapatos recetados para una persona con diabetes. Los gastos cubiertos no incluyen los cargos por reemplazo o reparación o mantenimiento, a menos que se hagan necesarios por crecimiento o desarrollo corporal o daño irreparable debido al desgaste normal.
- T. Muletas, prótesis y suministros médicos similares para una enfermedad o lesión. Los gastos cubiertos no incluyen los cargos por reemplazo o reparación o mantenimiento, a menos que se hagan necesarios por crecimiento o desarrollo corporal o daño irreparable debido al desgaste normal.
- U. Alquiler (o, a opción de la Compañía, compra, si la Compañía determina que el costo de la compra es menor que los cargos totales anticipados por alquiler) de una silla de ruedas, una tienda de oxígeno, cama de hospital, nebulizador, equipo de ventilación u otro equipo médico duradero similar. El equipo médico duradero debe ser principalmente médico por naturaleza, no con uso normal en ausencia de una enfermedad o lesión. Los gastos cubiertos no incluyen los cargos por

reemplazo o reparación o mantenimiento, a menos que se hagan necesarios por crecimiento o desarrollo corporal o daño irreparable debido al desgaste normal. La cobertura se limita al equipo médico duradero más rentable que cumple las necesidades médicas de la Persona cubierta.

- V. Las radiografías de diagnóstico, electrocardiogramas, electroencefalogramas, pruebas de laboratorio y exámenes patológicos cuando los hace un médico para el diagnóstico de un enfermedad o lesión.
- W. El tratamiento de fisioterapia por un fisioterapeuta autorizado y terapia ocupacional por un terapeuta ocupacional autorizado. Estos servicios se deberán a una lesión o enfermedad y para mejorar la función corporal.
- X. Las radiografías y tratamientos de radio y tratamientos con otras sustancias radioactivas.
- Y. El tratamiento por un terapeuta del habla autorizado y calificado para los propósitos de restaurar la pérdida del habla o corregir un impedimento debido a:
  - 1. un defecto congénito; o
  - 2. una lesión o enfermedad, excepto un trastorno mental, psiconeurótico o de la personalidad.
- Z. Los servicios dentales necesarios para corregir el daño a los dientes naturales sanos causado por una lesión accidental cuando el tratamiento empieza en el plazo de 30 días desde el accidente.
- AA. Los gastos de hospital de atención de casos agudos asociados con procedimientos dentales mientras es un paciente hospitalizado cuando existe una condición médica peligrosa concurrente.
- BB. Los servicios de Hospital de atención de casos agudos relacionados con los ingresos para extracciones múltiples o para quitar los dientes que no han brotado mientras el asegurado es un paciente hospitalizado.
- CC. Cargos por atención de rutina en sala de bebés para un hijo recién nacido. Los requisitos para que se dé el confinamiento como un resultado de la lesión o enfermedad no se aplicará con respecto a los cargos incurridos en relación con el confinamiento de un hijo recién nacido mientras que la madre de este hijo esté confinada en el Hospital de atención de casos agudos. También serán elegibles las visitas de rutina al médico durante el confinamiento inicial.
- DD. La atención pre- y posnatal, incluyendo la examinación y pruebas del recién nacido y las visitas necesarias al consultorio del médico y pruebas de laboratorio Medicamento necesarias relacionadas con un Embarazo cubierto.
- EE. Las inmunizaciones de rutina y necesarias para cada hijo recién nacido desde el nacimiento hasta los 72 meses que incluye, entre otros; por lo menos cinco dosis de vacuna contra la difteria, pertussis, tétano; por lo menos cuatro dosis de la vacuna contra la poliomielitis y Haemophilus B; dos dosis de vacuna contra el sarampión, paperas y rubeola; una dosis contra la varicela y otras vacunas y dosis que recete el Departamento de Salud y Bienestar de Indiana. Esto incluye pruebas de control del recién nacido para adrenoleucodistrofia (ALD).
- FF. Cargos por o relacionados con la circuncisión para hijos recién nacidos.
- GG. Un lente de contacto por ojo después de una operación de cataratas.
- HH. La quimioterapia y medicamentos que se usa en terapia antineoplásica se pagan igual que para cualquier otro medicamento recetado según la Póliza. El medicamento debe cumplir las siguientes condiciones:
  - 1. Un médico la receta para el tratamiento de un tipo específico de neoplasma.
  - 2. Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal para el uso en la terapia antineoplásica.
  - 3. Se usa como parte de un régimen de medicamento antineoplásico.
  - 4. Su eficacia la corrobora la literatura médica actual y las organizaciones de oncología reconocidas generalmente aceptan el tratamiento.

5. El médico obtuvo consentimiento informado del paciente para el régimen de tratamiento que incluye los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal para las instrucciones fuera de la etiqueta.
- II. Todos los servicios de Atención médica en casa especializada, incluyendo la infusión en casa y los servicios relacionados, necesitan autorización previa por la Compañía para calificar para los beneficios. Si no se obtiene aprobación previa, la Compañía tiene el derecho de pedir el expediente médico para revisar y determinar si los servicios son elegibles según este contrato. Las visitas se limitan a 100 días por año calendario.
- a. Servicios cubiertos que exigen que el paciente esté confinado en casa:  
Un asegurado se considerará como confinado en casa si tienen una condición médica que se debe a una enfermedad o lesión para la que dejar la casa está contraindicada. La Compañía tiene el derecho de determinar si el paciente está confinado en la casa.
    - (1) Las visitas de Atención de enfermería especializada incluyen los servicios que una Agencia de atención médica en casa presta por visita intermitente.
    - (2) La terapia física, ocupacional y del habla que presta una Agencia de atención médica en casa presta por visita.
    - (3) Los servicios de Trabajador social se cubren cuando los presta una Agencia de atención médica en casa por visita.
  - b. Servicios cubiertos que no exigen que el paciente esté confinado en casa:
    - (1) La educación de Atención médica en casa asociada con la diabetes, la atención por colostomía, el cuidado de la herida, la terapia por vía intravenosa o cualquier otra condición médica o tratamiento que la Compañía determina es apropiada para la educación de atención médica en casa, cuando la presta una Agencia de atención médica en casa. Los beneficios por servicios educativos se limitarán a no más de tres visitas de educación de atención médica en casa por Período de beneficios para el que la educación de atención médica en casa es apropiada.
    - (2) Servicios de infusión en casa y relacionados. Estas actividades las puede dar una Agencia de atención médica en casa.
  - c. Los servicios de Atención de enfermería especializada no incluyen:
    - (1) Los servicios prestados por un familiar inmediato del asegurado.
    - (2) Los servicios prestados por una persona que normalmente vive en la casa del asegurado.
    - (3) Cuidado de compañía/mantenimiento. La Compañía tiene el derecho de determinar qué servicios son de Cuidado de compañía/mantenimiento.
- JJ. Los gastos del Centro de enfermería especializada si:
1. El asegurado fue primero un paciente hospitalizado en un Hospital de atención de casos agudos durante, por lo menos 3 días consecutivos;
  2. Un médico ordena el confinamiento en un Centro de enfermería especializada por convalecencia de una condición médica que causó que la estancia en un Hospital de atención de casos agudos o las condiciones relacionadas;
  3. El confinamiento en un Centro de enfermería especializada empieza en el plazo de 14 días después del alta de la estancia en un Hospital de atención de casos agudos, o en el plazo de 14 días después de una estancia en un Centro de enfermería especializada relacionado; y
  4. El asegurado está bajo la supervisión continua de un médico y necesita atención de enfermería las 24 hora y hay una examinación personal por lo menos una vez cada 7 días.

Los gastos de un Centro de enfermería especializada incluyen:

1. Las visitas a de enfermería especializada se limitan a 90 visitas por año calendario;
2. Habitación semiprivada y comida;

3. Otros servicios y suministros que ordena un médico y los presta un Centro de enfermería especializada para la atención médica de un paciente hospitalizado; o
4. Servicios prestados en el curso del tratamiento del asegurado por un anestesista, patólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta del habla o radiólogo.

Ningún beneficio de un Centro de enfermería especializada será un cargo que se paga por:

1. confinamiento que no cumpla lo anterior para los beneficios de un Centro de enfermería especializada;
2. artículos personales y enfermería privada u otros servicios profesionales, a menos que el paciente esté bajo atención médica continua de su médico o a menos que la atención de enfermería de 24 hora sea esencial; o
3. Cuidado de compañía.

Tratamiento psiquiátrico que incluye:

1. Ingresos a Hospital de atención de casos agudos y Centro psiquiátrico;
2. Los servicios psiquiátricos para paciente ambulatorio cuando se prestan y facturan por un Centro psiquiátrico o un Programa de hospital parcial;
3. Cuidado diurno y nocturno que prestan los hospitales de atención de casos agudos o los Centros psiquiátricos. Todos los cargos elegibles en relación con esta atención se considerarán como cargos por paciente hospitalizado:
  - a. Servicios profesionales y por otro personal y auxiliares disponibles para los pacientes ambulatorios;
  - b. Medicamentos recetados y medicamentos surtidos por un Hospital de atención de casos agudos para atención psiquiátrica diurna y nocturna o por el Centro psiquiátrico, cuando se surten en relación con el Tratamiento que se recibe en el Hospital de atención de casos agudos o en el Centro psiquiátrico;
4. Terapia de electrochoques cuando un médico la administra;
5. La anestesia para la terapia de electrochoques cuando la administra un médico distinto al médico que administra la terapia de electrochoque;
6. Pruebas psicológicas que hace un médico;
7. Orientación individual o familiar que hace un médico;
8. Enfermería privada en el Hospital de atención de casos agudos, Centro psiquiátrico, Programa de hospital parcial o en casa limitada a 82 visitas por calendario; y
9. El tratamiento se debe prestar en un centro aprobado por un M.D., Ph.D. o Trabajador social autorizado.

KK. Tratamiento para trastornos de la salud mental/conductual y por consumo de sustancias. Consulte el Cuadro de beneficios para cualquier información que se aplica a deducible, coseguro/copago. La cobertura pos-Servicios para pacientes hospitalizados, servicios para pacientes ambulatorios y las visitas al médico por el tratamiento de condiciones mentales/de salud conductual se da en cumplimiento de la ley del estado y federal.

LL. Los cargos de Centros de atención para paciente ambulatorio o de Hospital de atención de casos agudos de paciente ambulatorio en relación con un Procedimiento quirúrgico cubierto.

MM. Las pruebas antes del ingreso en el plazo de 10 días antes de la operación.

NN. Los gastos de operación de paciente ambulatorio incluyendo los servicios y suministros relacionados con el procedimiento hecho en el plazo de 24 horas después de la operación:

1. Servicios de médicos
2. Suministros necesarios

OO. Se dan los beneficios de trasplante de órganos humanos y de médula ósea para los siguientes trasplantes de órganos humanos:

- a. Córnea
- b. Corazón
- c. Corazón-pulmón
- d. Riñón

- e. Riñón-hígado
- f. Hígado
- g. Pulmón (completo o lobar, sencillo o doble)
- h. Trasplantes multiviscerales
- i. Páncreas
- j. Páncreas-riñón
- k. Intestino delgado

No hay cobertura aquí por cualquier trasplante que no se menciona específicamente como cubierto o para suministros o servicios prestados directamente para o relacionados con los trasplantes de órganos humanos que no se mencionan específicamente como cubiertos. No se dará ningún beneficio por combinaciones de trasplante de varios órganos que no se mencionan aun cuando uno o más de los órganos incluidos se mencionan como un trasplante cubierto.

Los beneficios por el trasplante de un órgano humano estarán disponibles para un donante vivo (asegurado o no), si el beneficiario es un asegurado, a menos que el donante tenga otra cobertura.

l. Trasplante de médula ósea o de células madre periféricas. (Quimioterapia de alta dosis con apoyo hematopoyético)

Los beneficios están disponibles solo cuando estén precertificados y el tratamiento particular para la condición médica del asegurado no sea experimental o para investigación.

Los beneficios estarán disponibles por los costos asociados con la búsqueda de donantes y la adquisición de la médula ósea o las células madre periférica cuando un donante relacionado no está disponible.

PP. Servicios de Atención preventiva y de Evaluaciones e Inmunizaciones para niños, adolescentes y adultos (que presta un proveedor dentro de la red solamente).

Servicios de Atención preventiva y de Evaluaciones e Inmunizaciones para niños, adolescentes y adultos que:

- tienen una calificación de A o B en las recomendaciones actuales del United States Preventive Services Task Force; o
- están recomendados por el Comité Asesor sobre las Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; o
- se prestan para directrices integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud, con respecto a la persona incluida.

Consulte las recomendaciones y las directrices para edad, frecuencia y otras directrices. Algunos ejemplos de evaluaciones incluyen de presión alta, cáncer de mama (mamografías), cáncer cervical (Papanicolaou), colesterol, depresión, diabetes, cáncer colorrectal (colonoscopías) y cáncer de próstata (PSA). Los ejemplos de inmunizaciones incluyen VIH, DTP, Hepatitis A, Hepatitis B, HIB, HPV, MMR y vacunas contra la gripe.

Las evaluaciones de próstata cubren a todos los hombres mayores de 50 años y solo para aquellos hombres mayores de 40 años que son sintomáticos o con una categoría de alto riesgo. La evaluación incluye una prueba de sangre de antígeno específico a la próstata y un examen digital rectal.

La cobertura por los servicios relacionados al diagnóstico, tratamiento y manejo de la osteoporosis para personas con una condición o historia médica para la que la medición de masa ósea es médicamente necesaria.

Los exámenes de cáncer colorrectal y las pruebas de laboratorio para el cáncer para cualquier asegurado que no es asintomático, de acuerdo con las directrices de la Sociedad Americana Contra el Cáncer, para un asegurado:

- A. De, por lo menos, 45 años; o
- B. Menores de 45 años y en alto riesgo de cáncer colorrectal de acuerdo con las directrices de la Sociedad Americana Contra el Cáncer.

Puede obtener las copias de las recomendaciones y de las directrices de los siguientes sitios web. También puede llamar al [800-211-1534] para obtener una copia impresa gratis de US Health and Life.

<https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/>  
[www.cdc.gov/vaccines/Pubs/acip-list.htm](http://www.cdc.gov/vaccines/Pubs/acip-list.htm)

El sitio web oficial de la Administración de Recursos y Servicios de Salud de EE. UU. | ([hrsa.gov](http://hrsa.gov))

- QQ. Hemodiálisis.
- RR. Segundas opiniones para operaciones.
- SS. Centro de maternidad.
- TT. Los servicios de Rehabilitación cardíaca Fase I y Fase II se cubrirán en el plazo de 3 meses desde lo siguiente: postinfarto al miocardio; posbypass coronario; posangioplastia transluminal percutánea; postransplante cardíaco; posablación de trayectoria; posimplante de AICD; angina pectoris (Clase III o IV); enfermedad del miocardio (Clase III o IV); y arritmias peligrosas. No se da ningún beneficio por programas de mantenimiento o no supervisados, o la compra o alquiler de equipo para ejercicio en relación la rehabilitación cardíaca.
- UU. Cargos por o relacionados con una mastectomía, incluyendo:
1. Reconstrucción de la mama en la que se hizo una mastectomía;
  2. Procedimientos quirúrgicos y de reconstrucción de la otra mama, para producir una apariencia simétrica;
  3. Prótesis y complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.
  4. No se dan los beneficios por artículos de indumentaria personal excepto que la cobertura está disponible por dos (2) sostenes de posmastectomía por asegurado por período de beneficios. Un sostén de posmastectomía es un sostén que diseñado específicamente y pretende apoyar una prótesis unilateral o bilateral de mama.
- VV. Los servicios de evaluación diagnóstica del cáncer de mama, como un paciente hospitalizado o paciente ambulatorio:
1. mamografía de 2 vistas y baja dosis de radiación;
  2. biopsia quirúrgica de mama y examen patológico e interpretación;
  3. un servicio durante el período de 5 años por un asegurado de 35-40 años, a menos que un médico considere necesario sin importar cuándo se completó el último servicio y la edad del asegurado;
  4. un servicio cada Año del plan para un asegurado mayor de 40 años, a menos que un médico considere necesario sin importar cuándo se completó el último servicio y la edad del asegurado.
- WW. Para madres y recién nacidos, se permitirá un ingreso a un Hospital de atención de casos agudos de 48 horas después de un parto normal, o 96 horas después de un parto por cesárea, para un ingreso elegible. Esto incluye los gastos obstétricos y de parto de la madre natural de un hijo adoptado en el plazo de 90 días desde el nacimiento de este hijo.
- XX. Jeringas, agujas y bolsas de colostomía recetadas.
- YY. Los servicios quirúrgicos y no quirúrgicos de una naturaleza reversible para tratar trastornos temporomandibulares, craneomandibulares, neuromusculares de cabeza y cuello o similares que necesitan autorización previa y están sujetos a:

1. un solo examen que incluye deducciones para todos los modelos, pruebas electrónicas de diagnóstico, pruebas psicológicas y fotografías;
2. fisioterapia de frecuencia y duración necesaria y limitada a una recomendación de beneficio multimodal cuando más de un tratamiento terapéutico se presta en la misma fecha del tratamiento;
3. inyecciones terapéuticas;
4. terapia con dispositivos basándose en el cargo normal y habitual por el uso de un solo dispositivo, sin importar la cantidad de dispositivos que se usen, incluyendo una deducción por todos los servicios de diagnóstico relacionados con la mandíbula y la posición, las visitas en el consultorio, ajustes, entrenamiento, reparación y reemplazo del dispositivo
5. no puede haber cálculos previos de la frecuencia o duración del tratamiento y los servicios relacionados con TMJ.

ZZ. Programa de diabetes para prevenir el inicio de la diabetes clínica enfatizando las directrices de mejores prácticas para evitar el principio de la diabetes clínica y tratar la diabetes, incluyendo, entre otros, la dieta, el estilo de vida, ejercicio y condición física y el diagnóstico precoz y el tratamiento.

1. Cobertura para los siguientes equipos, suministros y entrenamiento educativo para el tratamiento de la diabetes, si se determina que es médicamente necesario y lo receta un médico alopático u osteópata:
  - a) Monitores de glucosa en la sangre y monitores de glucosa en la sangre para los legalmente ciegos.
  - b) Tiras reactivas para monitores de glucosa, tiras reactivas de lectura visual y de orina, lancetas y dispositivos de lancetas impulsadas por lancetas.
  - c) Jeringas.
  - d) Bombas de insulina y suministros médicos necesarios para el uso de una bomba de insulina.
  - e) Entrenamiento para el control de su propia diabetes para asegurarse que las personas con diabetes estén entrenadas para manejar y tratar su propia condición diabética, sujeto a:
    - i. Esté limitado a completar un programa de educación certificado de la diabetes cuando ocurra cualquiera de las siguientes:
      1. Si se considera médicamente necesario cuando se diagnostica con diabetes por un médico alopático u osteópata que está manejando la condición diabética del paciente y si los servicios se necesitan según un plan integral de atención para asegurarse del cumplimiento de la terapia o para dar las competencias y el conocimiento necesario.
      2. Si un médico alopático u osteópata diagnóstica un cambio significativo con implicaciones a largo plazo en los síntomas o condiciones médicas del paciente que necesita cambios en un manejo propio del paciente o un cambio significativo en las modalidades de protocolo o tratamiento médico.
    - ii. Lo dará un programa certificado de entrenamiento sobre diabetes para paciente ambulatorio para recibir el reembolso de Medicaid o Medicare o certificado por el Departamento de Salud de la Comunidad. El entrenamiento que se da bajo esta subdivisión se hará en un entorno de grupo siempre que se pueda.
2. Como se usa en este gasto cubierto, la “diabetes” incluye todo lo siguiente:
  - a. Diabetes gestacional.
  - b. Diabetes dependiente de la insulina.
  - c. Diabetes que no depende de la insulina.

AAA. Pruebas de alergias, evaluaciones e inyecciones, incluyendo los costos del suero.

- BBB. Atención podiátrica de rutina solo cuando una enfermedad como la diabetes existe y que puede afectar potencialmente la circulación o la pérdida de sensación en las extremidades inferiores.
- CCC. Consultas con un dietista empleado por un proveedor dentro de la red. Se pueden cubrir los servicios por dietistas bajo el beneficio de Atención preventiva.
- DDD. Educación que da un proveedor dentro de la red sobre el manejo de los estados de enfermedad crónica como la diabetes o el asma.
- EEE. Las clases de maternidad impartidas por proveedores dentro de la red.
- FFF. La evaluación y el tratamiento de dolor crónico o agudo, según lo especifica nuestras pólizas médicas.
- GGG. Operación de reconstrucción para corregir los defectos congénitos o los efectos de la enfermedad o lesión si:
1. Los defectos o efectos de la enfermedad o lesión causan una discapacidad clínica funcional. La "Discapacidad clínica funcional" existe cuando los defectos o los efectos de la enfermedad o lesión:
    - a. Causan discapacidad significativa o un trauma psicológico importante (los motivos psicológicos no representan una necesidad médica o quirúrgica a menos que esté en psicoterapia por problemas relacionados solamente a la enfermedad o lesión por la que la operación reconstructiva se pide);
    - b. Interfieren con la asistencia al empleo o a la escuela;
    - c. Necesitan una operación que es un componente de un programa de operación reconstructiva por una deformidad congénita o trauma; o
    - d. Contribuyen a un problema médico mayor; y
  2. Esperamos razonablemente que la operación corrija la condición médica; y
  3. Aprobamos los servicios con antelación y usted los recibe en el plazo de dos años desde el evento que causó la discapacidad, a menos que alguno de los siguientes se aplique:
    - a. La discapacidad que una enfermedad o una lesión causó no se reconoció en el momento del evento. En ese caso, el tratamiento debe empezar en el plazo de dos años desde el momento en el que el problema se identificó, o
    - b. su tratamiento necesita retrasarse por razones de desarrollo.
- Cubriremos el tratamiento para corregir la discapacidad funcional si las necesidades de tratamiento se dan en etapas siempre que ese tratamiento empiece en el plazo de dos años desde el evento que causa la discapacidad y siempre que permanezca como asegurado.
- HHH. Rehabilitación pulmonar.
- III. Biorretroalimentación para el tratamiento de diagnósticos médicos.
- JJJ. Tratamiento quiropráctico.
- KKK. Servicios prestados para dejar de fumar por un médico dentro de la red. Algunas evaluaciones, orientación e intervenciones pueden cubrirse bajo el beneficio de Atención preventiva.
- LLL. Comida complementaria administrada por tubo. Este tipo de terapia nutricional también se conoce como nutrición enteral. Las fórmulas destinadas para este tipo de comida y los suministros, el equipo y los accesorios que se necesitan para administrar este tipo de terapia nutricional, están cubiertos.

- MMM. La comida complementaria administrada por vía intravenosa. Este tipo de terapia nutricional también se conoce como nutrición parenteral. Se cubren los nutrientes, suministros y equipo necesario para administrar este tipo de nutrición.
- NNN. Los servicios prestados por un Centro de rehabilitación para paciente hospitalizado.
- OOO. Los servicios prestados por un Centro de atención de casos agudos a largo plazo.
- PPP. Se pueden cubrir los servicios del centro, auxiliares y de anestesia para servicios dentales limitados cuando:
1. Un hijo o un asegurado tiene una condición médica seria concurrente que puede interferir con el trabajo dental de rutina o;
    - Un hijo:
      - Menor de cinco años y que necesita múltiples extracciones o restauraciones
      - Se extraen un total de seis o más dientes en varios cuadrantes
    - Un asegurado con una condición médica seria concurrente que puede interferir con el trabajo dental de rutina como:
      - Las necesidades dentales para las que la anestesia local no es efectiva por una infección aguda, una variación anatómica o una alergia.
      - Trauma orofacial o dental extenso que ocurrió causando que el tratamiento bajo anestesia local no sea efectivo o esté debilitado por una lesión dental accidental
      - Servicios médicos, como una sutura de laceraciones necesarias en relación con una operación oral debido a una lesión accidental oral por servicios quirúrgicos a dientes naturales sanos
  2. Los cargos por la administración de anestesia general y del centro de atención médica por atención dental se cubren para:
    - Un hijo menor de cinco años; o
    - Una persona que está severamente discapacitada; o
    - Una persona que tiene una condición médica o conductual, que necesita hospitalización o anestesia general cuando se presta la atención dental.
- QQQ. Los servicios quirúrgicos orales (médicos) cubiertos en un entorno de consultorio pueden incluir:
- Procedimientos quirúrgicos de mandíbula y encías
  - Eliminación de tumores y quistes de las mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar y la base de la boca
  - Eliminación quirúrgica de los dientes impactados, lesiones benignas o malignas (sin incluir lesiones inflamatorias)
  - Servicios médicos, como una sutura de laceraciones necesarias en relación con una operación oral debido a una lesión oral por servicios quirúrgicos a dientes naturales sanos.
- RRR. Una evaluación de la audición, hecha como parte de un examen físico, durante cada año calendario para determinar la pérdida de audición como se determina dentro de una evaluación preventiva de rutina - servicios preventivos de USPSTF.
- SSS. Una evaluación de la vista, hecha como parte de un examen físico, durante cada año calendario para determinar la pérdida de la vista como se determina dentro de una evaluación preventiva de rutina - según los servicios preventivos de USPSTF.
- TTT. Los costos de atención de rutina del paciente asociados con la provisión de servicios cubiertos, incluyendo medicamentos, artículos, dispositivos, tratamientos, diagnóstico y servicios que de otra manera se cubrirían según esta póliza si estos medicamentos, artículos, dispositivos, tratamientos, diagnósticos y servicios no se prestaran en relación con un programa de Ensayos clínicos aprobados incluyendo los servicios cubiertos que normalmente se prestan a pacientes que no participan en un ensayo clínico.

A las personas que califican no se les negará la participación en un ensayo clínico aprobado con respecto al tratamiento de cáncer u otra enfermedad o condición que amenaza la vida. No se discriminará a una persona calificada por su participación en un ese ensayo.

La persona calificada puede participar en un ensayo clínico aprobado mediante un proveedor Dentro de la red si el proveedor acepta a la persona calificada como un participante en el ensayo. Sin embargo, esto no previene que una persona calificada participe en un ensayo clínico aprobado que suceda fuera del estado en el que reside la persona.

UUU. Los Servicios Preventivos de Mujeres, incluyendo:

1. Anticonceptivos orales para todos los métodos aprobados por la FDA para las mujeres como lo exige PPACA, que incluye las recetas, operaciones y artículos de venta libre y la orientación, visitas en el consultorio, centros para pacientes hospitalizados y ambulatorios y servicios médicos relacionados. Esto incluye la cobertura de dispositivos anticonceptivos (por ejemplo, Depo-Provera y Dispositivos intrauterinos (DIU)). También se cubrirán los diafragmas cuando los servicios se prestan en el consultorio médico);
2. Esterilización de mujeres, incluyendo ligado de trompas y los cargos asociados (anestesia, laboratorios, etc.);
3. Extractores de leche manuales y eléctricos por embarazo cuando se compran o alquilan de un proveedor autorizado o se compra de una farmacia. No se cubren los extractores de grado hospitalario;
4. El apoyo y orientación de lactancia de un proveedor autorizado (en el hospital o en el consultorio);
5. Evaluaciones de diabetes gestacional para mujeres embarazadas entre 24 y 28 semanas de gestación y la primera visita prenatal para mujeres embarazadas en alto riesgo de diabetes;
6. Evaluación de virus del papiloma humano (HPV);
7. Orientación anual sobre infecciones de transmisión sexual durante las visitas de mujer sana para todas las mujeres sexualmente activas;
8. Cuestionarios sobre violencia interpersonal y doméstica.

VVV. Beneficios de la vista pediátricos para hijos menores de 19 años:

1. Exámenes de la vista de rutina según sean necesarios cuando los hacen oftalmólogos y optometristas;
2. Un par de anteojos estándar o lentes de contacto cada año calendario (lentes de contacto en lugar de anteojos);
3. Una montura cada año calendario.

WWW. Blefaroplastia del párpado superior.

XXX. Reducción mamaria.

YYY. Tratamiento quirúrgico de ginecomastia masculina.

ZZZ. Tratamientos para la apnea del sueño, incluyendo procedimientos orofaríngeos. Consulte la Administración de utilización para los requisitos de autorización previa.

AAAA. Los beneficios se prestan para prótesis de pene que se necesita por impotencia fisiológica (no psicológica), sujetos a aprobación por adelantado por la Compañía solo en las siguientes situaciones: trauma, operación pélvica radical, diabetes, Enfermedad de Peyronie, enfermedades vasculares o neurológicas cuando la situación individual amerita la cobertura en la opinión de la Compañía. Sujeto a autorización previa.

No se dan los beneficios por los servicios de laboratorios del sueño para pruebas de tumescencia peneal nocturna.

BBBB. Los beneficios por comida médica que es médicamente necesaria y recetada por el médico de atención directa del asegurado para el tratamiento de la enfermedad metabólica heredada cubierta del asegurado.

CCCC. Cargos por servicios que se prestan en relación con el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del espectro autista. Cobertura que se limita al tratamiento que receta el médico de atención directa del asegurado de acuerdo con un plan de tratamiento.

DDDD. Beneficios para los trastornos pediátricos neuropsiquiátricos autoinmunes asociados a infecciones por estreptococo (PANDAS) y el síndrome neuropsiquiátrico de principio agudo pediátrico (PANS), incluyendo el tratamiento con terapia de inmunoglobulina intravenosa.

### **Beneficios de medicamentos con receta para paciente ambulatorio**

Los medicamentos con receta que se obtienen de una farmacia participantes. Puede llamar al número 800 en su tarjeta de identificación para ayuda en una farmacia participante.

El formulario está sujeto a cambios. Se puede borrar los medicamentos del formulario durante el año si surgen problemas de seguridad significativos, o si nuevos productos entran al mercado y tienen eficacia o seguridad superior. Si se determina que un medicamento es seguro y efectivo como terapias disponibles actualmente, se revisa la rentabilidad del medicamento. Normalmente, si el costo es comparable o mejor que las terapias existentes, se agrega el medicamento al formulario. Los medicamentos mencionados en el formulario se incluirán en los medicamentos cubiertos si no se excluyen, se pagan el copago o deducible y el coseguro apropiados y se recibe cualquier autorización previa necesaria.

Algunos de los medicamentos con receta están sujetos a la terapia escalonada. Una terapia escalonada es un proceso automatizado que define cómo y cuándo un medicamento puede surtirse basándose en su historial de medicamentos. En la terapia escalonada generalmente se necesita usar uno o más medicamentos antes de usar otro medicamento.

Puede pedir acceso a medicamentos clínicamente apropiados que no están cubiertos o recibir una copia del formulario actual sin costo comunicándose con nosotros a:

Dirección: US Health and Life Insurance Company  
Attention: Customer Service  
[8220 Irving Road  
Sterling Heights, MI 48312]  
Teléfono: [800-211-1534]  
Fax: [586-693-4321]  
Sitio web: [www.ascensionpersonalizedcare.com]

### **Medicamentos con receta cubiertos**

La Compañía cubre solo medicamentos que son:

- A. Medicamentos anticáncer administrados oralmente y usados para matar o desacelerar el crecimiento de las células cancerígenas con una base no menos favorable que los medicamentos contra el cáncer administrados por vía intravenosa o inyectados que son cubiertos como beneficios médicos.
- B. Aprobados para el tratamiento de la enfermedad o lesión del asegurado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); o
- C. Aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el tratamiento de un diagnóstico o condición médica particular distinto al del asegurado y reconocido como un tratamiento médico apropiado para el diagnóstico o condición médica del asegurado en uno o más Compendios Estándar de Referencia o recomendado por un estudio clínico o recomendado por un artículo de revisión en una revista profesional importante de revisión de compañeros; y
- D. Cumpla lo siguiente:
  - (1) Medicamentos de venta bajo receta archivada federal que llevan la leyenda Advertencia: las leyes federales prohíben el surtido sin una receta;
  - (2) Los medicamentos preparados en los que por lo menos un ingrediente es un medicamento de venta bajo receta archivada;

- (3) Se pueden cubrir los medicamentos recetados para uso no aprobado por la FDA (uso no autorizado) si se cumplen todas las siguientes condiciones médicas:
  - (a) el medicamento es aprobado por la FDA;
  - (b) se receta el medicamento para el tratamiento de una condición médica que amenaza la vida o una condición médica seriamente debilitante;
  - (c) se ha probado que el medicamento es efectivo y aceptado para el tratamiento de la indicación específica para la que se ha recetado en cualquiera de los Compendios Estándar de Referencia o en la literatura médica; y
  - (d) Se recibió autorización previa de la Compañía.
- (4) Jeringas de insulina (sin Copago cuando se surten con insulina);
- (5) Dispositivos, agujas, suministros, reagentes de prueba para diabéticos;
- (6) Tiras reactivas para la glucosa en la sangre, limitado a 100 tiras por un período de 25 días; más tiras pueden estar sujetas a autorización previa;
- (7) Monitores de glucosa (azúcar en la sangre) limitados a uno por período de dos años;
- (8) Lancetas o Microlet Vaculance;
- (9) Vitaminas prenatales para mujeres entre 10 y 65 años;
- (10) Medicamentos de atención preventiva de venta libre, si los receta un médico.

Si quiere obtener una lista completa de los medicamentos cubiertos, comuníquese con la Compañía para su lista actual.

Solo se cubren los medicamentos que se obtienen con receta que no están excluidos y que son médicamente necesarios. Se cubren los beneficios sujetos a autorización previa solo hasta el punto al que los asegurados califican para la autorización previa.

Donde hay un equivalente de medicamento genérico disponible para un medicamento de marca, el asegurado es responsable por el Copago del medicamento de marca y la diferencia del precio entre el medicamento de marca y el genérico, a menos que el médico que la receta dé una carta de necesidad médica que apoya el uso del medicamento de marca por un motivo médico específico.

Límites de surtido: La cantidad de medicamentos con receta surtidos según una receta o resurtido será esa cantidad que generalmente receta el médico, que no supera la cantidad necesaria para un suministro de 34 días consecutivos con las siguientes excepciones:

- A. un (1) vial de insulina;
- B. ocho (8) onzas fluidas de medicamento líquido;
- C. tres (3) onzas de peso neto de ungüento o crema;
- D. un suministro de antibióticos para 14 días;
- E. un suministro de 90 días para entrega en casa (si se selecciona la Opción de entrega en casa);
- F. un suministro suficiente para dar medicamento continuo apropiado durante una ausencia temporal estimada de un área donde una Farmacia participante está disponible, sujeto a revisión previa y aprobación por US Health and Life Insurance Company.

Nuevas recetas para, o resurtidos de, un medicamento con receta que se obtuvo antes no están cubiertas hasta que el 75% del medicamento que se obtuvo se use (a menos que se obtenga una autorización previa).

### **Medicamentos cubiertos sujetos a autorización previa**

autorización previa significa que se presentó una solicitud a la Compañía o al gerente de beneficios de farmacia (PMB) que se menciona en la tarjeta de identificación para una determinación de si el Medicamento con receta que se pidió es médicamente necesario y es el tratamiento médicamente apropiado para la condición médica por la que se receta.

La autorización previa pretende motivar el uso apropiado y rentable del medicamento. El gerente de beneficios de farmacia depende del equipo clínico de médicos y farmacéuticos para identificar, desarrollar y aprobar los criterios clínicos para los medicamentos que son apropiados para la autorización previa al revisar la etiqueta aprobada por la FDA, la literatura científica y las directrices reconocidas nacionalmente.

Los medicamentos y las clases de medicamentos sujetos a autorización previa se eligen basándose en una variedad de factores, incluyendo los resultados médicos actuales, la información de la FDA y la disponibilidad de otros tratamientos rentables disponibles en el mercado.

Si se receta al asegurado un medicamento que está sujeto a autorización previa, el medicamento no se surtirá sin que se obtenga la autorización previa por el médico del asegurado. Si se obtiene la autorización previa, se surtirá el medicamento y está sujeto a penalización de autorización previa. Si se niega la autorización previa, no se surtirá el medicamento y se notificará al asegurado del procedimiento de apelación apropiado. Los medicamentos sujetos a autorización previa pueden cambiar.

Comuníquese con nosotros para obtener una copia sin costo de la lista actual de medicamentos con receta que necesitan autorización previa a:

**Dirección:** US Health and Life Insurance Company  
Attention: Customer Service  
[8220 Irving Road  
Sterling Heights, MI 48312]  
**Teléfono:** [800-211-1534]  
**Fax:** [586-693-4321]  
**Sitio web:** [www.ascensionpersonalizedcare.com]

### **Proceso de excepción de medicamento con receta**

Los proveedores o las personas cubiertas pueden pedir y obtener el acceso a un medicamento que no esté en el formulario del plan en ciertas situaciones. El proveedor de la persona cubierta puede recomendar un servicio particular o un artículo aprobado por FDA basándose en una determinación de necesidad médica con respecto a esa persona. Según este proceso, avisaremos a la Persona cubierta, al designado del asegurado y al médico de nuestra decisión en el plazo de 72 horas después que recibamos la solicitud de excepción. La persona cubierta o el designado/médico de la persona cubierta puede pedir una excepción acelerada basándose en circunstancias exigentes y recibir un aviso no más de 24 horas después de hacer la solicitud.

### **Exclusiones de medicamentos con receta**

Los beneficios de medicamentos con receta están sujetos a las exclusiones generales. Además, los beneficios de medicamentos con receta no se pagarán por los siguientes cargos:

1. la administración de cualquier medicamento, como se haga, incluyendo, entre otros, la inyección, el implante, inserción, aplicación tópica; o
2. por suministros médicos, dispositivos o aparatos terapéuticos, incluyendo agujas o jeringas, prendas de apoyo y otras sustancias no medicinales, sin importar el uso destinado, excepto como se describe específicamente en la sección medicamentos con receta cubiertos; o
3. por un medicamento con receta para el tratamiento de discapacidades, enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio militar, cuando el asegurado tiene derecho legal a otra cobertura por medicamentos con receta surtidos o disponibles por otra agencia del Gobierno de EE. UU. o un gobierno extranjero y para los que hay centros razonablemente disponibles para el asegurado sin importar si el asegurado pidió esa cobertura; o
4. por un medicamento con receta para el tratamiento de enfermedades o lesiones que se deben a la participación en un disturbio o insurrección; o
5. por medicamentos experimentales que no están aprobados de otra manera para cualquier indicación por FDA, excepto en casos de tratamiento contra el cáncer cuando el medicamento es reconocido para el tratamiento en uno de los compendios estándar de referencia o en literatura médica considerablemente aceptada y revisada por compañeros; o
6. por medicamentos, formas de dosificación, concentraciones o indicaciones o usos no aprobados por FDA, excepto como está descrito en la sección MEDICAMENTOS CON RECETA CUBIERTOS; o

7. por Medicamentos DESI (Implementación del estudio de eficacia de medicamentos), los medicamentos designados por la Administración de Alimentos y Medicamentos como menos que efectivos, excepto los medicamentos DESI que se mencionan en la lista de Medicamentos DESI cubiertos que se adjunta; o
8. por cualquier medicamento que FDA determinó que se contraindica su uso, que es un uso para el que el medicamento o el tratamiento no debería administrarse, como dar un medicamento a una persona que es alérgica a ese medicamento; o
9. por medicamentos de venta libre y los medicamentos con equivalentes de venta libre. Esta exclusión no se aplica a la insulina y los suministros relacionados con los medicamentos de insulina o de atención preventiva si los receta un médico;
10. por un medicamento con receta que un asegurado debe tomar o se le debe administrar, por completo o en parte mientras que es un paciente hospitalizado en una institución que opera en sus instalaciones, o permite la operación en sus instalaciones, un centro para surtir medicamentos; o
11. por cualquier medicamento con receta resurtido mayor que la cantidad especificada por un médico, o cualquier resurtido suministrado después de un año desde la receta original; o
12. por todas las soluciones de irrigación e infusión intravenosa; o
13. por medicamentos usados para propósitos cosméticos excepto como se describe en la sección MEDICAMENTOS CON RECETA CUBIERTOS
14. por jeringas, excepto las descritas en la sección MEDICAMENTOS CON RECETA CUBIERTOS; o
15. por medicamentos obsoletos (medicamentos con más de 2 años después de su fecha de vencimiento mencionada); o
16. por medicamentos nuevos, cuando el medicamento está en una clase de medicamentos mencionados abajo; o
17. por cualquiera de los siguientes medicamentos:
  - a. abortivos, excepto que esta exclusión no se aplica a medicamentos de emergencia preventivos de embarazos que se obtienen de una Farmacia participante;
  - b. agentes adrenérgicos, excepto como se muestran bajo “Medicamentos con receta cubiertos”;
  - c. oxycontin y duragésico;
  - d. medicamentos contra la obesidad y para bajar de peso;
  - e. productos biológicos, como alérgenos, sueros, toxoides y vacunas;
  - f. sangre, producto de la sangre y plasmas de la sangre;
  - g. dispositivos anticonceptivos;
  - h. suplementos dietéticos;
  - i. preparaciones con flúor;
  - j. compuestos de oro;
  - k. agentes para reducción del crecimiento de pelo;
  - l. medicamentos inyectables, excepto como se muestran bajo “Medicamentos con receta cubiertos”;
  - m. suministros médicos misceláneos, incluyendo, entre otros, pruebas de orina, glucómetros (que no son marcas de Ascensia), jeringas que no son de insulina, productos que no son insulina y de venta libre, a menos que lo exija la ley;
  - n. suplementos nutricionales;
  - o. medicamentos obsoletos;
  - p. medicamentos de investigación, a menos que los exija la ley; y
  - q. minoxidil tópico (por ejemplo, Rogaine).

## **SECCIÓN 5. REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN**

### **Administración de utilización**

Los beneficios que se deben a los asegurados están sujetos a las siguientes disposiciones de la administración de utilización:

La revisión de autorización previa pretende confirmar la necesidad y la idoneidad médicas de un entorno, servicio, tratamiento, suministro, dispositivo o medicamento con receta. Si un entorno, servicio, tratamiento, suministro, dispositivo o medicamento con receta se menciona abajo, la Revisión de la autorización previa se debe obtener antes de incurrir en cualquier reclamo para ese entorno, servicio, tratamiento, suministro, dispositivo o medicamento con receta. Usted es responsable de obtener la revisión de autorización previa cuando se necesite. Puede obtener una revisión de autorización previa comunicándose con nosotros a:

**Dirección:** US Health and Life Insurance Company  
[8220 Irving Road  
Sterling Heights, MI 48312]  
**Teléfono:** [800-856-3775]  
**Fax:** [586-693-4829]  
**Sitio web:** [www.ascensionpersonalizedcare.com]

La autorización previa no es una garantía de que se pagarán los beneficios. Todos los beneficios que se pagan están sujetos a todos los términos, condiciones, disposiciones, exclusiones y limitaciones de la Póliza.

Los siguientes entornos, servicios, tratamientos, suministros, dispositivos o medicamentos con receta necesitan la Revisión de autorización previa:

- Los ingresos de paciente hospitalizado (incluyendo atención de casos agudos, atención de casos agudos a largo plazo, rehabilitación de la salud conductual o por trastorno de abuso de sustancias, tratamiento residencial y hospitalización parcial; centro de enfermería especializado).
- Las hospitalizaciones de emergencia en el plazo de 48 horas después del ingreso
- Maternidad de alto riesgo (de rutina que supera los requisitos federales)
- Procedimientos quirúrgicos para paciente ambulatorio
- Procedimientos orofaríngeos
- Procedimientos de columna vertebral
- Radiología diagnóstica
- Radiología terapéutica
- Evaluación neuropsicológica
- Ortótica y prótesis
- Equipo médico duradero (incluyendo artículos de DME de más de \$1000)
- Dispositivos auditivos (para el oído)
- Trasplantes (distintos a trasplante de córnea)
- Atención médica en casa
- Terapia de infusión en casa
- Terapia de rehabilitación y habilitación para paciente ambulatorio
- Medicamentos inyectables (administrados por un proveedor de atención médica)
- Pruebas genéticas

*\*Tratamiento, pruebas o procedimientos experimentales o de investigación potencial\*La lista de servicios que necesitan autorización previa no es exhaustiva.*

No usar o regirse por las decisiones del Programa de Administración de utilización dará como resultado en la negación de un reclamo por no pedir una autorización previa con antelación del procedimiento o ingreso propuesto.

## SECCIÓN 6. EXCLUSIONES GENERALES

El cálculo de los beneficios que se pagan según esta Póliza no deberá incluir o basarse en cualquier cargo:

1. hecho por o en relación con cualquier confinamiento, o cualquier examen, o cualquier tratamiento quirúrgico, médico o de otro tipo, o cualquier servicio o suministro que se da antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del asegurado a quien se le hace el cargo que se dio en conexión con o durante un confinamiento que comenzó antes de esa fecha; o
2. por el que se hace un reclamo por los beneficios más de un año después de que se incurra en el gasto; o
3. por servicios incurridos después de que termine la elegibilidad; o
4. hecho por o en relación con cualquier confinamiento, o cualquier examen, o cualquier tratamiento quirúrgico, médico o de otro tipo, o cualquier servicio o suministro que se da sin la recomendación o aprobación de un médico o dentista que actúa en la extensión de su licencia; o
5. hecho por o en relación con cualquier confinamiento, o cualquier examen, o cualquier tratamiento quirúrgico, médico o de otro tipo, o cualquier servicio, suministro o medicamento que no es médicamente necesario para la atención y el tratamiento de cualquier lesión o enfermedad del asegurado a quien se le hace el cargo, a menos que este procedimiento se mencione específicamente como elegible según los gastos médicos cubiertos; o
6. por servicios prestados por el tratamiento de una lesión o enfermedad para la que los beneficios están disponibles según la Ley de Compensación de los trabajadores o de la Responsabilidad del empleador, o los servicios prestados por una lesión o enfermedad sufrida como un resultado de cualquier trabajo por salario o ganancia; o
7. por servicios prestados en relación con una enfermedad o lesión que no es una lesión o enfermedad no ocupacional; o
8. hecho por o en relación con cualquier confinamiento, o cualquier examen, o cualquier tratamiento quirúrgico, médico o de otro tipo, o cualquier servicio o suministro que se da por o mediante cualquier gobierno o cualquier subdivisión o agencia de un gobierno, o el cargo por el que se paga o que se puede pagar o reembolsable por o mediante cualquier política o programa de cualquier gobierno o cualquier subdivisión o agencia de un gobierno, distinto a una política, plan o programa de un gobierno o de una subdivisión o agencia de un gobierno a menos que el pago se exija legalmente; o
9. que no se habría hecho en la ausencia de la cobertura o el servicio profesional de cortesía, o que el asegurado no está obligado legalmente a pagar o hasta el punto de que la Compañía tiene prohibido dar los beneficios por ese cargo, por cualquier ley o reglamentación; o
10. por cargos fuera de la red que superan los cargos razonables y habituales; o
11. por cualquier pérdida para la que una causa que contribuyó fue que el asegurado cometiera o intentara cometer un delito grave o para la que una causa que contribuyó fue que el asegurado participara en una ocupación ilegal.
12. por cualquier pérdida sufrida o contraída en consecuencia de que la persona cubierta estuviera intoxicada o bajo la influencia de cualquier narcótico o alcohol, a menos que se administre por consejo de un médico o una droga ilegal. Se cubrirán los gastos de personas cubiertas lesionadas distintas a la persona que consume de manera incorrecta el alcohol o las drogas ilegales.
13. por el tratamiento de discapacidades de aprendizaje, modificación conductual o trastornos del desarrollo con la excepción del diagnóstico y el tratamiento de Trastornos del espectro autista; pruebas o entrenamiento para la educación o vocación; terapia del habla para algo más que una lesión traumática aguda o un defecto funcional; terapia de la vista incluyendo ejercicios de los ojos;

14. hecho por o en relación con cualquier confinamiento, o cualquier examen, o cualquier tratamiento quirúrgico, médico o de otro tipo, o cualquier servicio o suministro por los que se dan, pagan o exigen los beneficios por motivo de servicio en las fuerzas armadas de cualquier país; o
15. por tratamiento o servicios que se recibieron fuera de Estados Unidos, su protectorados, Canadá o México, excepto si el tratamiento es por una Emergencia médica; o
16. por la atención, el tratamiento, los servicios o suministros que no son respaldados de manera uniforme y profesional por la comunidad médica general como atención médica estándar; o
17. por procedimientos, tratamiento, servicios, suministros o medicamentos que se consideran tratamiento experimental o de investigación; o
18. por procedimientos, tratamiento, servicios, suministros o medicamentos que no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal de Estados Unidos; o
19. por los Cuidados de compañía o los cargos hechos por un Centro de cuidado de compañía; o
20. por un ingreso como paciente hospitalizado principalmente para revisiones físicas, observación y curas de reposo; o
21. por la diferencia entre la tarifa de habitación semiprivada y comida y de la tarifa por habitación privada y comida; o
22. por confinamiento por procedimientos y servicios no cubiertos bajo la Póliza; o
23. por cargos incurridos como un resultado de un ingreso como paciente hospitalizado de una situación que no es emergencia y que no amenaza la vida y que ocurre un sábado o un domingo; o
24. por servicios profesionales de una persona que normalmente reside en la casa del asegurado o es un familiar del asegurado. Para el propósito de este artículo la familia consiste en el Titular de la póliza, cónyuge, hijos, hermanos y hermanas y los padres del Titular de la póliza; o
25. por anestesia para procedimientos que no están cubiertos por la Póliza; o
26. por cargos para tratamiento o visitas médicas que conformadas solo por comunicación por teléfono; o
27. por aires acondicionados, purificadores de aire, humidificadores, almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente y otro equipo relacionado; o
28. por cargos de artículos de conveniencia, incluyendo televisión, teléfono, camas para visitas, etc.; o
29. por implantes de mama por motivos puramente cosméticos; o
30. por reversión de esterilización; o
31. fertilización in vitro, fertilización in vivo u otro procedimiento de inseminación médicamente asistida; o
32. incurrido por, o en relación con, servicios de operación y de otro tipo relacionados con la impotencia sexual; o
33. por anticonceptivos distintos a los anticonceptivos cubiertos según el beneficio de atención preventiva o el beneficio de medicamentos con receta; o
34. por aborto; o
35. por pruebas de paternidad; o
36. por dispositivos para monitoreo en casa de la actividad uterina; o

37. por servicios cosméticos excepto cuando se hacen para corregir a las deformidades según las siguientes circunstancias:
- a. como un resultado de una lesión accidental o enfermedad; o
  - b. reparación como resultado de anomalías congénitas y complicaciones o condiciones hereditarias, limitada a:
    - (1) Labio leporino o paladar hendido.
    - (2) Marcas de nacimiento en la cabeza o el cuello.
    - (3) Dedos de la mano o del pie palmípedos.
    - (4) Polidactilia en la mano o en los pies; o
  - c. por operación de reconstrucción de mama relacionada con una mastectomía médicamente necesaria que resultó de una enfermedad o lesión médica. Esto incluye operaciones reconstructiva en una mama en la que no se hizo una mastectomía para crear una apariencia simétrica; o
  - d. por servicios de reconstrucción que se hacen en estructuras del cuerpo para mejorar/restaurar deficiencias de la función corporal que resultan de enfermedad, trauma, anomalías congénitas o del desarrollo o procesos terapéuticos anteriores.

Para propósitos de esta exclusión, "cosmético" significa procedimientos y servicios relacionados que se hacen para modificar las estructuras del cuerpo para alterar la apariencia física de una persona.

38. por radiografías de rutina o exámenes de laboratorio, incluyendo radiografías dentales, a menos que sean necesarias en relación con los servicios necesarios para corregir el daño causado por una Lesión accidental o excepto por aquellos expresamente permitidos bajo el beneficio de Atención preventiva; o
39. por exámenes físicos de rutina y atención de control de niño sano, incluyendo pruebas de diagnóstico relacionadas a menos que el servicio se mencione específicamente como elegible en el Cuadro de beneficios; o
40. por servicios dentales, prótesis y radiografías dentales, a menos que se mencionen específicamente en el Cuadro de beneficios o gastos médicos cubiertos; o
41. por el tratamiento de enfermedad periodontal o periapical o cualquier otra condición médica (distinta a un tumor maligno) que incluya los dientes, el tejido o estructuras que los rodean, excepto por el tratamiento de lesión de los dientes naturales sanos debido a un accidente [y los beneficios dentales pediátricos que se mencionan específicamente bajo los gastos médicos cubiertos]; o
42. en relación con la prevención o corrección de maloclusión de las mandíbulas por frenos de alambre o cualquier otro tratamiento, a menos que se mencione específicamente en el Cuadro de beneficios; o
43. por los exámenes, pruebas y procedimientos relacionados con la corrección de la vista, incluyendo anteojos y lentes de contacto, a menos que se mencione específicamente en el Cuadro de beneficios; o
44. por queratotomías láser o radiales; o
45. por exámenes, pruebas y procedimientos relacionados con la corrección de la audición, incluyendo los aparatos auditivos; o
46. por la atención de callos, callosidades, juanetes o uñas de los dedos de los pies, excepto por procedimientos quirúrgicos relacionados; o
47. por reemplazo o eliminación de pelo; o
48. por viajes, recomendados o no por un médico; o

49. por exámenes premaritales o antes de un empleo que incluyen todas las pruebas de diagnóstico relacionadas; o
50. por orientación matrimonial; o
51. toda la comida, fórmula, vitaminas y suplementos nutricionales, o excepto como se disponga bajo los gastos médicos cubiertos para la nutrición parenteral o enteral; o
52. por tratamiento de rutina de la obesidad o servicios principalmente para pérdida o control de peso, a menos que se necesite como resultado directo de una condición médica o específicamente identificable y diagnosticada o la etiología de una enfermedad; o
53. los beneficios que superan 1 por toda la vida para y relacionados en cualquier manera con la operación para pérdida de peso, cirugía de bypass gástrico, cirugía bariátrica, cirugía de engrapado de estómago, bypass gástrica Roux-en-Y (RYGB) abierta/laparoscópica, Gastroplastía de banda vertical (VBG), Banda gástrica de silicona ajustable por laparoscopia (LASGB o Lap-Band) u operaciones o procedimientos similares; o
54. Los beneficios que superan uno por toda la vida para y relacionados en cualquier manera con la operación para pérdida de peso, operación de bypass gástrico, cirugía bariátrica, operación de engrapado de estómago, bypass gástrica Roux-en-Y (RYGB) abierta/laparoscópica, Gastroplastía de banda vertical (VBG), Banda gástrica de silicona ajustable por laparoscopia (LASGB o Lap-Band) u operaciones o procedimientos similares que no califican para gastos médicos cubiertos; o
55. por el cargo por medicamento con receta que no es elegible según el acuerdo entre el proveedor de recetas dentro de la red y la Compañía;
56. por los cargos por reemplazo, reparación o mantenimiento de equipo médico duradero o aparatos de prótesis o de ortótica a menos que se mencionen específicamente como cubiertos en otro lugar; o
57. por capacitación de biorretroalimentación; o
58. por musicoterapia o terapia de lectura; o
59. por hipnoterapia; o
60. por terapia recreacionales, incluyendo la rehabilitación cognitiva; o
61. por terapia ocupacional, excepto cuando esté confinado o en conjunto con la fisioterapia como paciente ambulatorio; o
62. por capacitación educativa o pruebas; o
63. por cualquier procedimiento de rehabilitación cardíaca que no se menciona específicamente como un gasto médico cubierto; o
64. por programas de mantenimiento o sin supervisión, o la compra o alquiler de equipo para ejercicios relacionado con la rehabilitación cardíaca; o
65. por cualquier procedimiento de trasplante de órganos o médula ósea humana que no se menciona específicamente como elegible bajo gastos médicos cubiertos o que se hacen fuera de la red
66. por cargos asociados con lesiones corporales accidentales que surgen de un accidente de vehículos automotores hasta el punto en el que estos servicios se paguen según una disposición de pago de gasto médico por cualquier póliza de seguro de automóvil e incluye un deducible de seguro de automóvil; o
67. en relación con un recién nacido de una hija dependiente; o

68. por los gastos de un donante en relación con un trasplante de órganos; o
69. por los beneficios que están disponibles al asegurado mediante cualquier extensión o continuación de los beneficios de cualquier póliza médica colectiva o plan médico colectivo o programa del asegurado; o
70. por gastos cubiertos o dispuestos por la Ley de Seguridad Social de EE. UU.; o
71. por el tratamiento irreversible de la Fase II por trastornos de la articulación temporomandibular y comparables. El tratamiento irreversible incluye, entre otros: equilibrar la oclusión, coronoplastía, ajuste oclusal; diapositivas o fotografías; medicamentos sin receta, vitaminas, suplementos nutricionales; ejercicios de estiramiento y de otro tipo; aerosoles para enfriar; terapia de calor húmeda; compresas calientes; masaje, manual o con máquina; acupuntura; compresas frías; tratamiento para la movilidad; cuestionarios sobre dietas; orientación nutricional; alquiler o compra de estimuladores eléctricos transcutáneos de nervios; visitas en el consultorio; radiografía de mordida periapical y radiografías de boca completa.
72. Titulación de la piel (Método Rinkle), pruebas de citotoxicidad (Prueba de Bryan), pruebas MAST (función respiratoria), autoinyecciones de orina, sensibilización bronquial u oral a alérgenos y prueba de provocación y neutralización de alergias.
73. Servicios de educación remedial, pruebas de educación o capacitación (incluyendo pruebas de inteligencia), o clases que cubran temas como manejo del estrés, crianza de los hijos y cambios de estilo de vida.
74. Acupuntura y otros servicios no tradicionales incluyendo, entre otros, tratamiento holístico y homeopático, yoga, terapia de masaje Reiki y terapia de Rolf.
75. Los servicios prestados por un familiar inmediato del asegurado; prestados por una persona que normalmente vive en la casa del asegurado; o que son de Cuidado de compañía/mantenimiento. La Compañía tiene el derecho de determinar qué servicios son de Cuidado de compañía/mantenimiento.
76. Los cargos que un Centro de vivienda con asistencia hace.
77. Por cualquier gasto médico cubierto que necesite una autorización previa y que se obtuviera sin una autorización previa.

## SECCIÓN 7. DISPOSICIONES SOBRE RECLAMOS Y APELACIONES

La Compañía determinará inicialmente si un reclamo se permitirá o se negará (determinación adversa de beneficios). La Compañía deberá retener la autoridad discrecional final por todas las determinaciones y preguntas de beneficios de la interpretación de la Póliza sujetas al derecho del asegurado a una revisión externa por el Director de Seguros o una Organización de Revisión Independiente registrada. Esta disposición se aplica solo donde la interpretación de esta Póliza se rige por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), 29 U.S.C. 1001 et seq.

La Compañía o el Administrador tercero determinara si se presentó suficiente información para la consideración apropiada del reclamo. Si no es así, puede que se pida más información al demandante. La Compañía se reserva el derecho de que un asegurado busque una segunda opinión médica.

Abajo hay una descripción sobre cómo la Compañía procesa los reclamos por beneficios. Un reclamo se define como cualquier pedido por un beneficio, hecho por un demandante o por un representante de un demandante, que cumple el procedimiento razonable de la Compañía para hacer reclamos de beneficios. Los tiempos mencionados son los tiempos máximos solamente. Un período de tiempo empieza en el momento en el que se presenta un reclamo. Las decisiones se tomarán en el plazo de un período de tiempo razonable apropiado a las circunstancias. "Días" significa días calendario.

Hay diferentes tipos de reclamos y cada uno tiene un horario específico para aprobación, pago, pedir más información o negación de un reclamo. Si tiene cualquier pregunta respecto a este procedimiento, comuníquese con el Administrador tercero.

Las definiciones del tipo de reclamo son:

### Reclamo de atención de urgencia

Un reclamo que incluye Atención de urgencia es cualquier reclamo por atención o tratamiento médico donde usar el horario por una determinación que no es de atención de urgencia podría poner seriamente en riesgo la vida o la salud del demandante; o la capacidad del demandante para volver a ganar máxima función; o en la opinión del médico que atiende o consulta, pondría al demandante en dolor severo que podría no manejarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es el tema del reclamo.

Un médico con el conocimiento de la condición médica del demandante puede determinar si un reclamo incluye Atención de urgencias. Si no hay ningún médico, una persona que actúa en nombre de la Compañía que aplica el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina puede hacer la determinación.

En el caso de un reclamo que incluye la Atención de urgencias, se aplica el siguiente horario:

Aviso al demandante de la determinación del beneficio	24 horas
Información insuficiente sobre el reclamo, o no seguir el procedimiento de la Póliza sobre cómo presentar un reclamo:	
Aviso al demandante, oralmente o por escrito	24 horas
Respuesta al demandante, oralmente o por escrito	48 horas
Determinación del beneficio, oralmente o por escrito	48 horas

Si hay una determinación adversa del beneficio sobre un reclamo que incluye Atención de urgencias, el demandante puede enviar una solicitud para una apelación acelerada oralmente o por escrito. Toda la información necesaria, incluyendo la determinación del beneficio de la Compañía en revisión, puede enviarse entre la Compañía y el demandante por teléfono, fax u otro método acelerado similar.

### **Reclamo antes del servicio**

Un reclamo antes del servicio significa cualquier reclamo por un beneficio bajo esta Póliza donde la Póliza condiciona la recepción de un beneficio, por completo o en parte, la aprobación por adelantado de obtener la atención médica. Estos son, por ejemplo, reclamos sujetos a la determinación previa de los beneficios o la certificación previa. Consulte la sección de Administración de costos de este folleto para obtener más información sobre los reclamos antes del servicio.

En caso de un reclamo antes del servicio, se aplica el siguiente horario:

Aviso al demandante de la determinación del beneficio	15 días
Extensión debido a asuntos fuera del control de la Compañía	15 días
Información insuficiente del reclamo:	
Notificación de	15 días
Respuesta por el demandante	45 días
Aviso, oral o por escrito, de no seguir esta Póliza procedimientos para presentar un reclamo	5 días

Cursos de continuo de tratamiento:

Reducción o rescisión antes del final del tratamiento	15 días
Solicitud para extender el curso de tratamiento	15 días
Revisión de la determinación adversa del beneficio	30 días
Reducción o rescisión antes del final del tratamiento	15 días
Solicitud para extender el curso de tratamiento	15 días

### **Reclamo después del servicio**

Un reclamo después del servicio significa cualquier reclamo por un beneficio de la Póliza que no es un reclamo que incluye Atención de urgencias o un reclamo antes del servicio; en otras palabras, un reclamo que es una solicitud por el pago bajo la Póliza por los servicios médicos cubiertos ya cubiertos por el demandante.

En el caso de un reclamo después del servicio, se aplica el siguiente horario:

Aviso al demandante de la determinación del beneficio	20 días
Extensión debido a asuntos fuera del control de la Compañía	15 días
Extensión debido a información insuficiente del reclamo	15 días
Respuesta por el demandante después del aviso de información insuficiente	45 días
Revisión de la determinación adversa del beneficio	60 días

### **PROCEDIMIENTOS DE QUEJA FORMAL**

Si el asegurado tiene una queja formal con la Compañía o su administrador tercero,

- a. Llame a la Compañía a [800-211-1534], o
- b. Comuníquese con la Compañía por escrito:  
[Claim Manager, Grievances, Appeals and Complaints  
US Health and Life Insurance Company  
8220 Irving Road  
Sterling Heights, MI 48312  
Fax: 586-693-4820]

El asegurado tiene los siguientes derechos:

#### Aviso al asegurado

En el momento del aviso de una queja formal de un asegurado, la Compañía dará un aviso oportuno, adecuado y apropiado a cada persona asegurada de:

1. El procedimiento de queja formal necesario bajo la ley de Indiana;
2. El procedimiento de queja formal externa necesario bajo la ley de Indiana;
3. la información de cómo presentar una queja formal y una solicitud para una revisión de queja formal externa permitida según la ley de Indiana; y
4. Un teléfono de llamada sin costo mediante el que un asegurado puede comunicarse con la Compañía sin costo para el asegurado para obtener información y presentar quejas formales.

La información incluirá el teléfono para llamada sin costo y la dirección en la que se puede presentar a la Compañía una queja formal o una solicitud para una revisión de queja formal externa.

#### Presentación de una queja formal

1. El asegurado puede presentar una queja formal, oralmente o por escrito.
2. La Compañía hará disponible al asegurado un teléfono para llamadas sin costo mediante el que se puede presentar una queja formal. El teléfono para llamadas sin costo contará con personal por un representante calificado de la Compañía, disponible por lo menos cuarenta (40) horas por semana durante el horario laboral normal y que acepta quejas formales en los idiomas de los principales grupos poblacionales que la Compañía atiende.
3. Se considera que se presenta una queja formal en la primera fecha en la que se recibe, por teléfono o por escrito.

#### Resolución de las quejas formales

1. La Compañía tiene políticas y procedimientos por escrito para la resolución oportuna de las quejas formales, incluyendo:
  - A. Un reconocimiento de la queja formal, oral o por escrito, al asegurado en el plazo de cinco (5) días laborables después de la recepción de la queja formal.
  - B. La documentación del contenido de la queja formal y cualquier acción que se tomó.
  - C. Una investigación del contenido de la queja formal, incluyendo cualquier aspecto relacionado con la atención clínica.
  - D. Aviso al asegurado de la disposición de la queja formal y el derecho a apelar.
  - E. Los estándares de idoneidad para acomodar la urgencia clínica de la situación incluirán responder a las quejas formales y dar un aviso al asegurado de la disposición de la queja formal y el derecho a apelar.
2. La Compañía nombrará a por lo menos una (1) persona para resolver una queja formal.
3. Una queja formal se debe resolver tan pronto como sea posible, pero no más de veinte (20) días laborables después de que la Compañía reciba toda la información razonablemente necesaria para completar la revisión. Si la Compañía no puede tomar una decisión sobre la queja formal en el plazo de un período de veinte (20) días debido a las circunstancias fuera de su control, la Compañía deberá:
  - A. Antes del día laborable número 20, notificar al asegurado por escrito del motivo para el retraso; y
  - B. Expedir una decisión por escrito respecto a la queja formal en un plazo de diez (10) días laborables.
4. La Compañía notificará por escrito al asegurado de la resolución de una queja formal en el plazo de cinco (5) días laborables después de completar una investigación. El aviso de resolución de una queja formal debe incluir:
  - A. Una declaración de esta decisión.
  - B. Una declaración de los motivos, políticas y procedimientos que son la base de la decisión.
  - C. Aviso al asegurado de su derecho a apelar la decisión.

- D. El departamento, la dirección y el teléfono mediante el que el asegurado puede comunicarse con un representante calificado para obtener más información sobre la decisión o el derecho de apelar.

#### Resolución de las apelaciones de quejas formales

1. La Compañía o el Administrador tercero tiene políticas y procedimientos por escrito para la resolución oportuna de las apelaciones de las decisiones sobre quejas formales, incluyendo:
  - A. Reconocimiento por escrito u oral de la apelación no más de cinco (5) días laborables después de que se presenta la apelación.
  - B. Documentación del contenido de la apelación y las acciones que se tomaron.
  - C. Investigación del contenido de la apelación, incluyendo cualquier aspecto de la atención clínica implicada.
  - D. Aviso al asegurado de la disposición de una apelación y que el asegurado puede tener el derecho a más medidas permitidas por la ley.
  - E. Los estándares de idoneidad para acomodar la urgencia clínica de la situación incluirán responder a la apelación, dar un aviso al asegurado de la disposición de una apelación y derecho de iniciar una revisión externa de la queja formal.
2. En el caso de una apelación de una decisión de una queja formal descrita aquí, la Compañía nombrará a un panel de una (1) o más personas calificadas para resolver una apelación. El panel debe incluir un (1) o más personas que:
  - A. tienen conocimiento de la condición médica, el procedimiento o el tratamiento en cuestión;
  - B. están autorizadas en la misma profesión y tienen una especialidad similar como el proveedor que propuso o dio el procedimiento, el tratamiento o el servicio de atención médica;
  - C. no participan en el asunto que da lugar a la apelación o en la investigación inicial de una queja formal; y
  - D. no tienen una relación comercial directa con el asegurado o el proveedor de atención médica que antes se recomendó en el procedimiento, tratamiento o servicio de atención médica que da lugar a la queja formal.
3. Una apelación de una decisión de queja formal se debe resolver:
  - A. tan pronto como sea posible, reflejando la urgencia clínica de la situación; y
  - B. no más de cuarenta y cinco (45) días después de que se presente la apelación.
4. la Compañía permitirá al asegurado la oportunidad presentarse frente a, o si no puede presentarse en persona, comunicarse apropiadamente con el panel nombrado bajo la subsección 2. arriba.
5. La Compañía notificará por escrito al asegurado de la resolución de una apelación de una queja formal en el plazo de cinco (5) días laborables después de completar la investigación. El aviso de resolución de una apelación debe incluir:
  - A. Una declaración de la decisión a la que llegó la Compañía o su Administrador tercero.
  - B. Una declaración de los motivos, políticas y procedimientos que son la base de la decisión.
  - C. Aviso del derecho de asegurado de otras medidas que la ley permite, incluyendo el derecho a una revisión externa de la queja formal por una organización de revisión independiente.
  - D. El departamento, la dirección y el teléfono mediante el que el asegurado puede comunicarse con un representante calificado para obtener más información sobre la decisión o el derecho de una revisión externa de queja formal.

Una determinación adversa de beneficio incluye una negación, reducción o rescisión de, o no poder dar o hacer un pago, (completo o en parte) por un beneficio, incluyendo cualquier negación, reducción, rescisión o no dar o hacer un pago basándose en:

1. una determinación de la elegibilidad de una persona para participar en un Plan o cobertura de seguro médico;
2. una determinación que un beneficio no es un beneficio cubierto;

3. la imposición de una exclusión de una condición médica preexistente, una exclusión por origen de la lesión, exclusión de la red u otra limitación de beneficios de otra manera cubiertos;
4. una determinación de que un beneficio es experimental, una investigación o no es médicamente necesario o apropiado; o
5. una rescisión de la cobertura.

Una determinación adversa de un beneficio se aplica a reclamos antes del servicio y después del servicio.

Excepto con los reclamos de Atención de urgencias, cuando el aviso puede ser oral seguido por un aviso por escrito o electrónico en el plazo de tres días desde el aviso oral, el Administrador tercero dará un aviso por escrito o electrónico de una determinación adversa del beneficio. El aviso declarará, en una forma calculada para que el demandante la entienda:

1. El motivo o los motivos específicos de una determinación adversa.
2. Referencia a las disposiciones específicas de la Póliza sobre la que se basó la determinación.
3. Una descripción de cualquier otro material o información necesario para que el demandante perfeccione el reclamo y una explicación de por qué ese material o información es necesario.
4. Una descripción de los procedimientos de revisión de la Compañía, incorporando cualquier procedimiento de apelación voluntaria que la Compañía ofreció y los límites que se aplican a estos procedimientos. Esto incluirá una declaración del derecho del demandante de presentar una demanda civil según la sección 502 de ERISA después de una determinación adversa de beneficio en revisión.
5. Una declaración de que el demandante tiene derecho a recibir, cuando se solicite y sin costo, un acceso razonable a, y copias de, todos los documentos, expedientes y otra información relevante al reclamo. "Puede tener otras alternativas voluntarias de disputa, como la mediación. Una manera de averiguar lo que puede estar disponible es comunicarse con su Departamento de Trabajo de EE. UU."
6. Si la determinación adversa de beneficio se basó en una regla, directriz, protocolo u otro criterio similar interno, la regla, directriz, protocolo o criterio específico se dará sin costos. Si esto no es práctico, se incluirá una declaración de que se dependió de esa regla, directriz, protocolo o criterio al tomar esa determinación adversa de beneficio y se dará una copia sin costo al demandante cuando se solicite.
7. Si la determinación adversa del beneficio se basa en la necesidad médica o el tratamiento experimental o de investigación o por exclusión o límite similar, se dará una explicación del juicio científico o clínico para la determinación y la aplicación de los términos de esta Póliza a las circunstancias médicas del demandante. Si esto no es práctico, se incluirá una declaración de que se dará esta explicación sin costo y cuando se solicite.
8. El aviso será en una manera cultural y lingüísticamente apropiada y se dará al demandante los procesos de apelación interna o externa disponibles y la disponibilidad de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguro médico aplicable o de defensoría establecidas para ayudar con los procesos de apelación.

El plan dará, sin costo, cualquier otra evidencia o nueva que se consideró para la determinación adversa de beneficios. Se dará tan pronto como sea razonablemente posible y con suficiente antelación de la fecha del aviso de determinación adversa de beneficio bajo revisión para dar a un demandante una oportunidad razonable para responder antes de esa fecha. Además, antes de que la Compañía pueda expedir una determinación adversa de beneficio bajo revisión basándose en un nuevo u otro fundamento, se le debe dar al demandante el fundamento, sin costo. El fundamento se dará tan pronto como sea razonablemente posible y con suficiente antelación de la fecha del aviso

de determinación adversa de beneficio bajo revisión para dar a un demandante una oportunidad razonable para responder antes de esa fecha.

El plan se asegurará de que todos los reclamos y las apelaciones se adjudiquen en una manera diseñada para garantizar la independencia y la imparcialidad de la persona que incluye tomar la decisión. Para evitar los conflictos de interés, las decisiones relacionadas con la contratación, la remuneración, la terminación, la promoción y asuntos similares con respecto a cualquier persona, como un adjudicador de un reclamo o un experto médico, no se puede basar en la probabilidad de que la persona apoyará el rechazo del beneficio.

Si el plan no se adhiere estrictamente a todos los requisitos de los procesos de reclamos internos y de apelaciones con respecto a un reclamo, se considerará que el demandante agotó el proceso de reclamos internos y apelaciones, y se le permite iniciar una revisión externa o judicial.

#### **Requisitos del procedimiento de queja formal externa**

1. Un procedimiento de queja formal externa establecido bajo la ley de Indiana debe:
  - A. Permitir al asegurado o al representante del asegurado que presente una solicitud por escrito con la Compañía para una revisión externa de una queja formal de nuestra resolución de apelación o el rechazo de la cobertura basándose en una exención de no más de 120 días después de que se avise al asegurado de la resolución; y
  - B. Dar una revisión acelerada externa de una queja formal para una queja formal relacionada con una enfermedad, un malestar, una condición, una lesión o una discapacidad si el marco de tiempo para una revisión estándar pondría en serio peligro la vida o la salud o la capacidad del asegurado de lograr y mantener la máxima función o una revisión externa estándar de una queja formal para una queja formal que no se describe aquí.

El asegurado no puede presentar más de una (1) queja formal externa a nuestra resolución de apelaciones bajo la sección.

2. Sujeta los requisitos de la subsección (d), cuando una solicitud se presenta según la subsección (a), la Compañía deberá:
  - A. Seleccionar una organización de revisión independiente diferente para cada queja formal externa presentada aquí de la lista de organizaciones de revisión independiente certificadas por el Departamento de Seguros; y
  - B. Rotar la elección de una organización de revisión independiente entre todas las organizaciones de revisión independientes antes de repetir una selección.
3. La organización de revisión independiente que se eligió bajo la subsección (b) asignará a un profesional de revisión médica que está certificado por la Junta en la especialidad que se aplica para la resolución de una queja formal externa.
4. La organización de revisión independiente y el profesional médico de revisión que hace la revisión externa bajo este capítulo no puede tener una afiliación material profesional, familiar, financiera o de otro tipo con cualquiera de las siguientes:
  - A. La Compañía.
  - B. Cualquier representante, director o empleado de la administración de la Compañía.
  - C. El proveedor de atención médica o del grupo de médicos del proveedor de atención médica que propone el servicio.
  - D. El centro en el que se prestaría el servicio.
  - E. El desarrollo o fabricación del medicamento, dispositivo, procedimiento u otra terapia principal que el proveedor de atención médica tratante propone.
  - F. La persona asegurada que pide la revisión de queja formal externa.

Sin embargo, el profesional de la revisión médica puede tener una afiliación bajo la que el profesional de revisión médica presta los servicios de atención médica al asegurado y la Compañía o el administrador tercero puede tener una afiliación que se limita a los privilegios del

personal en el centro médico, si la afiliación se revela al asegurado y a la Compañía o el administrador tercero antes de comenzar la revisión y ni el asegurado ni la Compañía lo objeta.

5. El asegurado no pagará ninguno de los costos asociados con los servicios de una organización de revisión independiente. La Compañía debe pagar todos los costos.

### **Derechos y deberes**

1. Un asegurado que presenta una queja formal externa según la póliza:
  - A. No deberá estar sujeto a represalias por ejercer el derecho del asegurado de una queja formal externa según la póliza;
  - B. Deberá tener permiso para usar la ayuda de otras personas, incluyendo los proveedores de atención médica, abogados, amigos y familiares durante el proceso de revisión;
  - C. Tendrá permiso de enviar más información relacionada con el servicio propuesto durante el proceso de revisión; y
  - D. Cooperará con la organización de revisión independiente al dar cualquier información médica que se pide o autorizar la revelación médica necesaria.
2. La Compañía cooperará con una organización de revisión independiente seleccionada al dar inmediatamente cualquier información que pida la organización de revisión independiente.

### **Determinación por organizaciones de revisión**

1. Una organización de revisión independiente deberá:
  - A. Para una queja formal externa acelerada presentada bajo la póliza, en el plazo de setenta y dos (72) horas después de que se presenta la queja formal externa; o
  - B. Para una apelación estándar presentada bajo la póliza, en el plazo de 15 días laborables después de que se presenta la apelación;
  - C. Hacer una determinación para mantener o revertir la resolución de apelación de la Compañía basándose en la información recopilada del asegurado o el designado del asegurado, la Compañía y el proveedor de atención médica tratante, y cualquier información más que la organización independiente de revisión considere necesaria y apropiada.
2. Cuando se hace la determinación, la organización independiente de revisión deberá aplicar:
  - A. Los estándares de toma de decisión que se basan en evidencia clínica objetiva; y
  - B. Los términos de la póliza de seguros de accidente y de enfermedad del asegurado.
3. En una queja formal externa descrita arriba, la Compañía tiene la carga de probar que la Compañía rechazó apropiadamente la cobertura de una condición médica, complicación, servicio o tratamiento porque la condición médica, complicación, servicio o tratamiento está directamente relacionada con una condición médica para la que se rescindió la cobertura.
4. La organización de revisión independiente notificará a la Compañía y al asegurado de la determinación que se hizo bajo esta sección:
  - A. Para una queja formal acelerada presentada bajo la póliza, en el plazo de setenta y dos (72) horas después de que se presente una queja formal externa; y
  - B. Para una queja formal estándar presentada bajo la póliza, en el plazo de 72 horas después de que se tome una determinación.

La decisión de una organización de revisión independiente es vinculante para la Compañía y su administrador tercero.

### **Presentación de nueva información**

1. Si, en cualquier momento durante una revisión externa hecha bajo esta póliza, el asegurado presenta la información a la Compañía o su administrador tercero que es relevante a Nuestra resolución de la apelación de una decisión de queja formal del asegurado y que no se consideró por la Compañía según los procedimientos internos de queja formal:
  - A. la Compañía puede reconsiderar la resolución; y

- B. si la Compañía elige reconsiderar, la organización de revisión independiente terminará el proceso de revisión externa hasta que se complete la reconsideración.
2. La Compañía deberá reconsiderar la resolución de una apelación de una decisión de queja formal debido a la presentación de información bajo la subsección (a) y deberá reconsiderar la resolución basándose en la información y notificar al asegurado de nuestra decisión en el plazo de 72 horas después de que se presenta la información, para una reconsideración relacionada con una enfermedad, un malestar, una condición, una lesión o una discapacidad que pondría en serio riesgo la vida o la salud o la capacidad de alcanzar y mantener la máxima función de la Persona asegurada o en el plazo de 15 días después de que se presente la información, para una reconsideración que no se describe arriba.
  3. Si la decisión a la que se llegó bajo la subsección 2. es adversa para el asegurado, el asegurado puede pedir que la organización de revisión independiente reanude la revisión externa bajo la póliza.
  4. Si, según la información que la Compañía presentó o su administrador tercero bajo la subsección 1. A arriba, el asegurado elige no reconsiderar Nuestra resolución, la Compañía reenviará la información presentada a una organización de revisión independiente no más de dos días laborables después de que la Compañía reciba la información.

Una **Queja formal** significa una insatisfacción expresada por o en nombre del asegurado con respecto a:

1. una determinación de que un servicio o un servicio propuesto no es apropiado o médicamente necesario;
2. una determinación de que un servicio o un servicio propuesto es experimental o de investigación;
3. la disponibilidad de los proveedores participantes;
4. el manejo del pago de los reclamos por servicios de atención médica; o
5. nuestra decisión de rescindir este contrato; o
6. una determinación relacionada con una solicitud de autorización previa según IC 27-1-37.5 y para la que el asegurado tiene una expectativa razonable de que la acción se tomará para resolver o reconsiderar el asunto que es el tema de la insatisfacción.

## **AVISO**

**Las preguntas respecto a su póliza o su cobertura deberían enviarse a:**

**US Health and Life Insurance  
Company [1-800-211-1534]**

Si (a) necesita ayuda de la agencia de gobierno que regula el seguro; o (b) tiene una queja que no ha podido resolver con su aseguradora, puede comunicarse con el Departamento de Seguros por correo, teléfono o correo electrónico:

Departamento de Seguros del  
Estado de Indiana [División de  
Servicios al Consumidor  
311 West Washington Street,  
Suite 300  
Indianapolis, IN 46204]

[Línea directa del consumidor: (800) 622-4461; (317) 232-2395]  
Las quejas pueden presentarse electrónicamente en [[www.in.gov/doi](http://www.in.gov/doi)].

## SECCIÓN 8. DISPOSICIONES ESTÁNDAR

### Contrato completo; cambios

Esta póliza, incluyendo los anexos y respaldos que se aplican; la solicitud para cobertura si las especifica el seguro; la tarjeta de identificación si lo especifica el asegurador; y los papeles adjuntos, si los hay, constituyen el contrato completo del seguro. Ningún cambio en esta póliza es válido hasta que lo apruebe un director ejecutivo del seguro y a menos que la aprobación esté respaldada en esta póliza o se adjunte a esta póliza. Un productor de seguro no tiene la autoridad de cambiar esta póliza o renunciar a cualquiera de sus disposiciones.

### Tiempo límite sobre ciertas defensas

Después de 2 años desde la fecha de entrada en vigor de cobertura ninguna declaración errónea excepto fraude o falsa representación intencional de hechos materiales, hechos por el solicitante en la solicitud de cobertura se usará para anular la cobertura o rechazar un reclamo por la pérdida incurrida o la discapacidad que empieza después del final del período de 2 años. Debemos dar un aviso de 30 días de la rescisión o cancelación de la cobertura a cualquier persona afectada. El aviso incluirá el motivo de la rescisión o la cancelación. Esta póliza no tiene una exclusión de condición médica preexistente.

### Reincorporación

Si la prima no se paga durante el período de gracia, se cancelará este contrato. Para volver a inscribirse, usted debe tener un evento desencadenante para una oportunidad de Inscripción especial o esperar hasta la siguiente Inscripción abierta.

### Conformidad con la ley aplicable

Cualquier disposición de la Póliza que, en su fecha de entrada en vigor, esté en conflicto con una ley federal aplicable, se enmienda para ajustarse con los requisitos mínimos de esa ley.

### Si recibe servicios médicos cubiertos de un proveedor de la red

Pagamos directamente a los proveedores de la Red por sus gastos médicos cubiertos. Si un proveedor de la Red le factura cualquier gasto médico cubierto, comuníquese con nosotros. Sin embargo, si es responsable por cumplir cualquier deducible aplicable y por pagar cualquier copago y coseguro necesario a un proveedor de la red en el momento del servicio, o cuando recibe una factura del proveedor.

### Si recibió los servicios médicos cubiertos de un proveedor que no está en la red

Esta Póliza no paga los beneficios por los gastos médicos cubiertos de un proveedor que no está en la red, excepto por una Emergencia o si lo remitimos a un proveedor que no está en la red. Es responsable por pedir el pago de nosotros. Debe presentar el reclamo en un formato que contiene toda la información que necesitamos, como se describe abajo.

### Aviso de reclamo

Nos debe dar un aviso por escrito del reclamo en el plazo de 20 días después que ocurra o comience cualquier pérdida cubierta por la póliza, o tan pronto después de que sea razonablemente posible. El aviso que nos da en nombre del asegurado o del beneficiario, o a cualquiera de Nuestros agentes autorizados con información suficiente para identificar al asegurado, se considerará un aviso a Nosotros.

### Prueba de pérdida

Se debe dar a la Compañía la prueba un reclamo por escrito en el plazo de 90 días desde la fecha en la que se incurrió en el gasto o tan pronto como sea razonablemente posible.

Después de recibir un aviso por escrito del reclamo, la Compañía dará al demandante los formularios para presentar una prueba del reclamo. Si no se dan los formularios en el plazo de 15 días después de que el aviso por escrito del reclamo se presentó, se considerará que el demandante cumplió el requisito de presentar una prueba del reclamo debido a la presentación del aviso por escrito del reclamo.

Se debe dar a la Compañía la prueba un reclamo por escrito para finales del Año del plan después del Año del plan en el que se incurrió el gasto. Sin embargo, cuando la cobertura del asegurado se termina por cualquier motivo, se debe dar a la Compañía la prueba por escrito del reclamo en el plazo de 60 días desde la fecha de cancelación de la cobertura, siempre que la Póliza permanece en vigor. La Compañía

pagara oportunamente los reclamos cuando reciba la prueba completa por escrito. Cuando se cancele la Póliza, se deberá recibir los reclamos finales en el plazo de 30 días desde la cancelación.

No dar esa prueba en el plazo del tiempo exigido no invalidará ni reducirá ningún reclamo si se muestra que no ha sido razonablemente posible dar esa prueba en el plazo de tiempo requerido y que se dio la prueba tan pronto como sea razonablemente posible pero no más tarde de 1 año desde el momento en el que la prueba del reclamo se necesita de otra manera.

Para los cargos que se aplican para cubrir la cantidad de un deducible, la fecha de la pérdida significará la fecha cuando la suma de los cargos sea igual a la cantidad del deducible. Para otros cargos, la fecha de la pérdida significará la fecha en la que se incurrió el cargo.

En caso de que se rechace un reclamo, y el asegurado apele este rechazo, la Compañía no estará obligada a pagar ninguna parte de ese reclamo hasta que se llegue a una determinación final según el procedimiento de apelación de reclamos.

La Compañía tendrá el derecho (a su propio costo) de exigir a un demandante que pase por un examen físico cuando y tan frecuente como sea razonable.

#### Información necesaria

Cuando nos pide el pago de los beneficios, usted debe darnos toda la siguiente información:

1. Nombre y dirección del Titular de la póliza.
2. El nombre y la edad del paciente.
3. El número que se menciona en su tarjeta de identificación.
4. El nombre y la dirección del proveedor de los servicios.
5. El nombre y la dirección de cualquier médico que lo ordena.
6. Un diagnóstico de un médico.
7. Una factura desglosada de su proveedor que incluya los códigos de Terminología Actual de Procedimientos (CPT) o una descripción de cada cargo.
8. La fecha en la que la Lesión o la Enfermedad empezó.
9. Una declaración que indique si está, o no, inscrito para cobertura bajo cualquier otro plan o programa de seguro médico. Si usted está inscrito para otra cobertura debe incluir el nombre de las otras aseguradoras.

Debería presentarnos la información arriba a la dirección en su tarjeta de identificación. Cuando presente un reclamo por Beneficios de medicamentos con receta para paciente ambulatorio, debería presentar sus reclamos a:

[Nombre  
Dirección  
Ciudad, estado, código postal]

#### Pago de cualquier reclamo

El pago de cualquier reclamo se hará a la persona que presta los servicios, a menos que el asegurado cubra las facturas pagadas con su prueba de reclamo. Si el asegurado muere antes que se paguen todos los beneficios, puede que el resto de los beneficios se paguen a cualquier familiar del asegurado o a cualquier persona o corporación que a la Compañía le parezca que tiene derecho a los pagos. La Compañía liberará su responsabilidad con esos pagos.

#### Momento del pago de reclamo

Los reclamos que se hacen por las indemnidades dispuestas según la Póliza se considerarán pagadera inmediatamente al recibir la debida prueba de pérdida.

#### Apelación de reclamos

Si se rechaza un reclamo por completo o en parte, el asegurado recibirá un aviso por escrito de la decisión. La Compañía dará explicación de la hoja de trabajo de los beneficios que muestra el cálculo de la cantidad total que se paga, los cargos que no se pagan y el motivo por el que no se pagarán. Un asegurado puede pedir una revisión al presentar una solicitud por escrito con la Compañía que luego revisará el reclamo y dará copias de todos los documentos y todos los motivos y hechos que se relacionan a la decisión. El asegurado entonces puede apelar formalmente la decisión al presentar una solicitud por escrito a la Compañía declarando su opinión sobre los problemas y otros comentarios. Esta

apelación se debe presentar en el plazo de 60 días desde la recepción de un aviso por escrito del rechazo. La Compañía expedirá una decisión en el plazo de 60 días desde la recepción de la solicitud por escrito del asegurado a menos que las circunstancias especiales exijan una extensión. La decisión de la Compañía terminará el procedimiento de apelación según la Compañía.

#### Examen físico y autopsia

La Compañía, por su cuenta, tendrá el derecho y la oportunidad de hacer que un médico designado por la Compañía examine a la persona o a cualquier persona de quien la lesión o la enfermedad es la base de un reclamo cuando y con tanta frecuencia como sea razonablemente necesario mientras que un reclamo esté pendiente según la Póliza y hacer una autopsia en caso de muerte, donde no lo prohíba la ley.

#### Acción legal

No se presentará ninguna acción legal o de igualdad para recuperar la Póliza antes del vencimiento de 60 días después de que se dé una prueba de pérdida por escrito, de acuerdo con los requisitos de la Póliza. No se presentará una acción después del vencimiento de 5 años después del momento en el que se necesite que se presente la prueba de pérdida por escrito.

#### Compensación de los trabajadores

Esta Póliza no sustituye y no afecta cualquier requisito para la cobertura por el seguro de Compensación de los trabajadores.

#### Pruebas genéticas

La cobertura no está limitada basándose en las pruebas genética. No ajustaremos las primas, pediremos o exigiremos pruebas genéticas o recopilaremos información genética de una persona en cualquier momento para propósitos de cobertura.

## SECCIÓN 9. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS CON OTRA COBERTURA

La disposición de la Coordinación de beneficios (COB) se aplica cuando una persona tiene una cobertura de atención médica bajo más de un plan. El plan se define abajo.

Las reglas de la orden de la determinación del beneficio rigen la orden en la que cada plan pagará un reclamo por beneficios. El plan que paga primero se llama el plan primario. El plan primario deberá pagar los beneficios de acuerdo con los términos de su póliza sin importar la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos de los gastos. El plan que paga después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes no superen 100% del gasto permitido.

### A. Definiciones

1. Un plan es cualquiera de los siguientes que da un beneficio o servicios por atención o tratamiento médico o dental. Si se usan contratos separados para dar una cobertura coordinada para los miembros de un grupo, los contratos separados se consideran partes del mismo plan y no hay un COB entre esos contratos separados.
  - a. El plan incluye:
    - (1) contratos de seguros colectivos y de suscriptor
    - (2) los contratos de seguros no colectivos que entraron en vigor en o después del 1 de enero de 2014
    - (3) contratos de organización para el mantenimiento de la salud (HMO)
    - (4) panel cerrado u otras formas de cobertura colectiva o similar a cobertura colectiva (ya sea asegurado o sin seguro)
    - (5) los componentes de atención médica de contratos de atención médica a largo plazo, como la Atención de enfermería especializada
    - (6) Medicare o cualquier otro plan de gobierno federal, como lo permita la ley.
  - b. El plan no incluye:
    - (1) la cobertura de indemnidad del hospital u otra cobertura de indemnidad fija
    - (2) cobertura por accidente solamente
    - (3) cobertura por enfermedad o accidente especificados
    - (4) los beneficios por componentes que no son médicos de las pólizas de atención médica a largo plazo
    - (5) Pólizas suplementarias de Medicare
    - (6) Pólizas de Medicaid
    - (7) cobertura bajo otros planes de gobierno federal, a menos que lo permita la ley.

Cada contrato por cobertura bajo a o b arriba es un plan separado. Si un plan tiene dos partes y reglas de COB se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes se trata como un plan separado.

2. Este Plan significa, en una disposición de COB, la parte del contrato que presta los beneficios de atención médica a los que se aplican las disposiciones de COB y que se puede reducir por los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que da los beneficios de atención médica es separada de este plan. Un contrato puede aplicar una disposición de COB a ciertos beneficios, como beneficios dentales, coordinar solo con beneficios similares y puede aplicarse otra disposición de COB para coordinar otros beneficios.
3. El orden de las reglas 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, determina el pago de sus beneficios primero, antes que aquellos de cualquier otro plan sin considerar los beneficios de cualquier otro plan. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del plan no superen 100% de los gastos totales permitidos.

4. El gasto permitido es un gasto de atención médica, incluyendo los deducibles, el coseguro y los copagos, que se cubre por lo menos en parte por cualquier plan que cubre a la persona. Cuando un plan da beneficios en forma de servicios, el valor de dinero en efectivo razonable de cada servicio se considerará un gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no cubre ningún plan que cubre a la persona es un gasto no permitido. Además, cualquier gasto que un proveedor, por ley o de acuerdo con el contrato, no puede cobrar a una persona cubierta no es un gasto permitido. Los siguientes son ejemplos de gastos no permitidos:
  - a. La diferencia entre el costo de una habitación de hospital semiprivada y una habitación de hospital privada es un gasto no permitido, a menos que uno de los planes dé cobertura para gastos por habitación de hospital privada.
  - b. Si una persona está cubierta por dos planes o más que suman sus pagos de beneficios basándose en los cargos de costumbre y habituales o el valor relativo de la metodología de programa de reembolso u otra metodología similar de reembolso, cualquier cantidad que supere la cantidad de reembolso más alta por un beneficio específico no es un gasto permitido.
  - c. La cantidad de cualquier reducción de beneficio por el plan primario porque una persona cubierta no cumplió las disposiciones del plan es un gasto no permitido. Los ejemplos de estos tipos de disposiciones del plan incluyen una segunda opinión quirúrgica, la certificación previa de ingresos y los arreglos con proveedores preferidos.
5. El plan de panel cerrado es un plan que da beneficios de atención médica a personas cubiertas principalmente en la forma de servicios mediante un panel de proveedores con contrato o que son empleados del plan, y eso excluye la cobertura por los servicios prestados por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o la remisión por un miembro del panel.
6. El padre/madre tutelar es el padre/madre al que un decreto del tribunal da la tutela o, en ausencia de un decreto del tribunal, el padre/madre con el que reside el hijo por más de la mitad del año calendario, excluyendo cualquier visita temporal.

#### **B. Orden de las reglas de determinación de beneficios**

Cuando dos o más planes cubren a una persona, las reglas para determinar el orden de los pagos de beneficios son los siguientes:

1. El plan primario paga o da sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin importar los beneficios bajo cualquier otro plan.
2.
  - a. Excepto como se dispone en el párrafo (b), un plan que no incluye una disposición de la coordinación de los beneficios que es congruente con esta reglamentación siempre es primaria a menos que las disposiciones en ambos planes digan que el plan diligente es el primario.
  - b. La cobertura que se recibe debido a la membresía en un grupo que está diseñado para suplementar una parte del paquete básico de beneficios y dispone que esta cobertura suplementaria superará a cualquier otra de las partes del plan que el titular del contrato dispone. Los ejemplos de estos tipos de situaciones son coberturas de seguros médicos mayores superpuestas sobre los beneficios de hospital y quirúrgicos del plan base, y las coberturas del tipo de seguros que están por escrito en relación con un plan de panel cerrado para dar beneficios fuera de la red.
3. Un plan puede considerar los beneficios pagados o que otro Plan da en calcular los pagos de sus beneficios solo cuando es secundario a ese otro Plan.
4. Cada plan determina su orden de los beneficios usando la primera de las siguientes reglas que se aplican:

- a. No dependiente o dependiente. El plan que cubre a la persona distinta a un dependiente, por ejemplo, un empleado, un miembro, un titular de la póliza, un suscriptor o un 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 a l plan que cubre a la persona como un dependiente; y primario al plan que cubre a la persona como algo distinto que un dependiente (por ejemplo, un empleado jubilado); entonces el orden de los beneficios entre los dos planes se revierte para que el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilados sea el plan secundario y el otro plan sea el plan primario.
- b. Hijo dependiente cubierto bajo más de un plan. A menos que haya un decreto del tribunal que indique lo contrario, cuando a un hijo dependiente lo cubre más de un Plan, el orden de los beneficios se determina así:
- (1) Para un hijo dependiente con padres casados o viviendo juntos, si en algún momento estuvieron casados o no:
    - (a) El plan del padre/madre del que el cumpleaños es antes en el año calendario es el plan primario; o
    - (b) Si ambos padres tienen un mismo cumpleaños, el plan que ha cubierto al padre/madre por más tiempo es el plan primario.
  - (2) Para un hijo dependiente con padres divorciados o separado o que no viven juntos, si en algún momento estuvieron casados o no:
    - (a) Si un decreto del tribunal declara que uno de los padres es responsable por los gastos de atención médica del hijo dependiente o la cobertura de atención médica y el plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese plan es el primario. Esta regla se aplica a los años del plan que comienzan después del aviso al plan del decreto del tribunal;
    - (b) Si un decreto del tribunal declara que ambos padres son responsables por los gastos de atención médica del hijo dependiente o por la cobertura de atención médica, las disposiciones del artículo (1) arriba determinará el orden de los beneficios;
    - (c) Si un decreto del tribunal declara que los padres tienen custodia compartida sin especificar que uno de los padres tiene la responsabilidad por los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del artículo (1) arriba determinarán el orden de los beneficios; o
    - (d) Si no hay un decreto del tribunal que asigne la responsabilidad por los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, el orden de los beneficios para el hijo es:
      - (i) El plan que cubre al padre/madre tutelar;
      - (ii) El plan que cubre al cónyuge del padre/madre tutelar;
      - (iii) El plan que cubre al padre/madre que no es tutelar; y luego
      - (iv) El plan que cubre al cónyuge del padre/madre que no es tutelar.
  - (3) Para un hijo dependiente cubierto bajo más de un plan de personas que son padres de un hijo, las disposiciones de los artículos (1) o (2) arriba determinarán el orden de los beneficios como si esas personas fueran los padres del hijo.
- c. Empleado activo o jubilado o despedido. El plan que cubre a una persona como un empleado activo, eso es, un empleado que no está jubilada o despedida es el plan primario. El plan que cubre a esa misma persona como un empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo sería verdadero 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 otro plan no tiene esta regla y, como resultado, los planes no acuerdan en el orden de los beneficios, se ignora esta regla. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada B.4.a puede determinar el orden de los beneficios.

- d. Cobertura de la Ley federal general consolidada de reconciliación presupuestaria (COBRA) o de Continuación del Estado. Si una persona con cobertura según COBRA o bajo un derecho de continuación prestada por la ley del estado u otra ley federal está cubierta bajo cualquier otro plan, el plan que cubre a la persona como un empleado, miembro, suscriptor o jubilado o que cubre a la persona como un dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado es el plan primario y la cobertura de COBRA o de otra continuación del estado o federal es el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta regla y, como resultado, los planes no acuerdan en el orden de los beneficios, se ignora esta regla. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada B.4.a puede determinar el orden de los beneficios.
- e. Duración más larga o corta de la cobertura. El plan que cubría a la persona como un empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado por más tiempo es el plan primario y el plan que cubría a la persona por un período de tiempo más corto es el plan secundario.
- f. Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos se compartirán equitativamente entre los planes que cumplen la definición del plan. Además, este plan no pagará más de lo que habría pagado si fuera el plan primario.

### **C. Efecto sobre los beneficios de este plan**

1. Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios para que los beneficios totales que se pagan o se den por todos los planes durante el año del plan no sean más que los gastos totales permisibles. En determinar la cantidad que se debe pagar por cualquier reclamo, el plan secundario calculará los beneficios que pagaría en la ausencia de otra cobertura de atención médica y se aplicará esa cantidad calculada a cualquier gasto permisible según su plan que el plan Primario no pagó. El plan secundario puede entonces reducir su pago por la cantidad para que, cuando se combine con la cantidad pagada por el plan primario, el total de los beneficios pagados o prestados por todos los planes para el reclamo no superen el gasto total permitido por ese reclamo. Además, el plan secundario acreditará al deducible de su plan cualquier cantidad que acreditaría a su deducible en ausencia de otra cobertura de atención médica.
2. Si una persona cubierta está inscrita en dos o más planes de panel cerrado y si, por cualquier motivo, incluyendo la prestación de servicio por un proveedor que no está en el panel, los beneficios no los paga un plan de panel cerrado, el COB no se aplicará entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

### **D. Derecho a recibir y revelar la información necesaria**

Cierto hechos sobre la cobertura y los servicios de atención médica son necesarios para aplicar estas reglas de COB y para determinar los beneficios que se pagan según este plan y otros planes. La Compañía puede recibir los hechos que necesita de o darlos a otras organizaciones o personas para propósitos de aplicar estas reglas y beneficios determinantes que se pagan bajo este plan y otros planes que cubren a la persona que reclama los beneficios. La Compañía no necesita decir, o recibir el consentimiento de, cualquier persona para hacer esto. Cada persona que reclama los beneficios bajo este plan debe dar a la Compañía cualquier información que necesite para aplicar esas reglas y determinar los beneficios que se pagan.

### **E. Facilidad de pago**

Un pago que se hace bajo otro plan puede incluir una cantidad que debería pagarse bajo este plan. Si es así, la Compañía puede pagar la cantidad a la organización que hizo el pago. Esa cantidad luego se tratará como si fuera un beneficio pagado bajo este plan. La Compañía no tendrá que pagar esa cantidad de nuevo. El término "pago hecho" incluye dar los beneficios en forma de servicios, en este caso el "pago hecho" significa el valor de dinero en efectivo razonable de los beneficios que se dan en la forma de servicios.

### **F. Derecho de recuperación**

Si la cantidad de los pagos hechos por la Compañía es más que lo que deberían pagar según esta disposición de COB, esta puede recuperar el excedente de una o más de las personas a las que pagó o por la que pagó; o cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable por los beneficios o servicios prestados por la persona cubierta. La "cantidad de los pagos hechos" incluye el valor en dinero en efectivo razonable por cualquier beneficio prestado en la forma de servicios.