

US Health and Life Insurance Company
Sede central: 8220 Irving Road, Sterling Heights, Michigan 48312

PÓLIZA MÉDICA INDIVIDUAL EPO

N.º de póliza:[XXX-XXX-XXX]

Prima total [\$XXXX.XX]

Titular de la póliza: [Juan Pérez]

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

En este contrato, se describen los beneficios dados por US Health and Life Insurance Company y las exclusiones y limitaciones. Se asegura que este contrato es renovable por el asegurado y no puede ser cancelado por nosotros, excepto en situaciones específicas descritas en este contrato.*

Este contrato comienza 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. Finaliza, sujeto al período de gracia, a las 12:01 a.m. en el lugar de su residencia el último día en que el asegurado tiene derecho a la cobertura en virtud de los términos de este contrato.

10-Derecho de analizar y devolver esta Póliza

Si no está conforme, tiene derecho a devolver este plan en un plazo de 10 días de la fecha de entrega para obtener el reembolso total de las primas pagadas.

Aviso importante

Los planes de la Organización de Proveedores Exclusivos (EPO) cubren los servicios médicos solo cuando los presta un médico o un centro que participa en la red. Si recibe servicios de un médico o de otro proveedor de atención médica fuera de la red, tendrá que pagar todos los costos de los servicios, excepto que los servicios de emergencia tienen que estar cubiertos independientemente de que sean prestados por un proveedor participante o no.

US Health and Life Insurance Company es un emisor de planes médicos calificado en el Mercado Federal de Seguros Médicos.

Esta póliza está firmada por nosotros a partir de la fecha de entrada en vigor que se muestra arriba.

[Firma del responsable]

[Cargo del responsable]

AVISO

La póliza tiene los requisitos de administración de utilización. Se necesita autorización previa para todos los ingresos de pacientes hospitalizados en hospitales de atención aguda y otros centros, a menos que el ingreso sea para un servicio de emergencia, una condición que ponga en peligro la vida, para atención obstétrica o que pase fuera de los 50 estados de los Estados Unidos. También se necesita autorización previa para otros servicios. Consulte la sección de administración de utilización para ver la lista de servicios y tratamientos para los que se necesita autorización previa.

Una vez que un asegurado es estabilizado después de un servicio de emergencia, requerimos, como condición para continuar la cobertura, que un centro hospitalario de emergencia se comunique con nosotros de inmediato para obtener una autorización previa para continuar el tratamiento, las consultas de especialidad, los arreglos de transferencia u otra atención médicamente necesaria y apropiada para un asegurado.

El incumplimiento de los requisitos de Administración de uso puede dar lugar a una reducción del reembolso de los beneficios, tal y como se describe en este documento.

La revisión de autorización previa puede obtenerse contactando a la compañía de administración de utilización que aparece en la tarjeta de identificación del asegurado. El número de teléfono de Administración de uso es [(1-800-856-3775)].

La revisión de autorización previa no asegura el reembolso en virtud de la póliza. El reembolso dependerá de la elegibilidad y cobertura de beneficios en el momento del servicio y de todos los términos, condiciones y limitaciones de la póliza.

Aviso de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)

Según los requisitos de la WHCRA y K.S.A. 40-2,166, US Health and Life Insurance Company le informa de la siguiente cobertura exigida por la ley estatal y federal. Cuando la necesidad de tales beneficios es determinada por el asegurado y el médico que lo atiende, los beneficios incluyen lo siguiente:

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

Las cantidades normales del deducible, coseguro o copago aplicables a su cobertura médica también son aplicables a estos beneficios.

ÍNDICE

Avisos importantes	Página 2
Sección 1. Definiciones generales	Página 5
Sección 2. Primas; inscripción; fecha de entrada en vigor	Página 20
Sección 3. Cancelación	Página 23
Sección 4. Beneficios médicos y exclusiones	Página 24
Sección 5. Requisitos de Administración de uso	Página 41
Sección 6. Exclusiones generales	Página 42
Sección 7. Disposiciones de reclamos y apelaciones	Página 46
Sección 8. Disposiciones estándares	Página 51
Sección 9. Coordinación de beneficios con otras coberturas	Página 54

SECCIÓN 1. DEFINICIONES GENERALES

En esta póliza, es posible que se haga referencia al titular de la póliza como "usted", "su" o "suyo". US Health and Life Insurance Company se denominará "nosotros", "nuestro", "nos" o la "compañía".

Abajo se definen y explican ciertas palabras o frases que se utilizan y se escriben con mayúscula inicial en toda la póliza. Estas definiciones o explicaciones prevalecerán sobre la interpretación de la compañía.

Los pronombres masculinos utilizados en esta póliza incluirán el género masculino o femenino, a menos que el contexto indique lo contrario.

"Hospital de cuidados agudos" es una institución que autorizada como tal por la autoridad estatal debidamente constituida y que mantiene un quirófano equipado para hacer procedimientos quirúrgicos, que cuenta siempre con uno o más médicos y uno o más enfermeros registrados (R.N.) para los pacientes hospitalizados por una variedad de condiciones médicas. No es, salvo de forma incidental, un lugar de descanso, un lugar para adultos mayores, un lugar para el tratamiento por abuso de sustancias, un lugar para personas alcohólicas o una casa para adultos mayores o convalecientes.

"Centro de atención ambulatoria" es un centro especializado:

- A. donde la cobertura en dicho centro es obligatoria por ley, que ha sido habilitada por la autoridad reguladora que tiene la responsabilidad de dicha autorización en virtud de las leyes de la jurisdicción en la que está; o bien
- B. cuando la cobertura en dicho centro no sea obligatoria por ley, que cumple todos los siguientes requisitos:
 - 1) se establece, equipa y opera de acuerdo con las leyes aplicables en la jurisdicción en la que está, sobre todo para hacer procedimientos quirúrgicos;
 - 2) funciona bajo la supervisión de un Doctor en Medicina (M.D.) o un Doctor en Osteopatía (D.O.) autorizado que se dedique a tiempo completo a dicha supervisión y que permita que un procedimiento quirúrgico sea hecho únicamente por un médico debidamente calificado que, en el momento en que se haga el procedimiento, tenga el privilegio de hacer dicho procedimiento en al menos un hospital de cuidados agudos de la zona;
 - 3) exige en todos los casos, salvo los que solo requieren anestesia de infiltración local, que un anestesista autorizado administre los anestésicos y permanezca presente durante todo el procedimiento quirúrgico;
 - 4) dispone de al menos 2 quirófanos y al menos una sala de recuperación posanestésica; está equipado para hacer exámenes de diagnóstico por radiografías y de laboratorio; y dispone, para hacer frente a las emergencias previsibles, de personal capacitado y del equipo necesario, incluyendo, entre otros, un desfibrilador, un equipo de traqueotomía y un banco de sangre u otro suministro de sangre;
 - 5) ofrece los servicios a tiempo completo de uno o más enfermeros registrados (R.N.) para el cuidado de los pacientes en los quirófanos y en la sala de recuperación posanestésica;
 - 6) mantiene un acuerdo por escrito con al menos un hospital de cuidados agudos de la zona para la aceptación inmediata de pacientes que tengan complicaciones o requieran confinamiento posoperatorio; y

- 7) mantiene un registro médico adecuado de cada paciente, en el que se incluye un diagnóstico de ingreso y, para todos los pacientes excepto los que se someten a un procedimiento con anestesia local, un informe de examen preoperatorio, historia clínica y análisis de laboratorio o radiografías, un informe operatorio y un resumen del alta.

"Ensayo clínico aprobado" es un ensayo clínico de fase I, II, III o IV que se hace con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición que pone en peligro la vida, y que 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 vida asistida" es un centro diseñado para dar a los residentes solo asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL) básicas, como bañarse, afeitarse, vestirse, etc.

"Centro de partos" es un centro operado por un hospital de cuidados agudos u otra institución de atención médica autorizada para dar centros para el parto como una alternativa al entorno de la sala de partos del hospital de cuidados agudos.

"Medicamento de marca" es un medicamento con receta que no tiene un equivalente de medicamento genérico o un medicamento con receta que es la formulación innovadora u original para la que existe un equivalente de medicamento genérico.

"Rehabilitación cardíaca" es el método por el que se restablece el mejor estado físico, médico y psicológico de una persona después de un evento cardíaco o diagnóstico de disfunción cardíaca. La rehabilitación cardíaca se divide en tres fases: La fase I comienza durante la hospitalización y la dirige el médico del paciente; la fase II es un programa para pacientes ambulatorios con supervisión médica que comienza después de recibir el alta de un paciente hospitalizado; y la fase III es un programa de mantenimiento de por vida que hace hincapié en la continuación de la aptitud física con un seguimiento periódico. Cada fase incluye un componente de ejercicio, educación del paciente y modificación de los factores de riesgo.

"Clase" es la clase de medicamento asignada por el sistema de clasificación nacional de medicamentos (NDC).

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

"Coseguro" es el reparto del costo de los gastos cubiertos entre la compañía y el asegurado. Cuando la compañía paga un porcentaje del cargo razonable y común o el cargo aprobado por la organización de proveedores exclusivos, el coseguro es igual al saldo del asegurado.

"Confinamiento" o "confinado" es un paciente hospitalizado.

"Cirugía cosmética" se refiere a la cirugía plástica o reconstructiva que se hace principalmente para mejorar la apariencia física del paciente y que mejora la apariencia física pero no corrige ni mejora una condición médica.

"Gastos cubiertos" son los costos incurridos con los servicios, suministros y cargos para los que se

dan beneficios en la póliza, y como se define más específicamente en las disposiciones de la póliza con la cobertura.

"Atención de custodia" es la atención dada en su mayoría para ayudar a una persona en las actividades de la vida diaria, y no principalmente para ayudarla a recuperarse de una lesión o enfermedad. Este tipo de atención se considerará de custodia independientemente de que el paciente esté o no bajo la atención de un médico o que la atención de custodia se pida por el médico.

La prestación de la atención de custodia por personal médico capacitado, como un médico, un enfermero licenciado o un terapeuta registrado, no hace que los servicios se clasifiquen como servicios especializados. Si este tipo de servicios puede darse de forma segura y eficaz por una persona no médica capacitada, los servicios se considerarán atención de custodia. La atención de los pacientes con respirador cuya condición es estable, con pocas probabilidades de cambiar, o que no necesite una reevaluación constante y una intervención clínica, se considerará atención de custodia.

"Centro de atención de custodia" es un centro que da atención personalizada, incluyendo la asistencia en las "actividades de la vida diaria", como bañarse, vestirse, comer, ir al baño, desplazarse y acostarse y levantarse de la cama.

"Deducible" es la cantidad de gastos cubiertos que una persona o familia debe cumplir antes de ser elegible para ciertos beneficios que paga la compañía.

"Deducible individual" es la cantidad de gastos cubiertos que una persona debe cumplir en un plazo de un año del plan, antes de ser elegible para ciertos beneficios que paga la compañía.

"Deducible familiar agregado" se refiere a la cantidad de gastos cubiertos que una familia debe satisfacer de manera acumulativa, dentro de un año del plan, antes de que el deducible se considere satisfecho para todos los familiares. Ningún familiar tendrá derecho a los beneficios antes de que la familia incurra en los gastos cubiertos en una cantidad al menos equitativa al deducible familiar.

"Dentista" es una persona debidamente autorizada para ejercer la odontología por la autoridad gubernamental que tiene jurisdicción sobre la autorización y la práctica de la odontología en la localidad donde se da el servicio.

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

- Un hijo natural.
- Un hijastro
- Un hijo legalmente adoptado.
- Un hijo dado en adopción
- Un hijo cuya tutela legal le hayan concedido.
- Un hijo para el que exista una orden de manutención médica calificada que necesite cobertura.

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

Los hijastros, los niños bajo tutela del tribunal, los niños dados en adopción y los niños adoptados legalmente son elegibles para la ayuda a partir de la fecha en que el niño se convierte en hijastro, de la fecha en que usted es nombrado tutor por un tribunal o de la fecha en que el niño es dado en adopción.

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

- El concepto de persona dependiente incluye a todos los hijos mencionados arriba, hasta el último día del año en que cumplan 26 años.
- Una persona dependiente incluye a un hijo soltero dependiente de 26 años o más que es o se vuelve física o mentalmente incapaz de mantenerse a sí mismo. Tenemos derecho a exigir una prueba de incapacidad en un plazo de 31 días siguientes a la finalización de la cobertura,

y una prueba cada año después de la continuación de la incapacidad.]

“Dispensar como se indica (DAW)” significa lo siguiente:

DAW 1: cuando el médico receta un medicamento de marca por un motivo médico específico, el asegurado deberá abonar el copago correspondiente del medicamento de marca.

DAW 2: cuando el asegurado solicita un medicamento de marca en vez del medicamento genérico disponible, el asegurado deberá abonar el copago del medicamento de marca MÁS la diferencia en el costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca solicitado.

“Tratamiento dental de emergencia” se refiere a la atención dental necesaria debido a una condición que pone en peligro la vida o que amenaza la vitalidad de uno o varios dientes, que aparece de repente y requiere tratamiento pronto, si el tratamiento comience en menos de 30 días desde el accidente.

“Ingreso de emergencia” es una hospitalización como paciente de cama registrada directamente desde 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 emergencia” es, en una condición médica de emergencia, un examen médico de detección que esté:

- A. dentro de la capacidad del servicio de emergencias de un hospital, incluyendo los servicios auxiliares de los que dispone habitualmente el servicio de emergencias para evaluar dicha 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 coherentes con los establecidos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado a Bajo Precio (PPACA) de 2010 y cualquier reglamento emitido ante esta.

“Gastos incurridos” es un cargo, que se considerará incurrido el día en que se haga la compra, o el día en que se preste el servicio por el que se cobra.

"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. Si hay pruebas fiables que muestren que el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es objeto de ensayos clínicos de fase I o fase II en curso; es el grupo de investigación, experimental, de estudio o de investigación de ensayos clínicos de fase III en curso; o se está estudiando de otro modo para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia, o su eficacia en comparación 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.

Las pruebas fiables incluyen cualquier cosa que la compañía determine como tal en el ejercicio de su discreción. Incluye reportes y artículos publicados en la bibliografía médica y científica autorizada; protocolos escritos utilizados por el centro del tratamiento o protocolos de otro centro que estudie considerablemente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento; y el consentimiento informado por escrito utilizado por el centro del tratamiento u otro centro que estudie considerablemente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento.

Los costos de atención periódicos incurridos en el curso de un ensayo clínico, que estarían cubiertos si no se incurriera en el curso 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.

"Formulario" es una lista de medicamentos que se desarrolló, organizó y se administra para promover una terapia farmacológica racional, clínicamente adecuada, segura y rentable.

"Medicamento genérico" es un medicamento con receta que es médicamente equivalente a un medicamento de marca según lo determinado por la FDA. Cumple las mismas normas que un medicamento de marca en cuanto a pureza, seguridad, concentración y eficacia, y se fabrica y vende con su nombre químico, frecuente u oficial.

"HIPAA" es Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 y se utiliza para referirse a los derechos dados en virtud de la ley, además de los expresamente autorizados por la compañía.

"Agencia de atención médica en casa" es solo una agencia pública u organización privada, o una subdivisión de esta agencia u organización, que se dedica principalmente a prestar servicios de enfermería especializada y otros servicios terapéuticos; tiene políticas establecidas por un grupo de personal profesional empleado por la agencia u organización, incluyendo uno o más médicos legalmente calificados y uno o más enfermeros registrados (R.N.); mantiene registros clínicos de todos los pacientes; y, en el caso de una agencia u organización en cualquier estado en el que la legislación estatal o local aplicable prevea la concesión de licencias a agencias u organizaciones de esta naturaleza, se autoriza en virtud de esta ley o se aprobó por la agencia de este estado o localidad responsable de la concesión de licencias a agencias u organizaciones de esta naturaleza, por cumplir los estándares establecidos para esta concesión. El término "Agencia de atención médica en casa" no incluye ninguna agencia u organización o subdivisión que se dedique principalmente a la atención y tratamiento de una enfermedad mental.

"Programa de atención en hospicio" es un programa que da atenciones paliativas y de apoyo a los pacientes con enfermedades terminales y a sus familias y que se organiza y autoriza como tal por el estado en el que tiene su sede. Si se dispone de acreditación, el programa tiene que estar acreditado en la actualidad. En el caso de que no existan leyes o reglamentaciones estatales con los programas de atención en hospicio, el programa debe estar acreditado por una organización nacional de acreditación o ser reconocido como programa de atención en hospicio o programa de de atención en de demostración por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services, HHS). La atención de atención en hospicio puede darse en la casa, en un hospicio, en un centro de enfermería especializada, en un hospital de cuidados agudos o en otro centro independiente.

"Cargos del hospital" se refiere solo a los siguientes gastos cubiertos:

- A. cargos de habitación y comida en un hospital de cuidados agudos;
- B. cargos de un hospital de cuidados agudos por otros suministros y servicios prestados por ese hospital a un asegurado por el uso mientras estuvo confinado (pero no incluye cargos por servicios de enfermería especializada o servicios de médicos); y
- C. cargos por anestesia y por su administración cuando se producen durante un confinamiento en un hospital de cuidados 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" es solo la enfermedad o dolencia, incluyendo la enfermedad mental, que necesite tratamiento por un médico. A efectos de determinar los beneficios que se deben pagar, el término "Enfermedad" incluirá el embarazo. Todas las enfermedades relacionadas se consideran una sola enfermedad. Las enfermedades concomitantes también se considerarán una sola enfermedad, a menos que estén claramente desvinculadas.

"Lesión" es solo las lesiones corporales sufridas accidentalmente por medios externos, incluyendo las enfermedades resultantes de un accidente. Todas las lesiones sufridas por un asegurado con cualquier accidente se considerarán una sola lesión.

"Proveedor de la red" son los médicos o los centros que la compañía eligió y contrató para participar en las organizaciones de proveedores exclusivos.

"Paciente hospitalizado" es una persona que está confinada.

"Centro de rehabilitación para paciente hospitalizado" son las unidades de rehabilitación física que son unidades de atención especiales autorizadas (o centros independientes) que dan servicios de rehabilitación intensiva con un enfoque de equipo coordinado multidisciplinario. El programa de rehabilitación para cada paciente incluye:

- A. supervisión médica por parte de un médico con formación especializada o experiencia en rehabilitación (es decir, disponibilidad de médicos las 24 horas del día, con evaluación del paciente por parte del médico al menos 3 veces por semana);
- B. enfermería de rehabilitación las 24 horas del día (es decir, disponibilidad de un enfermero registrado con formación especializada o experiencia en rehabilitación las 24 horas del día);
- C. servicios sociales; y fisioterapia o terapia ocupacional durante al menos 3 horas al día, cinco días a la semana;
- D. servicios de terapia del habla y del lenguaje o servicios psicológicos.

"Asegurado" es la persona nombrada en la tarjeta de identificación. Asegurado también son las siguientes personas que se inscribieron correctamente en los registros de la compañía según las especificaciones establecidas en la sección de inscripción y fechas de entrada en vigor:

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

Asegurado no son las personas que se dieron de baja voluntariamente por la persona nombrada en la tarjeta de identificación.

"Unidad de cuidados intensivos" es una unidad especial en un hospital de cuidados agudos que concentra todos los tipos de equipos necesarios junto con la enfermería especializada. Esto incluirá las atenciones coronarias, 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" son solo los medicamentos con receta que son dispensados por el proveedor del programa de medicamentos con receta que está en su tarjeta de identificación, o por su farmacia de pedido por correo contratada. El pedido por correo puede incluir el uso de la oficina de correos de los Estados Unidos o servicios de entrega similares. Los servicios similares dados por su farmacia local no califican para el copago por pedido por correo. Los medicamentos de pedido por correo se dispensan en cantidades de hasta 90 días.

"Cargos médicos" se refiere a los gastos cubiertos que no son cargos del hospital ni cargos quirúrgicos.

"Bibliografía médica" significa dos artículos de las principales revistas médicas profesionales revisadas por pares que hayan reconocido, basándose en criterios científicos o médicos, la seguridad y eficacia del medicamento para el tratamiento de la indicación para la que se ha prescrito. Sin embargo, si otros dos artículos de las principales revistas médicas revisadas por pares concluyen, basada en criterios científicos o médicos, que el medicamento no es seguro o eficaz, o de que no se puede determinar la seguridad y eficacia del medicamento para el tratamiento de la indicación para la que se prescribió, ninguno de los artículos se utilizará para cumplir el requisito mencionado arriba. La bibliografía médica revisada por pares no incluirá publicaciones o suplementos que estén patrocinados en gran medida por una empresa de fabricación de productos farmacéuticos o una compañía de servicios médicos.

"Medicamento adecuado" son los servicios o suministros que la compañía determina, a su entera discreción, que se dan según las normas de práctica médica generalmente aceptadas por los profesionales para la condición que se trata.

"Medicamento necesario"/"Necesidad médica" son los servicios o suministros que la compañía determina, a su entera discreción, que son generalmente aceptados profesionalmente como los medios usuales, habituales y eficaces para tratar la enfermedad o lesión en los Estados Unidos y que se necesitan para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión cubierta, coherentemente con los síntomas del diagnóstico. Los servicios y suministros que:

- 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 de que un médico o proveedor de atención médica haya recetado, pedido o recomendado un servicio o suministro no significa en sí mismo que sea médicamente necesario, según la definición.

"Medicare" son los programas establecidos por el Título 1 de la Ley Pública 89-97 (79 Estatutos 291), en su versión modificada, Aged Act, Part A--Hospital Insurance Benefits for the Aged, and Part B--Supplementary Medical Insurance Benefits for the Aged (titulada Ley de Seguro Médico para Adultos Mayores, y que incluye la Parte A: Beneficios de Seguro Hospitalario para Adultos Mayores, y la Parte B: Beneficios de Seguro Médico Complementario para Adultos Mayores).

"Condición de salud mental" significa una enfermedad o trastorno mental o un trastorno nervioso funcional definido como tal en la versión más actual del Manual de diagnóstico y estadísticas (DSM) de los trastornos mentales o en la versión más actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica (ICD-9-CM).

"Red" se referirá a los médicos y centros que la compañía ha elegido y contratado para participar en las organizaciones de proveedores exclusivos. "Dentro de la red" se referirá a los servicios recibidos por proveedores dentro la red, mientras que "Fuera de la red" se referirá a los servicios recibidos por proveedores no participantes.

"Medicamento nuevo" es un medicamento aprobado por la FDA después de la fecha de esta cobertura. Si estos medicamentos pertenecen a una clase de medicamentos cubiertos, estarán sujetos a autorización previa durante al menos 90 días. Si estos medicamentos pertenecen a una clase de medicamentos excluidos, quedarán excluidos de la cobertura.

"No ocupacional" es, en lesión, una lesión que no surge de ningún empleo a cambio de un salario o beneficio, ni en el curso de este empleo; y, en enfermedad, es una enfermedad por la que la persona no tiene derecho a beneficios en virtud de ninguna ley de indemnización por accidente laboral o legislación similar.

"Estado de observación" significa que una persona recibe pruebas y tratamiento ambulatorios a corto plazo mientras se toma una decisión respecto de si intensificar o cancelar los servicios clínicos en función de la gravedad de los factores presentes. Si se considera que es necesario y adecuado desde el punto de vista médico administrar un tratamiento más intenso, se ingresa a la persona como paciente interno. De lo contrario, se le da el alta.

"Proveedor fuera de la red" se referirá a los médicos y centros que no contrató para participar en las organizaciones de proveedores exclusivos elegidos por la compañía.

"Paciente ambulatorio" es una persona que no está confinada.

"Tratamiento ambulatorio" se refiere al tratamiento de una persona que no está confinada.

"Programa de hospitalización parcial" es un programa aprobado o autorizado cuando se da en un centro que da servicios psiquiátricos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales para pacientes que no necesitan hospitalización a tiempo completo, pero que necesitan programas más amplios que los posibles de las visitas ambulatorias. La atención se dio por un médico autorizado o bajo la supervisión de un médico autorizado y otro personal médico autorizado adecuado (p. ej., RN, MSW, psicólogo).

"Farmacia participante" es una farmacia que ingreso a un acuerdo de plan de medicamentos con receta con el administrador de beneficios de farmacia que se menciona en su tarjeta de identificación.

"Ley de Protección al Paciente y Cuidado a Bajo Precio de 2010" es la Ley de Protección al Paciente y Cuidado a Bajo Precio de 2010 (Ley Pública 111-148) modificada por la Ley de Reconciliación de la Atención Médica y la Educación de 2010 (Ley Pública 111-152).

"Administrador de beneficios de farmacia (PBM)" es 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 esté autorizado a ejercer una 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 conforme a las leyes del estado en el que se reciben los servicios cubiertos.
- Patólogo del habla y del lenguaje.

El médico o doctor, tal y como se ha definido arriba, no incluirá al asegurado individual o a sus dependientes, ni a ninguna persona que sea cónyuge, padre, madre, hijo o hermano de dicho asegurado o de sus dependientes.

Para determinar el copago que se debe hacer, se aplican los siguientes términos:

Se entenderá por médico de atención primaria a un médico que puede ser el primer contacto con una persona con un problema médico no diagnosticado y la atención continua de diversas condiciones médicas, no limitadas por causa, sistema de órganos o diagnóstico. Este médico generalmente no se especializa en ninguna especialidad médica, excepto en el caso de un ginecólogo para la atención de la mujer y medicina de familia, medicina general, pediatría y medicina interna.

El médico especialista significa un médico que se dedica a una especialidad médica distinta de la ginecología, medicina familiar, medicina general, pediatría y medicina interna.

"Año del plan" es el período que comienza en la fecha de entrada en vigor de la póliza y que continúa durante 12 meses y cada período subsiguiente de renovación de 12 meses.

"Atención podológica" es el tratamiento del pie y sus partes relacionadas, como tobillos, dedos, talones, etc., incluyendo cirugía, ortopedia, desbridamiento, radiografías y otros cuidados recetados por un médico.

"Póliza, la póliza, esta póliza" es el acuerdo completo que incluye todo lo siguiente:

- Esta póliza
- El programa de beneficios.
- [Cláusulas adicionales.
- Enmiendas.]

Estos documentos constituyen el acuerdo completo que se emite al titular de la póliza.

"Titular de la póliza" es la persona (que no es un dependiente) a la que se emite esta póliza.

"Pruebas previas al ingreso" son las pruebas diagnósticas ambulatorias hechas a un asegurado durante el período de 10 días antes de ser ingresado como paciente hospitalizado; o en un plazo de 48 horas anteriores a un ingreso quirúrgico ambulatorio en un hospital de cuidados 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" es el estado en el que una mujer lleva un óvulo fecundado dentro de su cuerpo. A los efectos de esta Póliza, también se incluyen el aborto espontáneo, el aborto involuntario, el parto y las complicaciones que surjan durante el Embarazo.

"Medicamento de venta con receta" significa un medicamento que está disponible solo con Receta médica.

"Receta" es la autorización por escrito u oral de un medicamento con receta por un médico autorizado para emitirla en el curso ordinario de su práctica profesional.

"Atención psiquiátrica" son los servicios directos o de consulta basados en la evidencia, dados por un psiquiatra autorizado en el estado en el que ejerce.

"Centro psiquiátrico" es una unidad de atención especial o un centro independiente autorizado como tal por una autoridad estatal debidamente constituida y que da servicios psiquiátricos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales durante las 24 horas del día por o bajo la supervisión de un médico autorizado y de otro personal médico autorizado adecuado (p. ej., RN, MSW, psicólogo).

"Tratamiento psiquiátrico" es la atención de tratamiento de una enfermedad o trastorno mental o un trastorno nervioso funcional.

"Atención psicológica" son los servicios directos o de consulta basados en la evidencia, dados por un psicólogo autorizado en el estado en el que ejerce.

"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 planes médicos calificados” significa un emisor de seguros médicos que ofrece un plan médico calificado de acuerdo con una certificación de [nombre del mercado].

"Pedido de manutención médica calificada" (QMCSO) es un pedido de manutención médica que crea o reconoce la existencia del derecho de un destinatario suplente o asigna a un destinatario suplente el derecho a recibir los beneficios a los que una persona cubierta o dependiente elegible tiene derecho en virtud de 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 Recipientarios alternos cubiertos por la orden;
- B. una descripción razonable del tipo de cobertura que la Póliza dará a cada Recipientario 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 este pedido se reconozca como "calificado" si necesita que la póliza dé cualquier tipo o formulario de beneficio, o cualquier opción que no se dé de otro modo a los asegurados sin tener en cuenta esta sección, excepto en la medida en que sea necesario para cumplir los requisitos de una ley estatal relacionada con los pedidos de manutención médica de los hijos, tal y como se describe en la Ley 1908 del Seguro Social (agregada por la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1993 § 13822).

“Cargos habituales razonables”. Consulte “Cargos usuales, habituales y razonables”.

"Confinamiento relacionado" es cualquier confinamiento, a menos que:

- A. El confinamiento posterior se deba a causas totalmente ajenas a las causas del confinamiento anterior.
- B. O bien, los confinamientos están separados por un período continuo de al menos 2 semanas; “Centro residencial psiquiátrico” se refiere a un centro de internación a largo plazo para el tratamiento de una enfermedad mental.

“Centro residencial de abuso de sustancias” se refiere a un centro de internación a largo plazo para el tratamiento del abuso de sustancias.

"Costos de atención periódicos del paciente" son todos los artículos y servicios coherentes con la cobertura dada en esta póliza que normalmente se cubren para una persona calificada que no se inscribió 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. los gastos de transporte, alojamiento, comida u otros gastos del paciente o de un familiar o acompañante del paciente que estén relacionados con el viaje hacia o desde un centro en el que se haga 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 elegible para ser reembolsado por una fuente distinta de la póliza de seguro por accidentes y enfermedad de la persona cubierta, incluyendo el patrocinador del ensayo clínico.

"Alojamiento y comida semiprivados" es un alojamiento en una sala con 2 camas.

"Interrupción significativa de la cobertura" es un lapso de cobertura de más de 62 días consecutivos. Un Período de espera no se considerará parte de una Interrupción significativa de la cobertura.

"Centro de enfermería especializada" es una institución (o una parte distinta de una institución) que:

- A. Se dedica principalmente a prestar a los pacientes internos atención de enfermería especializada y servicios relacionados para pacientes que requieren atención médica o 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. Dispone de un plan de revisión de uso que prevé la revisión, por muestreo o de otro modo, de los ingresos en la institución, la duración de las estancias y los servicios profesionales (incluyendo los medicamentos y productos biológicos) proporcionados con respecto a la necesidad médica de los servicios, y para promover el uso más eficiente de las instalaciones y servicios médicos disponibles, y con dicha revisión a cargo de un comité de personal de la institución compuesto por dos o más médicos, con o sin la participación de otro personal profesional, o de un grupo de composición similar

establecido por la sociedad médica local y algunos o todos los hospitales de cuidados agudos y centros de enfermería especializada de la localidad. Dicha revisión prevé la pronta notificación al centro, a la persona y al médico que la atiende de la conclusión de que la continuación de la estancia en el centro no es médicamente necesaria.

- I. Tiene licencia según la ley estatal o local aplicable o está aprobada por la agencia estatal o local apropiada para dicha licencia, excepto que dicho término no incluirá ninguna institución que se utilice principalmente para la atención de custodia.

"Medicamentos de especialidad" son medicamentos biotecnológicos orales, inyectables, en infusión o inhalados que se administran por el mismo paciente o por un proveedor de atención médica y que se utilizan u obtienen en un entorno ambulatorio o en casa.

"Servicios de manipulación espinal" es el tratamiento del sistema musculoesquelético por sublimación, manipulación u otros tratamientos similares, incluyendo las pruebas de diagnóstico médico para determinar la necesidad del tratamiento recetado por un médico.

"Estabilizar" es, en una condición de emergencia médica, dar tratamiento médico de la condición que sea necesaria para asegurar, dentro de una probabilidad médica razonable, que no es probable que suceda un deterioro material de la condición como resultado del traslado de la persona desde un centro o durante el traslado.

"Compendio de referencia estándar" incluye el servicio de formulario del American Hospital: Información de medicamentos (American Hospital Formulary Service-Drug Information) o la Farmacopea de los Estados Unidos: Información sobre medicamentos (United States Pharmacopoeia-Drug Information).

"Abuso de sustancias" es el consumo de alcohol u otras drogas en dosis que ponen en peligro potencial el bienestar social, económico, psicológico y físico de una persona. También se entenderá por "Abuso de sustancias" a una persona que pierde el poder de control propio como resultado del consumo de alcohol o drogas, o que estando habitualmente bajo la influencia del alcohol o las drogas, pone en peligro salud, moral, seguridad o bienestar públicos.

"Centro de abuso de sustancias" se refiere a una unidad de cuidados especiales o un centro independiente autorizado como tal por una autoridad estatal debidamente constituida y que presta servicios de desintoxicación para el diagnóstico y el tratamiento del abuso de sustancias durante las 24 horas del día por parte de un médico autorizado o bajo su supervisión y de otro personal médico autorizado apropiado (por ejemplo, RN, MSW, psicólogo).

"Cargos quirúrgicos" se refiere a los gastos cubiertos incurridos por los servicios profesionales del médico cirujano al realizar el o los procedimientos quirúrgicos a un asegurado, entre ellos el tratamiento pre- y posoperatorio usual, necesario y relacionado con el procedimiento quirúrgico.

"Procedimiento quirúrgico" significa un procedimiento definido como tal en la versión más actual de la Terminología actualizada de procedimientos médicos (CPT) o la versión más actual de la Clasificación internacional de enfermedades, Modificación clínica (ICD-9-CM o ICD-10-CM).

"Telemedicina" es el uso de un medio electrónico para conectar a los asegurados con los médicos en diferentes lugares. Para que se considere un servicio de Telemedicina, el médico debe poder examinar al asegurado en un sistema de telecomunicaciones de audio o video interactivo, o ambos, en tiempo real que cumpla la HIPAA o de almacenamiento y reenvío de mensajes en línea, y el asegurado debe poder interactuar con el médico fuera de la sede en el momento en que se dan los servicios. La Telemedicina incluye la Telepsiquiatría.

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

“Totalmente discapacitado” significa que el asegurado tiene estas características:

- A. No puede, exclusivamente por una lesión o enfermedad no ocupacional, desempeñar su ocupación regular o habitual y no realiza trabajos de ningún tipo a cambio de compensación o ganancias.
- B. Un dependiente no puede, exclusivamente por una lesión o enfermedad no ocupacional, participar en todas las actividades normales de una persona de su edad y sexo que goza de buena salud.

"Tratamiento" es la atención o cuidados médicos, prestación de servicios o medicamentos, consultas, pruebas.

“Desglose” se refiere a la práctica de codificación de componentes individuales de un procedimiento cuando generalmente solo se utiliza un código para describir el servicio, o solo un código es adecuado en conformidad con las directrices del manual de políticas de la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta.

“Ingreso de urgencia” es una hospitalización como paciente de cama registrada directamente desde el consultorio del médico.

"Centro de atención urgente" es un centro, que no incluye una sala de emergencias de un hospital o un consultorio médico, que da tratamiento o servicios que se necesitan:

1. Para prevenir un deterioro grave de la salud de un asegurado; y
2. como resultado de una enfermedad imprevista, una lesión o la aparición de síntomas agudos o graves.

“Cargos usuales, habituales y razonables” se refiere a lo siguiente: El pago de los beneficios se basa en las tarifas que los proveedores cobran con mayor frecuencia en la misma ubicación geográfica por suministros o servicios similares. Para los servicios fuera de la red, los cargos se evalúan en comparación con bases de datos comerciales que contienen datos globales recopilados de los pagadores de todos los planes médicos o de otros datos normativos tomados de fuentes como las relaciones entre costo y cargo de Medicare, datos de promedios de precio al por mayor para recetas o los precios retail del fabricante para determinados dispositivos y suministros. Estos datos se actualizan al menos una vez cada 6 meses. Si usa un proveedor que no es de la red, deberá hacerse cargo de todas las cantidades que excedan los cargos usuales, habituales y razonables, y estas cantidades pueden ser altas. Para los servicios profesionales fuera de la red (servicios prestados por un único proveedor de asistencia médica), los cargos usuales, habituales y razonables significan que el cargo es comparable a las tarifas cobradas por servicios iguales o similares en el área geográfica en la que se presta el servicio.

"Indemnización por accidente laboral" es cualquier programa de beneficios federal o estatal dado por cualquier lesión o enfermedad corporales que surja del empleo y en el curso de este.

“Aviso por escrito” se refiere al aviso escrito en un formulario proporcionado o aprobado por la compañía.

SECCIÓN 2. PRIMAS; INSCRIPCIÓN; FECHA DE ENTRADA EN VIGOR

Pago de primas

1. Las primas de este contrato vencen y son pagaderas de la siguiente manera:
 - 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 impago de las primas se produce 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 que se indican abajo, la persona o el asegurado calificados deben avisar a la Compañía en un plazo de 60 días a partir del evento desencadenante. Esto puede necesitar la presentación de un formulario de cambio. La incorporación de nuevos asegurados por uno de estos eventos desencadenantes puede necesitar un cambio en el tipo de cobertura o primas adicionales. Todas las notificaciones de eventos desencadenantes para un plan del intercambio deben ser presentadas al intercambio.

A. Inscripción abierta

Las personas y asegurados calificados pueden inscribirse o cambiar de un plan médico calificado (QHP) a otro durante los períodos anuales de inscripción abierta establecidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Las fechas de entrada en vigor también son establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

1. Fechas de entrada en vigor para todos los otros eventos especiales de inscripción
 - a. Si la compañía recibe la notificación de un cambio en su inscripción entre el primer y el decimoquinto día de cualquier mes, dicho cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente.
 - b. Si la compañía recibe la notificación de un cambio en su inscripción entre el decimosexto y el último día de cualquier mes, dicho 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 siguiente al 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. Aplica al empleado, a su cónyuge y a cualquier dependiente recién adquirido.

Nota: El asegurado no puede cambiar su QHP actual debido a la incorporación de un dependiente.

2. Las personas calificadas y los asegurados pueden inscribirse o cambiar de un 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 no inscripción en un QHP es involuntaria, inadvertida o errónea y es el resultado del error, la tergiversación o la inacción de un representante, empleado o agente del Mercado de Seguros Médicos (Mercado) o de la Administración de Salud y Servicios Humanos o sus instrumentalidades, según lo evaluado y determinado por el Mercado.
- e. Un inscrito en el QHP demuestra adecuadamente al intercambio del QHP en el que se inscribió y violó considerablemente una disposición material de su contrato en 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 según lo disponga el intercambio.

Eventos desencadenantes que entran en vigor en la fecha del evento

1. Incorporación de un dependiente por nacimiento, adopción o asignación para 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 sucede el primer día del mes.
- b. Si la cobertura actual solo proporciona beneficios a los dependientes o progenitores o del recién nacido, la cobertura debe cambiarse a un tipo que proporcione beneficios a los hijos dependientes en los 60 días siguientes al evento desencadenante, para que la cobertura del recién nacido continúe más allá del período inicial de 48 o 96 horas.

Los servicios cubiertos que un niño recibe en el plazo de las 48 o 96 horas iniciales se tratará como servicios recibidos por el padre/madre asegurado.

- b. 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.

c. La cobertura para los familiares incluye los gastos de parto y obstetricia en el momento del parto de la madre biológica de un niño adoptado por el asegurado dentro de los 90 días siguientes al nacimiento de dicho niño.

SECCIÓN 3. CANCELACIÓN

A. Cancelación por parte de los asegurados

Puede cancelar la cobertura de este contrato (incluso para los asegurados individuales) en cualquier momento comunicándose con el Mercado, si este plan fue adquirido a través de este. La cancelación entrará en vigor a más tardar en 14 días, para un plan del Mercado, después de la solicitud del asegurado para que se interrumpa la cobertura. En caso de cancelación o fallecimiento, la prima devengada se calculará a prorrata del lugar en el que residía el asegurado en el momento de la emisión de la póliza y la parte no devengada de cualquier prima se devolverá sin demora. La cancelación se producirá sin perjuicio de cualquier reclamo originado antes de la fecha de entrada en vigor de la cancelación.

B. Cancelación por intercambio o compañía

1. La cobertura del contrato puede cancelarse solo en las siguientes circunstancias:
 - a. El asegurado ya no es elegible para la cobertura en un QHP por intercambio. El último día de la cobertura es el último día del mes siguiente al mes en que el intercambio envía el aviso, a menos que se pida una fecha de cancelación anterior y esta sea aprobada por el intercambio.
 - b. Impago de las primas cuando:
 - (1) Se haya agotado el período de gracia de 3 meses exigido a las personas que reciben créditos fiscales anticipados para las primas. En estas circunstancias, el último día de cobertura será el último día del primer mes del período de gracia de 3 meses.
 - (2) Se agotó el período de gracia de 10 días siguientes a la fecha de vencimiento de la prima para los asegurados que no reciben créditos fiscales anticipados para las primas. A menos que las primas se reciban antes del final del período de gracia indicado, la cobertura de este contrato se cancela a partir de la fecha de vencimiento del pago.
 - c. La cobertura del asegurado se rescinde si hay fraude o tergiversación intencional de un hecho material.
 - d. El QHP se cancela o descertifica.
 - e. El asegurado cambia de cobertura bajo este contrato a otro QHP durante un período de inscripción abierta anual o un período de inscripción especial.
 - f. El asegurado es recientemente elegible para la cobertura de Medicaid, CHIP o del Programa Médico Básico (BHP). La cancelación de la cobertura entrará en vigor el día anterior al inicio de esta cobertura. (BHP solo está disponible en Minnesota y Nueva York).
 - g. Dependientes que ya no califican según la definición general de asegurado.

C. Cancelación por parte del asegurado.

El asegurado puede cancelar esta póliza en cualquier momento mediante entregarnos o enviarnos por correo un aviso por escrito, con efecto a partir de la recepción de dicho aviso o en la fecha posterior que se especifique en el aviso. En caso de cancelación o fallecimiento del asegurado, la aseguradora le devolverá sin demora la parte no devengada de cualquier prima pagada. La prima devengada se calculará a prorrata del lugar donde residía el asegurado en el momento de la emisión de la póliza. La cancelación se entenderá sin perjuicio de cualquier reclamo originado antes de la fecha de entrada en vigor de la cancelación.

SECCIÓN 4. BENEFICIOS MÉDICOS Y EXCLUSIONES

Cobertura prestada

- A. Las coberturas que entran en vigor en la fecha de entrada en vigor de esta póliza son solo las que se indican en el programa de beneficios. No se da ninguna cobertura que no aparezca en el programa correspondiente.
- B. Para recibir los beneficios de su cobertura, debe utilizar un proveedor dentro de la red. Sin embargo, se pagará el nivel de beneficios de los proveedores dentro de la red por los servicios prestados por un proveedor fuera de la red cuando los servicios se presten debido a una emergencia médica. La compañía proporcionará al asegurado las listas de los proveedores de la red en el área de servicio de la compañía. La compañía no tiene ninguna obligación de informar a la asegurado de la aplicabilidad de disposiciones de pago adicionales por utilizar un proveedor fuera de la red durante el curso de la autorización previa o de otra manera. El asegurado es responsable de elegir sus proveedores de servicios de atención médica.

Programa de beneficios

Descripción de los gastos médicos cubiertos: La compañía pagará un porcentaje de los gastos médicos cubiertos incurridos por un asegurado al grado que esos cargos superen cualquier cantidad del deducible, copago o coseguro provisto en el programa de beneficios.

Deducible

Se aplicará la cantidad de deducible, como se indica en el programa de beneficios, a ciertos gastos médicos cubiertos incurridos por una persona con derecho a recibir beneficios en cualquier año del plan. Los gastos incurridos por una persona elegible para los beneficios en cualquier año del plan serán la cantidad que debe ser cumplida antes de que la persona tenga derecho a los beneficios.

Deducible familiar: una vez alcanzado el deducible familiar, no se necesitará ninguna otra cantidad de deducible para que los beneficios médicos sean pagaderos para todos los familiares en el año plan, si se da cobertura familiar (más de una persona).

Máximo de costos compartidos

Una vez que se ha alcanzado la cantidad máxima de costos compartidos, la compañía pagará el 100% de los gastos cubiertos indicados en el programa de beneficios, excepto las cantidades que superen lo razonable y habitual y otras limitaciones.

Los gastos médicos cubiertos incluyen:

- A. Alojamiento y comida en sala semiprivada y en la unidad de cuidados intensivos dados a un asegurado por un hospital de cuidados agudos calificado mientras el asegurado es un paciente hospitalizado.
- B. Los servicios y suministros del hospital de cuidados agudos prestados por un hospital de cuidados agudos calificado a un asegurado, para su uso mientras es un paciente interno o ambulatorio, tales como sala de operaciones, radiografías, análisis de laboratorio, drogas, medicamentos, atención general de enfermería, anestesia, radioterapia y sangre o plasma sanguíneo.
- C. Los gastos del programa de atención en hospicio si se recibe una declaración del médico que verifique que la esperanza de vida del asegurado no es superior a 6 meses. La exclusión de la atención de custodia no se aplica a los beneficios del programa de atención en hospicio.

Los gastos del programa de atención en hospicio incluyen:

1. La atención en hospicio como paciente hospitalizado según la tarifa promedio del centro para sala semiprivada y comida.
 2. Servicios de médicos.
 3. Servicios de atención médica en casa, incluyendo:
 - a. Atención de enfermería a tiempo parcial prestada en la casa del asegurado por un enfermero registrado (R.N.), un enfermero practicante autorizado (L.P.N.), o un enfermero de salud pública autorizado.
 - b. Fisioterapia prestada en casa del asegurado.
 - c. Uso de equipo médico.
 4. Atención de relevo.
 5. Medicamentos de venta con receta.
 6. Servicios de duelo para otros miembros de la familia del asegurado, siempre que también sean asegurados en virtud de la póliza. Estos servicios son elegibles por un período que no exceda de 6 meses y solo si el beneficio del programa de atención en hospicio se utilizó por el asegurado con enfermedad terminal.
- D. Suministros y tratamiento médicos, visitas en casa y en el consultorio de un médico y otra atención médica que se considere necesaria para el tratamiento de una enfermedad o lesión, lo que incluye las visitas ofrecidas por Telemedicina.
- E. Beneficios para las visitas de un proveedor dentro de la red a un paciente hospitalizado durante el período de confinamiento.
- F. Beneficios para las visitas de un proveedor fuera de la red durante un período de confinamiento en el que se prestaron servicios quirúrgicos u obstétricos solo si el médico proporciona pruebas, aprobadas por la compañía, de que las visitas eran necesarias y de distinto tipo y naturaleza que las prestadas habitualmente y consideradas servicios quirúrgicos u obstétricos.
- G. Servicios de un médico consultor con competencias o conocimientos especiales para ayudar en el diagnóstico o el tratamiento para una consulta durante cada período continuo en que el paciente esté confinado. No se pagarán beneficios por las consultas del personal necesarias por las normas o reglamentos del centro.
- H. Procedimientos quirúrgicos, incluyendo las atenciones preoperatorias y posoperatorios.
- I. Servicios de un asistente técnico quirúrgico cuando se considere necesario para un procedimiento quirúrgico que no esté disponible de forma rutinaria como servicio prestado por un interno, residente o médico asalariado a tiempo completo del hospital de cuidados agudos.
- J. Procedimientos operativos y de corte generalmente aceptados y necesarios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, lesiones, fracturas y luxaciones, incluyendo cualquier cuidado preoperatorio y posoperatorio necesario y, cuando se incluya como parte de este servicio, la anestesia administrada por el médico o el enfermero anestesista certificado registrado.
- K. Servicios de enfermería privada por un enfermero registrado (R.N.) o por un enfermero practicante autorizado (L.P.N.). Los servicios de enfermería deben estar indicados por un médico calificado.
- L. Servicios de ambulancia terrestre o aérea autorizados para el transporte de emergencia o médicamente necesario al centro más cercano equipado para tratar la condición y dentro de un radio de 500 millas.
- M. Atención de emergencia, incluidos los servicios de sala de emergencias. Si tiene una emergencia, llame al 9-1-1 o vaya al hospital más cercano. Los servicios que determinemos que cumplen la definición de atención de emergencia estarán cubiertos, tanto si la atención es prestada por un proveedor dentro de la red como por un proveedor fuera de la red. La atención de emergencia dada por un proveedor fuera de la red se cubrirá como un servicio de la red.

- La cantidad máxima permitida para la atención de emergencia prestada por un proveedor fuera de la red será la siguiente:
 - La cantidad negociada con los proveedores dentro de la red para el servicio de emergencia dado;
 - La cantidad del servicio de emergencia calculada con el mismo método que utilizamos generalmente para determinar los pagos por los servicios fuera de la red, pero sustituyendo las disposiciones de costos compartidos de la red por las disposiciones de costos compartidos fuera de la red; o
 - La cantidad que se pagaría según Medicare por el servicio de emergencia.
 - Además, si se comunica con su médico y se remite a la sala de emergencias de un hospital, los beneficios se darán al nivel de la atención de emergencia. Los hospitales están abiertos para tratar una emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. **Los cuidados de seguimiento no se consideran atención de emergencia.**
- N. Para los servicios recibidos para la atención de urgencia, incluyendo los cargos de los centros en un centro de atención de urgencia.
- O. Anestésicos, oxígeno y su administración por parte de un médico o enfermero anestesista registrado y certificado.
- P. Sangre y plasma sanguíneo, así como su administración, incluidos los gastos necesarios relacionados con la donación de sangre propia.
- Q. Los miembros artificiales (excepto los miembros mioeléctricos), los ojos y la laringe artificiales para una enfermedad o lesión. Los gastos cubiertos no incluyen los cargos por reemplazo o reparación o mantenimiento, a menos que sea necesario por el crecimiento o desarrollo del cuerpo o por daños irreparables por el desgaste normal.
- R. Marcapasos electrónico para una enfermedad o lesión, no incluyendo los gastos de reemplazo, reparación o mantenimiento. Los gastos cubiertos no incluyen los cargos por reemplazo o reparación o mantenimiento, a menos que sea necesario por el crecimiento o desarrollo del cuerpo o por daños irreparables por el desgaste normal.
- S. Vendajes quirúrgicos, yesos, férulas, bragueros; aparatos ortopédicos, abrazaderas (incluyendo los zapatos correctores adjuntos) para 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 sea necesario por el crecimiento o desarrollo del cuerpo o por daños irreparables por el 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 sea necesario por el crecimiento o desarrollo del cuerpo o por daños irreparables por el desgaste normal.
- U. Alquiler (o, a elección de la compañía, compra, si esta determina que el costo de la compra es inferior a los gastos totales de alquiler anticipada) de una silla de ruedas, una carpa de oxígeno, una cama de hospital, un nebulizador, un equipo de ventilación u otro equipo médico duradero similar. El equipo médico duradero debe ser principalmente de naturaleza médica, y no se usa normalmente de uso en ausencia de enfermedad y lesión. Los gastos cubiertos no incluyen los cargos por reemplazo o reparación o mantenimiento, a menos que sea necesario por el crecimiento o desarrollo del cuerpo o por daños irreparables por el desgaste normal. La cobertura se limita al equipo médico duradero más rentable que satisfaga las necesidades médicas de la persona cubierta.

- V. Radiografías de diagnóstico, electrocardiogramas, electroencefalogramas, análisis de laboratorio y exámenes patológicos cuando se hacen por un médico para el diagnóstico de una enfermedad o lesión.
- W. Tratamiento de fisioterapia por un fisioterapeuta autorizado y terapia ocupacional por un terapeuta ocupacional autorizado. Estos servicios deben darse por una lesión o enfermedad y para mejorar la función corporal.
- X. Tratamientos con radiografías y radio y tratamientos con otras sustancias radiactivas.
- Y. Tratamiento por un terapeuta del habla calificado y autorizado con el fin de restablecer la pérdida del habla o corregir una deficiencia por:
 1. una anomalía congénita; o
 2. una lesión o enfermedad, excepto un trastorno mental, psiconeurótico o de la personalidad.
- Z. Servicios dentales necesarios para corregir daños en un diente natural sano causados por una lesión accidental, cuando el tratamiento se inicie dentro de los 30 días siguientes al accidente.
- AA. Los gastos hospitalarios de cuidados agudos relacionados con procedimientos odontológicos durante la hospitalización, cuando exista una condición médica peligrosa concurrente.
- BB. Servicios hospitalarios de cuidados agudos relacionados con ingresos para extracciones múltiples o quitar dientes no erupcionados mientras el asegurado está en el hospital como paciente hospitalizado.
- CC. La atención de los gastos periódicos de guardería de un niño recién nacido. El requisito de que el confinamiento sea a consecuencia de una lesión o enfermedad no se aplicará a los gastos incurridos con el confinamiento de un niño recién nacido mientras la madre de este niño está confinada en el hospital de cuidados agudos. También serán elegibles las visitas periódicas al médico durante el confinamiento inicial.
- DD. Atenciones prenatales y posnatales, incluyendo las visitas necesarias en el consultorio del médico y los análisis de laboratorio médicamente necesarios relacionados con un embarazo cubierto.
- EE. Vacunas periódicas y necesarias para cada niño recién nacido desde el nacimiento hasta los 72 meses, que incluyen, entre otras, al menos cinco dosis de vacunas contra la difteria, la tos ferina y el tétanos; al menos cuatro dosis de vacunas contra la poliomielitis y el Haemophilus B; dos dosis de vacunas contra el sarampión, las paperas y la rubéola; una dosis contra la varicela y otras vacunas y dosis que pueda prescribir la Secretaría de Salud y Medioambiente de Kansas (Kansas Secretary of Health and Environment).
- FF. Cargos por las circuncisiones en recién nacidos.
- GG. Un lente de contacto por ojo después una operación de cataratas.
- HH. La quimioterapia y los medicamentos utilizados en la terapia antineoplásica se pagan sobre la misma base que cualquier otro medicamento de venta con receta cubierto por 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 ha obtenido el consentimiento informado del paciente para el régimen de tratamiento, que incluye medicamentos aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos para indicaciones no contempladas en la etiqueta.

II. Todos los servicios de atención médica especializada en casa, incluyendo la infusión en casa y los servicios relacionados, necesitan la autorización previa de la compañía para ser elegibles para los beneficios. Si no se obtiene la autorización previa, la compañía tiene derecho a pedir los expedientes médicos para revisarlos y determinar si los servicios son elegibles en virtud de este contrato.

a. Servicios cubiertos que necesitan que el paciente esté confinado en casa:
Se considerará que un asegurado está confinado en su casa si tiene una condición debida a una enfermedad o lesión para la que salir de la casa está médicamente contraindicado. 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 para los servicios educativos se limitarán a no más de tres visitas de educación de atención en casa por período de beneficios para los que la educación de atención en casa sea apropiada.
- (2) Servicios de infusión en casa y relacionados. Estos servicios pueden ser prestados por una agencia de atención médica en casa.

c. Los servicios de atención de enfermería especializada no incluyen lo siguiente:

- (1) Los servicios prestados por un familiar inmediato del asegurado.
- (2) Servicios prestados por un "miembro de su grupo familiar".
- (3) Atención de custodia/mantenimiento. La compañía tiene derecho a determinar qué servicios son de atención de custodia/mantenimiento.

JJ. Los gastos del Centro de enfermería especializada si:

1. El asegurado fue primero un paciente hospitalizado en un hospital de cuidados agudos durante al menos 3 días consecutivos;
2. Un médico solicita el confinamiento en un centro de enfermería especializada para la convalecencia de la condición que causó la estancia en el hospital de cuidados agudos o las condiciones relacionadas;
3. El confinamiento en un centro de enfermería especializada comienza en un plazo de 14 días siguientes al alta de la estancia en el hospital de cuidados agudos, o en un plazo de 14 días siguientes a una estancia en un centro de enfermería especializada relacionada; y
4. El asegurado está bajo la supervisión continua de un médico y necesita atención de enfermería las 24 horas del día y se debe hacer un examen personal al menos una vez cada 7 días.

Los gastos cubiertos en un centro de enfermería especializada incluyen:

1. Sala semiprivada y alimentos;
2. Otros servicios y suministros recetados por un médico y dados por el centro de enfermería especializada para la atención médica de los paciente hospitalizado; o
3. Servicios dados en el curso del tratamiento del asegurado por un anestesista, patólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta del habla o radiólogo.

Ningún beneficio del centro de enfermería especializada será un gasto pagadero por:

1. confinamiento que no cumpla los requisitos de arriba para los beneficios de un centro de enfermería especializada;
2. artículos personales y servicios de enfermería privada u otros servicios profesionales, a menos que el paciente esté bajo atención continua de su médico o a menos que la atención de enfermería de 24 horas sean esenciales; o
3. Atención de custodia.

Tratamiento psiquiátrico, incluido lo siguiente:

1. Ingresos en hospitales de cuidados agudos y centros psiquiátricos;
2. Los servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios cuando sean dados y facturados por un centro psiquiátrico o un programa de hospitalización parcial;
3. Atención diurna y nocturna dada en hospitales de cuidados agudos o centros psiquiátricos. Todos los gastos elegibles relacionados con esta atención se considerarán gastos de paciente hospitalizado:
 - a. Personal profesional y otros servicios auxiliares puestos a disposición de los pacientes ambulatorios;
 - b. Medicamentos con receta y medicamentos dispensados en el hospital de cuidados agudos para la atención psiquiátrica diurna y nocturna o en el centro psiquiátrico, cuando se dispensen con el tratamiento recibido en el hospital de cuidados agudos o en el centro psiquiátrico;
4. Terapia de electroshock cuando la administra un médico;
5. Anestesia para terapia de electroshock cuando la administra un médico que no sea el que administra la terapia de electroshock;
6. Pruebas psicológicas hechas por un médico;
7. Orientación personal o familiar dada por un médico;
8. Atención privada de enfermería en un hospital de cuidados agudos, en un centro psiquiátrico, en un programa de hospitalización parcial o en casa; y
9. El tratamiento debe darse en un centro aprobado por un M.D., un Ph.D. o un trabajador social autorizado.

KK. Tratamiento para el abuso de sustancias.

LL. Cargos del centro de atención ambulatoria o del hospital de cuidados agudos para pacientes ambulatorios en un procedimiento quirúrgico cubierto.

MM. Pruebas de preingreso en un plazo de 10 días anteriores a la cirugía.

NN. Gastos de cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios y suministros relacionados con el procedimiento, dados en un plazo de 24 horas posteriores a la cirugía:

1. Servicios de médicos
2. Suministros necesarios

OO. Los beneficios de trasplante de órganos humanos y médula ósea se dan 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 se cubre ningún trasplante que no figure específicamente como cubierto, ni los suministros o servicios dados directamente para los trasplantes de órganos humanos o relacionados con trasplantes de órganos humanos que no figuren específicamente como cubiertos. No se dará ningún beneficio por combinaciones de trasplantes de órganos múltiples que no estén en la lista, incluso cuando uno o más de los órganos implicados estén como trasplante cubierto.

Los beneficios para un trasplante de órganos humanos estarán disponibles para un donante vivo (sea o no un asegurado), si el receptor es un asegurado, a menos que el donante tenga otra cobertura.

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

Los beneficios están disponibles solo cuando se certifica previamente y el tratamiento particular para la condición del asegurado no es experimental o de investigación.

Los beneficios estarán disponibles para los costos asociados con la búsqueda de un donante y la adquisición de médula ósea o células madre periféricas cuando no haya un donante relacionado disponible.

PP. Servicios de atención preventiva y de detección e inmunizaciones para niños, adolescentes y adultos (dados solo por un proveedor dentro de la red).

Servicios de atención preventiva y de detección e inmunizaciones para niños, adolescentes y adultos que:

- tengan una calificación de A o B en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force); o
- estén recomendados por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention); o
- se dan en las directrices generales respaldadas por la administración de recursos y servicios médicos, en relación con la persona en cuestión.

Consulte las recomendaciones y directrices sobre la edad, la frecuencia y otras directrices. Algunos ejemplos de pruebas de detección incluyen las que son para la presión alta, el cáncer de mama (mamografías), el cáncer de cuello de útero (PAP), el colesterol, la depresión, la diabetes, el cáncer colorrectal (colonoscopias) y el cáncer de próstata (PSA). Los ejemplos de vacunas son las vacunas con el VIH, la DTP, la hepatitis A, la hepatitis B, el HIB, el VPH, la triple vírica y la antigripal.

La prueba de detección de cáncer de próstata cubre a todos los hombres de 50 años o más y solo a los de 40 años o más que sean sintomáticos o estén en una categoría de alto riesgo. La prueba de detección incluye un análisis de sangre del antígeno prostático específico y un tacto rectal.

Cobertura de los servicios relacionados con el diagnóstico, el tratamiento y la gestión de la osteoporosis para las personas con una condición o antecedentes médicos para los que la medición de la masa ósea es médicamente necesaria.

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

<https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/>
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://www.hrsa.gov)

QQ. Hemodiálisis.

- RR. Segundas opiniones quirúrgicas.
SS. Centro de partos.
- TT. Los servicios de rehabilitación cardíaca de fase I y fase II se cubrirán en un plazo de 3 meses posteriores a lo siguiente: después de un infarto de miocardio; después de un bypass coronario; después de una angioplastia transluminal percutánea; después de un trasplante cardíaco; después de una ablación de vías; después de la implantación de un AICD; angina de pecho (clase III o IV); enfermedad del miocardio (clase III o IV); y arritmias peligrosas. No se dan beneficios para programas de mantenimiento o no supervisados, ni para la compra o alquiler de equipos de ejercicio para la rehabilitación cardíaca.
- UU. Cargos por una mastectomía, o en relación con una, incluyendo lo siguiente:
1. Reconstrucción de la mama en la que se hizo la mastectomía;
 2. Procedimientos quirúrgicos y reconstrucción de la otra mama, para producir una apariencia simétrica;
 3. Prótesis y complicaciones físicas de todas las fases de la mastectomía, incluyendo los linfedemas.
 4. No se dan beneficios para artículos de vestir, excepto la cobertura de dos (2) sujetadores posmastectomía por asegurado y por período de beneficio. Un sostén de posmastectomía es un sostén que diseñado específicamente y pretende apoyar una prótesis unilateral o bilateral de mama.
- X. 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 de mama quirúrgica y examen patológico e interpretación;
 3. un servicio durante el período de 5 años para un asegurado de 35-40 años, a menos que sea considerado necesario por un médico, independientemente de la fecha del último servicio y de la edad del asegurado;
 4. un servicio durante cada año del plan para un asegurado de 40 años o más, a menos que un médico lo considere necesario, independientemente de la fecha del último servicio y de la edad del asegurado.
- WW. Para las madres y los recién nacidos, se permitirá un ingreso en un hospital de cuidados agudos de 48 horas después de un parto normal, o de 96 horas después de un parto por cesárea, para un ingreso elegible. Esto incluye los gastos obstétricos y de parto de la madre biológica de un niño adoptado en un plazo de 90 días siguientes al nacimiento de este niño.
- XX. Jeringas, agujas y bolsas de colostomía recetadas.
- YY. Los servicios quirúrgicos y no quirúrgicos de carácter reversible para el tratamiento de trastornos temporomandibulares, craneomandibulares, neuromusculares de cabeza y cuello o similares requieren autorización previa y están sujetos a lo siguiente:
1. un examen único incluyendo las asignaciones para todos los modelos, las pruebas electrónicas de diagnóstico, las pruebas psicológicas y las fotografías;
 2. fisioterapia de frecuencia y duración necesarias y limitada a una recomendación de beneficio de modalidad múltiple cuando se dé más de un tratamiento terapéutico en la misma fecha de tratamiento;
 3. inyecciones terapéuticas;
 4. terapia con aparatos basada en el cargo usual y habitual para el uso de un solo aparato, independientemente de la cantidad de aparatos utilizados, incluyendo una asignación para todos los servicios de diagnóstico de relación y posición de la mandíbula, visitas en el consultorio, ajustes, capacitación, reparación y reemplazo del aparato
 5. no puede haber cálculos previos de la frecuencia o duración de los tratamientos y servicios relacionados con TMJ.

- ZZ. Programa de diabetes para prevenir la aparición de la diabetes clínica donde se destacan las directrices de las mejores prácticas para prevenir la aparición de la diabetes clínica y para tratar la diabetes, incluyendo, entre otras, la dieta, el estilo de vida, el ejercicio físico y el acondicionamiento físico, y el diagnóstico y el tratamiento tempranos.
1. Cobertura de los siguientes equipos, suministros y capacitación educativa para el tratamiento de la diabetes, si se determina que son médicamente necesarios y recetados por un médico alópata u osteópata:
 - a) Monitores de glucosa en sangre y monitores de glucosa en sangre para personas con ceguera legal.
 - b) Tiras reactivas para monitores de glucosa, tiras de lectura visual y de análisis de orina, lancetas y dispositivos de lancetas con resorte.
 - c) Jeringas.
 - d) Bombas de insulina y suministros médicos necesarios para el uso de una bomba de insulina.
 - e) Capacitación en control propio de la diabetes para asegurar que las personas con diabetes estén capacitadas en cuanto al control propio y el tratamiento adecuados de su condición de diabético, sujeto a lo siguiente:
 - i. Se limita a la cumplimentación de un programa certificado de educación sobre la diabetes cuando suceda uno de los siguientes casos:
 1. Si se considera médicamente necesario después del diagnóstico de diabetes por un médico alópata u osteópata que controle la condición diabética del paciente y si los servicios son necesarios según un plan de atención integral para asegurar el cumplimiento de la terapia o para dar las competencias y los conocimientos necesarios.
 2. Si un médico alópata u osteópata diagnostica un cambio significativo con implicaciones a largo plazo en los síntomas o condiciones del paciente que requiera cambios en el control propio del paciente o un cambio significativo en el protocolo médico o en las modalidades de tratamiento.
 - ii. Deberá darse por un programa de capacitación para pacientes ambulatorios con diabetes certificado para recibir el reembolso de Medicaid o Medicare o certificado por el Departamento de Salud Comunitaria. La capacitación dada bajo esta subdivisión se hará en entornos de grupo, siempre que sea posible.
 2. Tal y como se utiliza en este gasto cubierto, "diabetes" incluye todo lo siguiente:
 - a. Diabetes gestacional.
 - b. Diabetes dependiente de la insulina.
 - c. Diabetes no dependiente de la insulina.
- AAA. Pruebas de alergias, evaluaciones e inyecciones, incluyendo los costos del suero.
- BBB. Atención podológica periódicas solo cuando exista una enfermedad como la diabetes que pueda afectar a la circulación o a la pérdida de sensibilidad en los miembros inferiores.
- CCC. Consultas con un dietista empleado por un proveedor dentro de la red. Algunos servicios de dietista pueden cubrirse por el beneficio de atención preventiva.
- DDD. Educación hecha por proveedores dentro de la red sobre el manejo de estados de enfermedades crónicas como la diabetes o el asma.

- EEE. Clases de maternidad impartidas por proveedores dentro de la red.
- FFF. Evaluación y tratamiento del dolor crónico o agudo, como se especifica en nuestras políticas médicas.
- GGG. Cirugía reconstructiva para corregir anomalías congénitas o efectos de enfermedad o lesión, si:
1. Los defectos o efectos de la enfermedad o lesión causan una discapacidad clínica funcional. Existe "deterioro funcional clínico" cuando las anomalías o efectos de la enfermedad o lesión:
 - a. Causan una incapacidad significativa o un trauma psicológico importante (las razones psicológicas no representan una necesidad médica o quirúrgica, a menos que se esté en psicoterapia por cuestiones exclusivamente relacionadas con la enfermedad o lesión para la que se solicita la cirugía reconstructiva);
 - b. Interfiere con el empleo o la asistencia habitual a la escuela;
 - c. Necesita una cirugía que es un componente de un programa de cirugía reconstructiva para una deformidad congénita o un traumatismo; o
 - d. Contribuye a un problema médico importante; y
 2. Esperamos razonablemente que la cirugía corrija la condición; y
 3. Los servicios deben estar aprobados previamente por nosotros y usted los recibe en un plazo de dos años siguientes al evento que causó la deficiencia, a menos que se aplique una de las siguientes condiciones:
 - a. La deficiencia causada por la enfermedad o lesión no se reconoció en el momento del evento. En ese caso, el tratamiento debe comenzar en un plazo de dos años siguientes al momento en que se identificó el problema; o
 - b. su tratamiento necesita retrasarse por razones de desarrollo.
- Cubriremos el tratamiento para corregir la deficiencia funcional, incluso si el tratamiento debe hacerse por etapas, siempre que este tratamiento se inicie en un plazo de dos años siguientes al evento que causó la deficiencia y mientras usted siga estando asegurado.
- HHH. Rehabilitación pulmonar.
- III. Biorretroalimentación para el tratamiento de diagnósticos médicos de incontinencia urinaria en adultos de 18 años o más.
- JJJ. Servicios de manipulación espinal.
- KKK. Servicios para dejar de fumar tabaco dados por un médico dentro de la red. Algunas pruebas de detección, orientación e intervenciones pueden cubrirse por el beneficio de atención preventiva.
- LLL. Alimentación complementaria administrada por sonda. Este tipo de terapia nutricional también se conoce como alimentación enteral. Se cubren las fórmulas destinadas a este tipo de alimentación, los suministros, equipos y accesorios necesarios para administrar este tipo de terapia nutricional.
- MMM. Alimentación complementaria administrada por vía intravenosa. Este tipo de terapia nutricional también se conoce como nutrición parenteral. Se cubrieron los nutrientes, suministros y equipos necesarios para administrar este tipo de nutrición.
- NNN. Servicios dados en un centro de rehabilitación para paciente hospitalizado.
- OOO. Los servicios prestados por un Centro de atención de casos agudos a largo plazo.

- PPP. La administración de anestesia general y los gastos del centro de atención médica para la atención dental se cubrieron para:
- o un niño de cinco años o menos;
 - o una persona con una discapacidad grave;
 - o Una persona que tenga una condición médica o de comportamiento que necesite hospitalización o anestesia general cuando se le dé atención dental.
- QQQ. Los servicios quirúrgicos bucales (médicos) cubiertos dentro de un entorno de consultorio pueden incluir lo siguiente:
- o Procedimientos quirúrgicos de la mandíbula y las encías
 - o Eliminación de tumores y quistes de los maxilares, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca
 - o Eliminación quirúrgica de dientes impactados, lesiones benignas o malignas (no incluyendo lesiones inflamatorias)
 - o Servicios médicos, como sutura de laceraciones necesarias de la cirugía bucal cubierta por los servicios quirúrgicos bucales de los dientes naturales sanos.
- RRR. Una prueba de audición, hecha como parte de un examen físico, durante cada año calendario para determinar la pérdida de audición como se determina dentro de la prueba de detección preventiva periódica, servicios preventivos de USPSTF.
- SSS. Una prueba 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 la prueba de detección preventiva periódica, según los servicios preventivos de USPSTF.
- TTT. Costos de atención periódica del paciente asociados a la prestación de servicios cubiertos, incluyendo los medicamentos, artículos, dispositivos, tratamientos, diagnósticos y servicios que, de otro modo, estarían cubiertos ante esta póliza si estos medicamentos, artículos, dispositivos, tratamientos, diagnósticos y servicios no se dieron con un programa de ensayo clínico aprobado, incluyendo los servicios cubiertos que normalmente se dan a pacientes que no participan en un ensayo clínico.

No se negará a las personas calificadas la participación en un ensayo clínico aprobado en el tratamiento de cáncer u otra enfermedad o condición que ponga en peligro la vida. Una persona calificada no será discriminada por su participación en este ensayo.

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

UUU. Servicios preventivos para la mujer, 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 (p. ej., Depo-Provera y dispositivos intrauterinos (DIU)). Los diafragmas también se cubrirán cuando los servicios se den en el consultorio del médico;
2. Esterilización de mujeres, incluyendo la ligadura de trompas y los cargos asociados (anestesia, laboratorios, etc.);
3. Sacaleches manuales y eléctricos por embarazo cuando se compren o alquilen a un proveedor autorizado o se adquieran en un establecimiento retail. Los sacaleches de uso hospitalario no se cubren;
4. Apoyo y orientación en materia de lactancia por un proveedor autorizado (en el hospital o

- en el consultorio);
5. Prueba de detección de la diabetes gestacional para las mujeres embarazadas de entre 24 y 28 semanas de gestación y primera visita prenatal para las mujeres embarazadas con alto riesgo de diabetes;
 6. Prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH);
 7. Orientación anual sobre infecciones de transmisión sexual durante las visitas de bienestar para todas las mujeres sexualmente activas;
 8. Cuestionarios sobre violencia interpersonal y doméstica.
- XV. Beneficios de la vista pediátricos para hijos menores de 19 años:
1. Exámenes de la vista de rutina, según sea necesario, cuando sean hechos por oftalmólogos y optometristas.
 2. Un par de anteojos o lentes de contacto estándar cada año calendario (los lentes de contacto sustituyen a los anteojos). Hasta tres juegos de lentes por año calendario;
 3. Tres pares de monturas por año calendario. Las monturas estándar incluyen una garantía mínima de un año. En el caso de las monturas no estándar, el asegurado es responsable de la totalidad del gasto de las monturas.
- WWW. Blefaroplastia de párpado superior.
- XXX. Reducción de mamas.
- YYY. Tratamiento quirúrgico de ginecomastia masculina.
- ZZZ. Tratamientos de apnea del sueño, incluyendo los procedimientos bucales de faringe. Consulte la administración de utilización para los requisitos de autorización previa.
- AAAA. Se proporcionan beneficios para una prótesis de pene requerida para la impotencia fisiológica (no psicológica), sujeta a la aprobación previa de la Compañía solo en las siguientes situaciones: traumatismo, cirugía pélvica radical, diabetes, Enfermedad de Peyronie, enfermedades vasculares o neurológicas cuando la situación individual justifica la cobertura en opinión de la Compañía. Sujeto a autorización previa.

No se cubren los servicios de los laboratorios del sueño para las pruebas de tumescencia peneana nocturna.

Beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Medicamentos con receta obtenidos en una farmacia participante. Puede llamar al número 800 que está en su tarjeta de identificación para obtener asistencia en una farmacia participante.

El formulario dependerá de los cambios. Los medicamentos pueden eliminarse del formulario durante el año si surgen problemas de seguridad significativos o si salen al mercado nuevos productos que son superiores en eficacia o seguridad. Si se determina que un nuevo medicamento es tan seguro y eficaz como las terapias actualmente disponibles, se revisa su rentabilidad. Normalmente, si el costo es comparable o mejor que las terapias existentes, el medicamento se agrega al formulario. Los medicamentos que están en el formulario se incluirán en los medicamentos cubiertos si no se excluyen, si se paga el copago o el deducible y el coseguro correspondientes y si se recibe la autorización previa necesaria.

Algunos medicamentos con receta dependerán de la terapia escalonada. La terapia escalonada es un proceso automatizado que define cómo y cuándo se puede dispensar un determinado medicamento en función de sus historias farmacéuticas. La terapia escalonada suele necesitar el uso de uno o más medicamentos como requisito previo para utilizar otro medicamento.

Puede obtener una copia del formulario actual sin costo alguno si se comunica con nosotros a:

Dirección: US Health and Life Insurance Company A la
atención de: Servicio de atención al cliente
[8220 Irving Road
Sterling Heights, MI
48312] Teléfono: [800-211-1534]
Fax: [586-693-4321]
Sitio web: [www.ascensionpersonalizedcare.com]

Medicamento 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 particular diferente de la del asegurado y reconocidos como tratamiento médico apropiado para el diagnóstico o condición del asegurado en uno o más de los compendios de referencia estándar o recomendados por un estudio clínico o recomendados por un artículo de revisión en una revista profesional importante revisada por pares.
- 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 cubrieron los medicamentos que se obtienen con receta, no se excluyeron y son medicamento necesarios. Los beneficios sujetos a autorización previa se cubrieron solo en la medida en que el asegurado cumpla los requisitos de autorización previa.

Cuando exista un medicamento genérico equivalente a un medicamento de marca, el asegurado será responsable del copago del medicamento de marca y de la diferencia de precio entre el medicamento de marca y el genérico, a menos que el médico que lo prescribe dé una carta de necesidad médica que respalde el uso del medicamento de marca por una razón médica específica.

Límites de dispensación: La cantidad de medicamentos con receta dispensada de acuerdo con una receta médica o un resurtido será la cantidad normalmente recetada por el médico, sin exceder la cantidad necesaria para el suministro de 34 días consecutivos, con las siguientes excepciones:

- A. un (1) vial de insulina;
- B. ocho (8) onzas líquidas de medicamento;
- C. tres (3) onzas de peso neto de pomada o crema;
- D. un suministro de 14 días de antibióticos;
- E. un suministro de 90 días para la entrega en casa (si se selecciona la opción de entrega en casa);
- F. un suministro suficiente para dar una medicación continua adecuado durante la ausencia temporal citada del asegurado en un área donde haya una farmacia participante, sujeto a la revisión y aprobación previa de US Health and Life Insurance Company.

Las nuevas recetas o resurtidos de un medicamento con receta obtenido previamente no se cubre hasta que se utilice el 75% de la medicación obtenida (a menos que se obtenga una autorización previa).

Medicamentos cubiertos sujetos a autorización previa

La autorización previa es que se ha presentado una solicitud a la compañía o al administrador de beneficios de farmacia (PBM) identificado en la tarjeta de identificación para que se determine si el medicamento con receta pedido es médicamente necesario y es un tratamiento médicamente adecuado para la condición para la que se receta.

La autorización previa tiene como propósito fomentar el uso adecuado y rentable de los medicamentos. El administrador de beneficios de farmacia se ha apoyado en un equipo clínico de médicos y farmacéuticos para identificar, desarrollar y aprobar los criterios clínicos de los medicamentos que son adecuados para la autorización previa con la revisión del etiquetado aprobado por la FDA, la bibliografía científica y las directrices reconocidas a nivel nacional.

Los medicamentos y las clases de medicamentos sujetos a autorización previa se escogen en función de una serie de factores, incluyendo los hallazgos médicos actuales, la información de la FDA y la disponibilidad de otros tratamientos rentables disponibles en el mercado.

Si al asegurado se le receta un medicamento sujeto a autorización previa, este no se dispensará sin la autorización previa obtenida por el médico del asegurado. Si se obtiene la autorización previa, el medicamento se dispensará y estará a la penalización de la autorización previa. Si se niega la autorización previa, no se dispensará el medicamento y se avisará al asegurado el procedimiento de apelación adecuado. Los medicamentos sujetos a autorización previa dependerán de los cambios.

Puede obtener una copia de la lista actual de medicamentos con receta que necesitan autorización previa sin costo alguno si se comunica con nosotros en:

Dirección: US Health and Life Insurance Company A la
atención de: Servicio de atención al cliente
[8220 Irving Road
Sterling Heights, MI 48312]
Teléfono: [800-211-1534]
Fax: [586-693-4321]
Sitio web: [www.ascensionpersonalizedcare.com]

Proceso de excepción de medicamentos con receta

Los proveedores o las personas cubiertas pueden pedir y obtener acceso a un medicamento que no esté en el formulario del plan en determinadas situaciones. El proveedor de la persona cubierta puede recomendar un servicio particular o un artículo aprobado por la FDA basado en una determinación de necesidad médica en esa persona. Bajo este proceso, avisaremos a la persona cubierta, a la persona designada por el asegurado y al médico nuestra decisión en un plazo de 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud de excepción. La persona cubierta o el médico designado por la persona cubierta pueden pedir una excepción acelerada basada en circunstancias exigentes y recibir la notificación a más tardar 24 horas después de hacer la solicitud.

Exclusiones de medicamentos con receta

Los beneficios no se dan para:

1. Los cargos de administración o inyección de cualquier medicamento.
2. Medicamentos de venta con receta que se administran o consumen en su totalidad en el momento y lugar pedidos.
3. Medicamentos de venta con receta que normalmente (en la práctica profesional) no se cobran.
4. Medicamentos de venta con receta para uso no humano.
5. Aparatos y dispositivos ortopédicos y protésicos.
6. Medicamentos de venta con receta adquiridos en una farmacia institucional para su uso mientras el asegurado esté como paciente hospitalizado en esta institución.
7. Cargos de entrega de cualquier medicamento.
8. Cualquier medicamentos con receta o dispensado de manera que no esté de acuerdo con las prácticas médicas o farmacéuticas generalmente aceptadas.
9. Medicamentos, suministros y equipos utilizados en tratamientos intravenosos.
10. Los beneficios no están disponibles en la medida en que un medicamento de venta con receta se cubra en virtud de otro contrato, póliza o adjunto emitido por US Health and Life Insurance Company.
11. Antígenos para la alergia.
12. Cualquier alimento, incluyendo leche materna, fórmulas y otros productos nutricionales.
13. Nutrición parenteral total.
14. Medicamentos disponibles de venta libre en la dosis equivalente que no necesitan una receta en virtud de la ley federal o estatal.
15. Cargos por servicios que no están como servicios cubiertos.
16. Servicios por lesiones o enfermedades relacionadas con su empleo, en la medida en que usted esté cubierto o deba estarlo por una ley de indemnización por accidente laboral. Si usted llega a un acuerdo en el que renuncia a su derecho a recuperar los beneficios médicos pasados o futuros en virtud de una ley de indemnización por accidente laboral, la compañía no pagará los beneficios médicos pasados o futuros que sean objeto de dicho acuerdo o estén relacionadas con él.

Además, si usted está cubierto por un programa de indemnización por accidente laboral que limita los beneficios cuando se utilizan proveedores no especificados, y usted recibe servicios de un proveedor no especificado por el programa, la compañía no pagará los saldos de los cargos de dichos proveedores no especificados después de que se hayan agotado sus beneficios bajo el programa.
17. Servicios en los que están disponibles beneficios duplicados de reglamentos o programas en virtud de las leyes, federales, estatales o locales. Ejemplos de estos programas son: Medicare, TRICARE y servicios en cualquier centro de veteranos cuando los servicios sean susceptibles de ser cubiertos por el gobierno. Esta póliza dará cobertura de forma primaria o secundaria según lo pida la ley estatal o federal. Esta exclusión no se aplica a Medicaid.

Esta exclusión se aplica independientemente de que usted decida o no renunciar a sus derechos a estos servicios, excepto en el caso de aquellos servicios que serían elegibles para los beneficios de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. Estos beneficios solo se excluirán si usted se inscribió en la Parte D.

18. Cualquier servicio dado por un distrito ante un Plan de Educación Individualizado (IEP), según lo exigido en virtud de cualquier ley federal o estatal. Esta exclusión se aplica independientemente de que usted decida renunciar a sus derechos a estos servicios.
19. Los servicios médicos relacionados con lesiones corporales accidentales causadas en un accidente en automóvil, en la medida en que estos servicios sean pagaderos ante la disposición de pago de gastos médicos de cualquier póliza de seguro de auto.
20. Servicios no recetados por un médico o continuados después de que un médico le aconsejó que no es necesario continuar con la atención.
21. Servicios que no son médicamente necesarios, tal y como se definen en esta póliza.
22. Medicamentos de venta con receta utilizados principalmente para estimular el crecimiento del pelo. Esta exclusión se aplica incluso si el medicamento se receta para fines distintos de la estimulación del crecimiento del pelo.
23. Cargos por completar los formularios de reclamo del seguro.
24. Cualquier medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico y servicios relacionados que sean, en la fecha del servicio, experimentales o de investigación, tal y como se define en la sección de definiciones generales. Esta exclusión no se aplica a los servicios periódicos de atención al paciente (tal y como se definen en la Reglamentación Administrativa de Kansas 40-4-43) dados en un ensayo clínico de cáncer aprobado para el que, de otro modo, se dispondría de beneficios para los mismos servicios cuando no se dan con este ensayo clínico.
25. Servicios dados directamente para o en enfermedades o lesiones causadas por o provocadas en actos de guerra, insurrección, rebelión, invasión armada o agresión.
26. Cualquier medicamento o suministro relacionado con el tratamiento médico y el tratamiento de la obesidad. Esto incluye, entre otros, los nutrientes y los medicamentos con receta para fines distintos del tratamiento de la obesidad.
27. Supresores del apetito.
28. Cualquier servicio o suministro dado u obtenido con un servicio excluido. "Dado en relación con" es cualquier servicio o suministro que no se hubieran dado u obtenido si el servicio excluido no se hubiera dado y que se da dependiendo de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio por cualquier proveedor elegible.
29. Terapia de hormonas de crecimiento u otros medicamentos utilizados para tratar la insuficiencia de crecimiento, excepto en las situaciones específicamente establecidas como elegibles para los beneficios.
30. Ciertos medicamentos con receta que tienen medicamentos terapéuticamente equivalentes o intercambiables que están disponibles como medicamento de venta libre (OTC) y que pueden obtenerse sin receta. Se trata de medicamentos de la misma clase terapéutica que tienen entidades químicas diferentes, pero que dan efectos similares o la misma acción farmacológica cuando se administran en dosis terapéuticamente equivalentes. Estos medicamentos están en el formulario.
31. Medicamentos de venta con receta que están como excluidos en el formulario. Estas exclusiones se suman a los medicamentos o clases de medicamentos excluidos en virtud de otras disposiciones de esta póliza.
32. Vacunas e inmunizaciones.

SECCIÓN 5. REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN

Gestión de utilización

Los beneficios de los asegurados dependerán de las siguientes disposiciones de administración de utilización:

La revisión de autorización previa tiene por objeto confirmar la necesidad y adecuación médica de un entorno, servicio, tratamiento, suministro, dispositivo o medicamento de venta con receta. Si un entorno, servicio, tratamiento, suministro, dispositivo o medicamento de venta con receta está en la lista de abajo, se debe obtener la revisión de autorización previa antes de incurrir en cualquier reclamo por ese entorno, servicio, tratamiento, suministro, dispositivo o medicamento de venta con receta. Usted es responsable de obtener la revisión de autorización previa cuando se necesite. Puede obtener la revisión de autorización previa comunicándose con nosotros en:

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 los beneficios se pagarán. Todos los beneficios a pagar dependerán de todos los términos, condiciones, disposiciones, exclusiones y limitaciones de la póliza.

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

- Ingresos de paciente hospitalizado (incluyendo los cuidados agudos, los cuidados agudos a largo plazo: rehabilitación médica del comportamiento, o de los trastornos por abuso de sustancias, tratamiento residencial y hospitalización parcial; centro de enfermería especializada).
- Ingresos de emergencia en un plazo de 48 horas siguientes al ingreso
- Maternidad de alto riesgo (periódica que supera los requisitos federales)
- Procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios
- Procedimientos bucales de faringe
- Procedimientos espinales
- Radiología diagnóstica
- Radiología terapéutica
- Pruebas neuropsicológicas
- Ortesis y prótesis
- Equipo médico duradero (incluyendo los artículos de DME de más de \$1000)
- Dispositivos auditivos (EAR)
- Trasplantes (que no sean de córnea)
- Atención médica en casa
- Terapia de infusión en casa
- Terapia como paciente ambulatorio de rehabilitación y habilitación
- Medicamentos inyectables (administrados por un proveedor médico)
- Pruebas genéticas

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

Si no se utilizan o acatan las decisiones del programa de administración de utilización, se negará el reclamo por no haber autorizado previamente el procedimiento o ingreso propuesto.

SECCIÓN 6. EXCLUSIONES GENERALES

Los beneficios no se darán para:

1. Servicios que no están como servicios cubiertos.
2. Servicios por lesiones o enfermedades relacionadas con su empleo, en la medida en que usted esté cubierto o deba estarlo por una ley de indemnización por accidente laboral. Si usted llega a un acuerdo en el que renuncia a su derecho a recuperar los beneficios médicos pasados o futuros en virtud de una ley de indemnización por accidente laboral, la compañía no pagará los beneficios médicos pasados o futuros que sean objeto de dicho acuerdo o estén relacionadas con él.

Además, si usted está cubierto por un programa de indemnización por accidente laboral que limita los beneficios cuando se utilizan proveedores no especificados, y usted recibe servicios de un proveedor no especificado que no está especificado por el programa, la compañía no pagará los saldos de los cargos de dichos proveedores no especificados después de que se hayan agotado sus beneficios bajo el programa.

3. Servicios en los que están disponibles beneficios duplicados en virtud de las leyes, reglamentos o programas federales, estatales o locales. Ejemplos de estos programas son: Medicare, TRICARE y servicios en cualquier centro de veteranos cuando los servicios sean susceptibles de ser cubiertos por el gobierno. La cobertura se dará de forma primaria o secundaria, según lo exijan las leyes estatales o federales. Esta exclusión no se aplica a Medicaid.

Esta exclusión se aplica independientemente de que Usted decida o no renunciar a Sus derechos a estos servicios, excepto en el caso de aquellos servicios que serían elegibles para los beneficios de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. Estos beneficios solo quedarán excluidos si Usted se inscribió en la Parte D. La renuncia a sus derechos a estos servicios incluirá la no contratación de la cobertura de cualquiera de estos programas gubernamentales, incluyendo las Partes A y B de Medicare, cuando usted sea elegible para contratar esta cobertura.

4. Cualquier servicio dado por un distrito escolar ante un IEP, tal y como exige en virtud de cualquier ley federal o estatal.

Esta exclusión se aplica independientemente de que usted decida renunciar a sus derechos a estos servicios.

5. Servicios no recetados por un médico o continuados después de que un médico le aconsejó que no es necesario continuar con la atención.
6. Servicios que no son médicamente necesarios, tal y como se definen en esta póliza.
7. Servicios que se determinan como no médicamente necesarios a través del proceso de revisión de utilización del hospital. En ausencia de un proceso de revisión de utilización del hospital, la compañía tiene derecho a determinar cuándo los servicios son médicamente innecesarios.
8. Servicios dados por proveedores institucionales y profesionales para ingresos innecesarios como paciente hospitalizado, cuando los servicios y evaluaciones que podrían darse satisfactoriamente como paciente ambulatorio.
9. Cualquier medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico y servicios relacionados que sean, en la fecha del servicio, experimentales o de investigación, tal y como se define en la sección de definiciones generales. Esta exclusión no se aplica a los servicios periódicos de atención al paciente (tal y como se definen en la Reglamentación Administrativa de Kansas 40-4-43) dados en un ensayo clínico de cáncer aprobado para el que, de otro modo, se dispondría de beneficios para los mismos servicios cuando no se dan con este ensayo clínico.
10. Procedimientos y pruebas de diagnóstico que se consideran obsoletos por el comité médico asesor profesional de la compañía.
11. Servicios dados directamente para o en enfermedades o lesiones causadas por o provocadas en actos de guerra, insurrección, rebelión, invasión armada o agresión.
12. Servicios que ya se cubren por otra disposición de esta póliza.
13. Sangre o pago a donantes de sangre.

14. Cualquier servicio o suministro relacionado con el tratamiento médico y el tratamiento de la obesidad. Esto incluye, entre otros, cirugía, visitas en el consultorio, hospitalizaciones, servicios de laboratorio o radiología, medicamentos con receta, programas médicos de reducción de peso, nutrientes y orientación dietética.
15. Atención especializada para pacientes internos, atención intermedia, atención de convalecencia, atención de custodia/mantenimiento o curas de reposo.
16. Todos los servicios asociados a los procedimientos de trasplante, excepto los establecidos específicamente como beneficios.
17. Servicios asociados con cualquier tipo de prueba de detección física o médica masiva, excepto las pruebas de Papanicolaou y las mamografías hechas en un centro móvil certificado por los centros de servicios de Medicare y Medicaid. Dos ejemplos de prueba de detección masivas son aquellos en las furgonetas móviles y los programas de pruebas escolares.
18. Servicios y materiales de biorretroalimentación autógena, excepto para la incontinencia urinaria en adultos de 18 años o más.
19. Acupuntura.
20. Servicios o suministros relacionados con cambios de sexo/reasignación de género, y servicios relacionados con la función sexual, y cualquier complicación relacionada.
21. Procedimientos de reversión de la esterilización.
22. Fecundación in vitro, fecundación in vivo o cualquier otro procedimiento de inseminación con ayuda médica.
23. Cargos por autopsias, a menos que la autopsia sea solicitada por US Health & Life Insurance Company.
24. Transporte que no sean los servicios de ambulancia cubiertos.
25. Cargos por completar los formularios de reclamo del seguro.
26. Servicios de laboratorio hechos en un laboratorio independiente que no esté aprobado por Medicare.
27. Medicamentos de venta con receta utilizados principalmente para estimular el crecimiento del pelo. Esta exclusión se aplica incluso si el medicamento se receta para fines distintos de la estimulación del crecimiento del pelo.
28. Cirugía estética o reconstructiva, excepto cuando el procedimiento quirúrgico sea uno de los siguientes:
 - a. Reparación estética o reconstructiva de una lesión accidental.
 - b. Cirugía reconstructiva de las mamas en una mastectomía médicamente necesaria que sea consecuencia de una enfermedad o lesión médica. Esto incluye la cirugía reconstructiva en una mama en la que no se hizo una mastectomía para producir una apariencia simétrica.
 - c. Reparación como resultado de anomalías congénitas y complicaciones o condiciones hereditarias, limitadas 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 palmeados. (4) dedos de la mano o del pie supernumerarios.
 - d. Servicios de reconstrucción hechos en estructuras del cuerpo para mejorar/restablecer deficiencias de la función corporal resultantes de enfermedades, traumatismos, anomalías congénitas o del desarrollo o procesos terapéuticos anteriores.

A efectos de esta disposición, el término "estética" son los procedimientos y servicios relacionados hechos para remodelar las estructuras del cuerpo con el fin de modificar la apariencia de la persona.

29. Procedimientos refractivos incluyendo queratotomías radiales, relajación de la córnea, queratofactura, queratomileusis o cualquier otro procedimiento utilizado para remodelar la curvatura de la córnea, excepto los procedimientos médicamente necesarios asociados a anisometropía grave.
30. Todos los servicios asociados al síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular, excepto

los servicios específicamente establecidos como beneficios.

31. Los servicios médicos relacionados con lesiones corporales accidentales causadas en un accidente automovilístico, en la medida en que estos servicios sean pagaderos ante la disposición de pago de gastos médicos de cualquier póliza de seguro de auto. Los gastos excluidos no pueden utilizarse para ningún fin en virtud de esta póliza.
32. Desfibriladores externos automáticos.
33. Servicios del proveedor institucional para artículos personales como televisión, radio, teléfono, kits de confort, materiales utilizados en terapia ocupacional, aire acondicionado dado de forma opcional o acceso a Internet.
34. Servicios profesionales del proveedor o cargos por:
 - a. Servicios en los que el proveedor normalmente no cobraría ningún cargo.
 - b. Gastos de viaje, kilometraje, tiempo de desplazamiento, llamadas telefónicas, cargos por servicios dados por teléfono, servicios dados por correo o comunicaciones electrónicas. A efectos de esta disposición, comunicaciones electrónicas es la comunicación distinta de la telemedicina. Telemedicina se refiere al uso de tecnologías de telecomunicaciones para prestar, mejorar o acelerar los servicios de atención médica, por ejemplo mediante el acceso a bases de datos en otro lugar, conectar consultorios de clínicos o médicos a los hospitales centrales o transmitir radiografías u otras imágenes de diagnóstico para su examen en otro lugar.
 - c. Servicios por un familiar inmediato o un miembro de su grupo familiar. "Familia inmediata" significa el esposo o la esposa, los hijos, los padres, el hermano, la hermana o el tutor legal de la persona que recibió el servicio. "Miembro de su grupo familiar" se refiere a cualquiera que viva en la misma casa y que haya declarado para la deducción de impuestos del año durante el que se prestó el servicio.
 - d. Reparación o reemplazo de placas dentales y toda la atención dental que no figure como servicio cubierto.
 - e. Audífonos; servicio de dispositivos correctores de la vista, o consultas relacionadas con estos servicios; capacitación ortopédica y visual.
35. Cualquier servicio relacionado con implantes dentales, tratamiento quirúrgico o servicios de diagnóstico, salvo que se indique lo contrario en esta póliza.
36. Beneficios de educación, excepto los relacionados con la educación sobre la diabetes, atención de la colostomía, atención de las heridas, terapia intravenosa o cualquier otra condición o tratamiento que la compañía determinó que son adecuados para la educación en casa.
37. Aparatos dentales o restauraciones necesarias para aumentar las dimensiones verticales o restaurar la oclusión.
38. Cualquier alimento, incluyendo leche materna, fórmulas y otros productos nutricionales.
39. Supresores del apetito.
40. Medicamentos que estén disponibles en una dosis equivalente de venta libre y que no necesitan una receta por la ley federal o estatal.
41. Servicios para trastornos especificados en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales IV (1994) que no sean atribuibles a un trastorno mental y que sean objeto de atención clínica, por ejemplo, orientación matrimonial. Esta exclusión se aplica a todos los beneficios dados por esta póliza; no se limita a los beneficios enumerados para enfermedades mentales o trastornos por consumo de sustancias.
42. Cualquier servicio o suministro dado u obtenido con un servicio excluido. "Dado en relación con" es cualquier servicio o suministro que no se hubieran dado u obtenido si el servicio excluido no se hubiera dado y que se da dependiendo de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio por cualquier proveedor elegible.

43. Pruebas de diagnóstico y evaluaciones ordenadas, solicitadas o hechas para resolver cuestiones en el contexto de procedimientos legales, incluyendo los relativos a la custodia, el régimen de visitas, la terminación de la patria potestad, los daños civiles o las acciones penales.
44. Servicios, aparatos o restauraciones para alterar la dimensión vertical para restaurar la oclusión, para reemplazar la estructura dental perdida por atrición o abrasión, bruxismo, erosión o abfracciones; con fines estéticos; entablillado o equilibrio.
45. Servicios y procedimientos dentales temporales o provisionales, incluyendo, entre otros, las coronas provisionales, las férulas provisionales y las dentaduras completas o parciales provisionales. "Provisional" es un servicio o procedimiento que se da con fines temporales o que se utiliza durante un período limitado; una solución temporal o provisional; normalmente se refiere a una prótesis o a una restauración dental individual.
46. Servicios dentales y dispositivos prostodónticos que se duplican en su totalidad o en parte, porque el asegurado no completó el plan de tratamiento inicial.
47. Agentes farmacológicos insertados en una bolsa periodontal para suprimir la microbiota patógena.
48. Cualquier dispositivo utilizado para mejorar o permitir la comunicación, excepto una electrolaringe.
49. Servicios dados para una enfermedad mental o trastorno por consumo de sustancias por un proveedor que no es un proveedor elegible para enfermedades mentales o trastornos por consumo de sustancias.
50. Servicios no médicos (incluyendo, entre otros, los servicios jurídicos, la rehabilitación social, los servicios educativos, la rehabilitación profesional y los servicios de colocación).
51. Servicios de voluntarios.
52. Cualquier evaluación para asistir a un programa de acción de seguridad contra el alcohol y las drogas por un acuerdo de desviación o por orden del tribunal.
53. Prótesis que necesiten una inserción quirúrgica en el cuerpo y que sean facturadas por una entidad o persona que no sea el hospital o centro quirúrgico ambulatorio donde se hizo la cirugía.
54. Servicios para aborto electivo o relacionados con el aborto electivo.

A efectos de esta disposición, "electivo" es lo siguiente: por alguna razón que no sea evitar la muerte de la madre a quién se le dan estos servicios, salvo que incluya aquellos servicios basados en un reclamo o diagnóstico de que la madre debe o puede participar en una conducta que puede provocar su muerte.

A efectos de esta disposición, "aborto" es lo siguiente: el uso o la receta de cualquier instrumento, medicamento, droga o cualquier otra sustancia o dispositivo para interrumpir el embarazo de una mujer que se sabe que está embarazada con una intención que no sea la de aumentar la probabilidad de un nacimiento vivo, preservar la vida o la salud de un niño después de su nacimiento vivo, o quitar un niño por nacer muerto como resultado de causas naturales en el útero, un traumatismo accidental o una agresión física a la mujer embarazada o a su hijo por nacer y que provoca la interrupción prematura del embarazo.

SECCIÓN 7. DISPOSICIONES SOBRE RECLAMOS FORMALES Y APELACIONES

En esta sección se describen los procedimientos y plazos aplicables a las decisiones de determinación adversa de reclamos y apelaciones. La política de la compañía es otorgar a los asegurados una revisión completa y justa de las decisiones de reclamos y apelaciones según se describen en este contrato.

Sin embargo, los derechos obtenidos por el asegurado en este documento o en las leyes federales o estatales correspondientes (incluida, entre otras, la ERISA) no son transferibles a ninguna otra persona o entidad. Pueden designarse representantes autorizados según se establece en la sección A abajo.

A. Definiciones

A los efectos de esta sección de procedimientos de apelaciones, se aplican los siguientes términos y sus definiciones:

Determinación adversa:

Una determinación de una organización de revisión de uso (URO) hecha en nombre de cualquier pagador de que los servicios de atención médica prestados o que se propone prestar a un inscrito no son médicamente necesarios o adecuados o son experimentales o de investigación. El término no incluye una denegación de los servicios de atención médica por no solicitar una revisión de uso posible o simultánea.

Revisión (externa) independiente: Proceso, independiente de todas las partes afectadas, para determinar si un servicio de atención médica es médicamente necesario y adecuado, experimental o de investigación. La revisión independiente suele producirse (aunque no siempre) después de que se agotaran todos los mecanismos de apelación disponibles en el plan de beneficios médicos. La revisión independiente puede ser voluntaria o exigida por la ley.

Riesgo para la vida: Enfermedad o condición para la que la muerte es probable, a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o condición.

Revisión del mismo especialista o similar: Revisión por un proveedor de atención médica que tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para tratar los mismos problemas que se cuestionan en la apelación, además de la experiencia en el tratamiento de complicaciones similares de esos problemas o suficiente para que el especialista determine si el servicio o procedimiento es médicamente necesario o clínicamente adecuado.

B. Procedimiento:

Apelaciones de determinaciones adversas prospectivas, concurrentes y retrospectivas

Un inscrito, una persona que actúe en nombre del inscrito o el médico o proveedor de atención médica del inscrito puede apelar una determinación adversa oralmente o por escrito.

La carta de reconocimiento de la apelación tendrá estas características:

- A. Se enviará a la parte apelante en un plazo de cinco (5) días laborables desde que se recibe la apelación.
 - B. Incluirá reconocimiento de la fecha en que el plan recibió la apelación.
 - C. Incluirá una lista de los documentos pertinentes que la parte apelante debe enviarle al plan.
 - D. Incluirá un formulario de apelación de una página que la parte apelante debe completar cuando la apelación de una determinación adversa se recibió oralmente para su revisión.
- El proceso de apelación de determinaciones adversas incluye lo siguiente:
1. Las decisiones de apelación las toma un médico que no ha revisado previamente el caso.
 2. El Médico o proveedor que interviene en la revisión de la apelación es un profesional de la misma o similar especialidad que suele tratar la condición, hacer el procedimiento o prestar el Tratamiento, y tratar complicaciones similares de esas condiciones. Dependiendo del tipo de caso, un especialista igual o similar puede ser un médico, un profesional médico del comportamiento, un quiropráctico, un dentista, un fisioterapeuta u otro tipo de profesional, según

corresponda. Su formación y experiencia serán suficientes para que el especialista determine si los servicios o el procedimiento son médicamente necesarios o clínicamente adecuados, para incluir la formación para tratar la condición y tratar las complicaciones que puedan surgir del servicio o procedimiento. En los casos en los que el plan no tenga un director médico que sea de la misma especialidad o de una similar, el caso se remite a un especialista contratado de la misma especialidad o de una similar. El plan incluirá una lista de los títulos y cualificaciones, incluyendo las especialidades, de las personas que participan en la revisión de la apelación.

Las especialidades incluyen, entre otras:		
• Cardiología	• Neurología	• Pediatría
• Quiropráctica	• Neurocirugía	• Podología
• Dermatología	• GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	• Psiquiatría
• Medicina de emergencia	• Oncología	• Neumología
• Consultorio familiar	• Oftalmología	• Radiología
• Gastroenterología	• Ortopedia	• Cirugía
• Medicina interna	• Otorrinolaringología	• Urología

El médico o proveedor que haga la revisión de la apelación dará fe de que está licenciado o certificado en un campo que normalmente maneja el tema clínico que se revisa y que tiene conocimientos o experiencia actuales y relevantes para emitir una determinación para el caso que se revisó en la apelación.

3. El médico o proveedor que revisa la apelación puede entrevistar al inscrito o al representante designado por este.
4. Dar una oportunidad para que el inscrito o su representante examinen el expediente del caso del inscrito, incluyendo los registros médicos, otros documentos y registros, y cualquier prueba nueva o adicional considerada durante el proceso de apelación. Esta información se dará gratis y con suficiente antelación al plazo de resolución de las apelaciones.
5. Si la decisión de la apelación involucra la necesidad o idoneidad médica, o la naturaleza experimental o de investigación de los servicios de atención médica antes de la emisión de una determinación adversa, el plan dará al proveedor registrado una oportunidad razonable para analizar el plan de tratamiento para el inscrito con el director médico del plan. El análisis incluye, como mínimo, la base clínica de la decisión.

Apelación acelerada:

El proceso de apelación acelerada incluye la denegación de atención de emergencia, condiciones que ponen en peligro la vida, estancias continuas para hospitalizaciones, denegación de medicamentos de venta con receta o infusiones intravenosas para las que el paciente está recibiendo beneficios y una apelación acelerada para una solicitud de excepción de protocolo de terapia escalonada denegada.

- A. Una apelación acelerada es revisada por un proveedor de atención médica que no haya revisado previamente el caso y que sea de la misma especialidad que suele tratar la condición médica, el procedimiento o el tratamiento que se está revisando, o de una especialidad similar.
- B. Las apelaciones aceleradas se completan en función de la inmediatez médica de la condición, el procedimiento o el tratamiento y no excederán de un día laborable a partir de la fecha en que se haya recibido toda la información necesaria para completar la apelación. El plan dará una respuesta por teléfono o transmisión electrónica seguida de una carta en un plazo de tres días laborables a partir del aviso telefónico o electrónico inicial.

Cartas de resolución para determinaciones adversas o apelaciones aceleradas

Cuando se tome la determinación de la apelación, el plan emitirá una carta al inscrito, la persona que actúe en su nombre o el médico o proveedor de atención médica del registro del inscrito explicando la resolución de la apelación. Esta carta incluirá lo siguiente:

- Una declaración de las razones médicas o contractuales específicas para la resolución.
- La base clínica de la decisión.
- Una descripción o la fuente de los criterios de selección que se utilizaron para tomar la decisión.
- La especialidad profesional del médico que tomó la decisión.
- El derecho de la parte que apela a pedir la revisión de la determinación adversa mediante una revisión externa y los procedimientos para obtener dicha revisión.
- Una copia del formulario para pedir una revisión externa.
- Procedimientos para presentar una queja relacionada con el proceso de revisión de utilización.

La notificación por escrito a la parte que apela de la determinación de la apelación se completará tan pronto como sea práctico, pero en ningún caso después de los 30 días después de la fecha en que el plan recibió la apelación por escrito o el formulario de apelación de una página.

En una circunstancia que involucre una condición que pone en peligro la vida de un inscrito, denegaciones de medicamentos de venta con receta e infusiones intravenosas que se estén recibiendo actualmente, o si no se cumplen los plazos del proceso de apelación interno del plan, el inscrito tiene derecho a una apelación inmediata a una revisión externa y no está obligado a cumplir los procedimientos para una revisión interna de la determinación adversa.

Plazo para presentar una apelación:

Previo al servicio: 180 días a partir de la fecha de recepción del aviso de determinación adversa de beneficios

Posterior al servicio: 180 días a partir de la fecha de recepción del aviso de determinación adversa de beneficios

Plazos de resolución:

Previo al servicio urgente: 48 horas

Previo al servicio (no urgente): 15 días

Después del servicio: 30 días

REVISIÓN EXTERNA DE UNA DETERMINACIÓN ADVERSA:

En caso de que un miembro que tenga una condición que ponga en peligro la vida, o si no se cumplen los plazos del proceso de apelaciones interno del plan, o se ha completado el proceso de apelación interno para determinación adversa y el plan la denegó, el plan permitirá que el miembro recurra a la revisión externa de esa determinación de la siguiente manera:

1. El plan dará aviso al inscrito, o a la persona que actúe en su nombre, y al proveedor responsable del inscrito sobre cómo apelar la denegación de una apelación interna a la revisión externa. El aviso debe describir cómo obtener la revisión independiente de esa determinación e incluir el formulario que solicita información del inscrito.
2. El plan dará el aviso y el formulario recetado por la ER al inscrito o a la persona que actúe en nombre del inscrito y al proveedor registrado del inscrito en el momento de la negación de la apelación
3. El inscrito, la persona que actúe en su nombre o el proveedor responsable del inscrito debe completar el formulario y devolverlo al plan para comenzar el proceso de revisión independiente. El formulario indicado por la revisión externa que autoriza la revelación de información médica a la revisión externa debe estar firmado por el inscrito o por su tutor legal.
4. El inscrito, o la persona que actúe en su nombre, puede presentar una solicitud para revisión externa en un plazo de 4 meses desde el aviso de la determinación adversa.
5. El plan debe proporcionar a la revisión externa todos los documentos y la información relacionada con la denegación y con la apelación inicial en un plazo de 5 días hábiles.
6. El inscrito, o la persona que actúe en su nombre, también puede presentar a la revisión externa cualquier información adicional que considere conveniente durante la revisión.

7. Para una revisión estándar (no urgente), el examinador debe proporcionar aviso por escrito de la decisión final de la revisión externa con la mayor diligencia posible y no más de 30 días después de que el examinador recibe la solicitud para la revisión externa. El inscrito, o la persona que actúe en su nombre, recibirá por escrito las determinaciones de la revisión de parte del plan.
8. Para situaciones de atención de urgencia, el inscrito, o la persona que actúe en su nombre, puede presentar una revisión acelerada de una determinación adversa en las siguientes condiciones:
 - a. Para una revisión externa acelerada, el examinador debe dar aviso de la decisión final de la revisión externa a la administración de uso del plan con la mayor diligencia que requieran las circunstancias médicas y en menos de 48 horas desde que el examinador recibe la solicitud para la revisión externa. El plan debe enviar el aviso de la decisión final de la revisión externa al inscrito o a la persona que actúe en su nombre. Este aviso puede darse primero oralmente, pero luego debe enviarse por escrito en un plazo de 48 horas.
9. El examinador no tiene interés financiero directo en la organización ni en el resultado de la revisión independiente. No puede haber estado involucrado en la determinación original que se está apelando.

El plan cumplirá la determinación de la revisión externa respecto de la necesidad o adecuación médica o la naturaleza experimental o de investigación de los artículos o servicios de atención médica para un inscrito.

El plan será responsable de cualquier cargo incurrido en la revisión externa.

C. Procedimiento para recurrir a una revisión externa: Departamento de Seguros de Kansas

Los miembros pueden solicitar una revisión externa de las decisiones adversas de atención médica a través del Departamento de Seguros de Kansas:

1. El asegurado tiene el derecho de solicitar una revisión externa de una decisión adversa elegible para revisión externa después de que se haya efectuado una apelación (cuando corresponda) o cuando el asegurado no haya recibido una decisión final adversa en un plazo de 60 días desde que recurrió a esa revisión, a menos que el asegurado haya solicitado la demora. En el caso de una solicitud para revisión externa de una decisión adversa elegible para revisión externa que implique una condición médica de emergencia, esa solicitud puede hacerse antes de que el asegurado haya agotado todos los otros procedimientos de revisión disponibles. El plan avisará por escrito al asegurado respecto de una decisión final adversa y de la oportunidad de solicitar una revisión externa.
2. En un plazo de 4 meses desde que se recibe el aviso de una decisión final adversa, el asegurado, el médico tratante o el proveedor de atención médica que actúe en nombre del asegurado con autorización escrita de este, o una persona legalmente autorizada por el asegurado, debe pedir por escrito una revisión externa al Comisionado de seguros de Kansas, en Kansas Insurance Department, 1300 SW Arrowhead Road, Topeka, KS 66604, (785) 296-3071 o (800) 432-2484.
3. En un plazo de 10 días laborables a partir de la recepción de esta solicitud (inmediatamente, cuando la solicitud de revisión externa se refiera a una condición médica de emergencia), el comisionado de seguros de Kansas informará al asegurado y a las otras partes implicadas si se acepta la solicitud de revisión externa.
4. En el caso de las solicitudes que califiquen para la revisión externa, la Organización de Revisión Externa emitirá una decisión por escrito al asegurado y al comisionado de seguros de Kansas en un plazo de 30 días laborables. La Organización de Revisión Externa emitirá su decisión por escrito en un plazo de 72 horas cuando la solicitud de revisión externa implique una condición médica de emergencia. El criterio de revisión será si el servicio de atención médica negado por la compañía era médicamente necesario o, en el caso de revisiones relativas a tratamientos experimentales o en investigación, si el servicio de atención médica se negó por la compañía se cubrió o excluyó de la cobertura según los términos de este contrato.

5. La decisión de la Organización de Revisión Externa puede ser revisada directamente por el tribunal de distrito a pedido del asegurado, la aseguradora o el plan de seguro médico. La revisión del tribunal de distrito será de novo. La decisión de la Organización de Revisión Externa no impedirá que el asegurado, la aseguradora o el plan de seguro médico ejerzan otros recursos disponibles aplicables en virtud de la ley estatal o federal. La búsqueda de una revisión del tribunal de distrito o cualquier otro recurso disponible ejercido por el asegurado, el asegurador o el plan de seguro médico después de la decisión de la Organización de revisión externa no suspenderá la decisión de la Organización de revisión externa en cuanto al pago o la prestación de los servicios que deben ser suministrados durante la pendencia de la revisión por parte del asegurador o del plan de seguro médico. Todo el material utilizado en una revisión externa y la decisión de la Organización de Revisión Externa como resultado de la revisión externa se considerará admisible en cualquier litigio posterior.

El derecho a la revisión externa no se interpretará como una modificación de las condiciones de cobertura del presente contrato. En ningún caso se dispondrá de más de una Revisión externa durante el mismo año para cualquier solicitud proveniente del mismo conjunto de hechos.

D. Derecho a una revisión judicial

Tiene derecho a interponer una demanda (incluyendo la contemplada en el artículo 502(a) de la Ley de seguridad de los ingresos de los empleados en la jubilación [ERISA], si corresponde) ante un tribunal estatal o federal (según corresponda) solo después de haber agotado el recurso de apelación de una determinación adversa, independientemente de haya solicitado una revisión externa. Sin embargo, en el caso de una determinación adversa elegible para ser objeto de revisión externa y que implique una condición médica de emergencia, no es necesario presentar una apelación y solo se requiere la finalización del proceso de revisión externa para obtener el derecho a presentar una demanda. En cualquier caso, esta demanda o procedimiento debe iniciarse en un plazo máximo de 5 años a partir de la fecha en que se exige la presentación de la prueba por escrito del siniestro.

E. Cumplimiento estricto del Plan

Si por alguna razón el plan no cumple estrictamente con estos procedimientos de apelación como lo exige la ley estatal o federal, se considerará que el asegurado agotó el proceso interno de reclamos y apelaciones, independientemente de que el plan afirme que cumplió considerablemente los procedimientos de apelación o que cometió algún error de minimis.

SECCIÓN 8. DISPOSICIONES ESTÁNDAR

Contrato completo: cambios

Esta póliza, incluyendo las cláusulas adicionales y endosos aplicables; solicitud de cobertura, si así lo especifica la aseguradora; la tarjeta de identificación, si así lo especifica la aseguradora; y los documentos adjuntos, si los hubiera, constituyen la totalidad del contrato de seguro. Ningún cambio en esta póliza es válido hasta que sea aprobado por un ejecutivo de la aseguradora y a menos que la aprobación sea endosada en esta póliza o adjuntada a ella. Un productor de seguros no tiene autoridad para cambiar esta póliza ni para renunciar a ninguna de sus disposiciones.

Límite de tiempo para ciertas defensas

Una vez transcurridos 2 años desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura, ninguna declaración errónea, excepto el fraude o la tergiversación intencionada de hechos materiales, hecha por el solicitante en la solicitud de cobertura, se utilizará para denegar la cobertura o para negar un reclamo por pérdida incurrida o por incapacidad que comience después del final del período de 2 años.

No se reducirá ni negará ningún reclamo por siniestros incurridos o incapacidades que se inicien después de dos años de la fecha de emisión de esta póliza sobre la base de que una enfermedad o condición física existía antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de esta póliza. Esta póliza no tiene condiciones preexistentes.

Restablecimiento

Si no se paga la prima durante el período de gracia, este contrato se cancelará. Para volver a inscribirse, deberá producirse un evento desencadenante de una oportunidad de inscripción especial o esperar a 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 modifica para unificarse con los requisitos mínimos de esta ley.

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

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

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

Esta póliza NO paga beneficios por gastos médicos cubiertos de un proveedor fuera de la red, excepto por una emergencia o si lo remitimos a un proveedor fuera de la red. Es responsable por pedir el pago de nosotros. Debe presentar el reclamo en un formato que tenga toda la información que necesitamos, como se describe abajo.

Prueba del siniestro

La prueba de reclamo por escrito debe entregarse a la compañía en un plazo de 90 días siguientes a la fecha en que se incurrió en el gasto o tan pronto como sea razonablemente posible.

Después de la recepción de un aviso de reclamo por escrito, la compañía dará al reclamante los formularios para presentar una prueba de reclamo. Si los formularios no se facilitan en los 15 días siguientes a la presentación del aviso por escrito del reclamo, se considerará que el reclamante cumplió el requisito de presentar la prueba del reclamo en virtud de haber presentado el aviso por escrito del reclamo.

La prueba por escrito del reclamo debe entregarse a la compañía antes de que finalice el año del plan siguiente al año del plan en el que se produjo el gasto. Sin embargo, cuando la cobertura del

asegurado termina por cualquier razón, la prueba por escrito del reclamo debe entregarse a la compañía dentro de los 60 días siguientes a la fecha de terminación de la cobertura, siempre que la póliza permanezca en vigor. Los reclamos serán pagados oportunamente por la compañía al recibir la prueba por escrito completa. Después de la extinción de la póliza, los reclamos finales deben recibirse en un plazo de 30 días a partir de la finalización.

La falta de presentación de esta prueba en el plazo necesario no invalidará ni reducirá ningún reclamo si se muestra que no fue razonablemente posible presentar esta prueba en el plazo necesario y que la prueba se presentó tan pronto como fue razonablemente posible, pero no más tarde de 1 año a partir del momento en que se necesita la prueba del reclamo.

En el caso de los gastos que se aplican para alcanzar una cantidad de deducible, la fecha del siniestro será la fecha en que la suma de los gastos sea igual a la cantidad de deducible. Para los demás gastos, la fecha del siniestro será la fecha en que se incurra en el gasto.

Si se niega un reclamo, y el asegurado apela esta negación, la compañía no estará obligada a pagar ninguna parte de este reclamo hasta que se haya tomado una determinación final bajo el procedimiento de apelación de reclamos.

La compañía tendrá el derecho (a su cargo) de necesitar al reclamante que se someta a un examen físico cuando y con la frecuencia que sea razonable.

Información necesaria

Cuando nos pida el pago de beneficios a la compañía, deberá darnos toda la siguiente información:

- El nombre y la dirección del titular de la póliza.
- El nombre y edad del paciente.
- El número que está en su tarjeta de identificación.
- El nombre y dirección del proveedor de servicios.
- El nombre y dirección del médico solicitante.
- El diagnóstico del médico.
- Una factura desglosada de su proveedor que incluya los códigos de *Terminología Actual de Procedimientos* (CPT) o una descripción de cada cargo.
- La fecha de inicio de la lesión o enfermedad.
- Una declaración en la que se indique que se inscribió o no en la cobertura de cualquier otro plan o programa de seguro médico. Si se inscribió en otra cobertura, debe incluir el nombre de las otras compañías.

La información de arriba debe presentarse en la dirección que está en su tarjeta de identificación. Cuando presente un reclamo de beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, deberá enviarla a:

[Nombre Dirección
Ciudad Estado
Código postal]

Pago de cualquier reclamo

El pago de cualquier reclamo se hará a la persona que preste los servicios, a menos que el asegurado dé recibos pagados con su prueba de reclamo. Si el asegurado fallece antes de que se paguen todos los beneficios, los beneficios restantes pueden ser pagados a cualquier pariente del asegurado o a cualquier persona o corporación que le parezca a la compañía que tiene derecho a los pagos. La compañía se liberará de su responsabilidad por estos pagos.

Plazo de pago de los reclamos

Los reclamos por indemnizaciones dadas en virtud de la póliza se considerarán pagaderas inmediatamente después de la recepción de la debida prueba por escrito del siniestro.

Apelación del reclamo

Si se niega un reclamo de manera total o parcial, el asegurado recibirá una notificación por escrito de la decisión. La compañía dará una hoja de trabajo con la explicación de beneficios que muestra el cálculo de la cantidad total que se debe pagar, los cargos no pagaderos y la razón por la que no son pagaderos. El asegurado puede pedir una revisión presentando una solicitud por escrito a la compañía, que revisará el reclamo y dará copias de todos los documentos y todas las razones y hechos relacionados con la decisión. Después, el asegurado puede apelar formalmente la decisión presentando una solicitud por escrito a la compañía en la que exponga su opinión sobre los problemas y otros comentarios. Esta apelación debe presentarse en un plazo de 60 días a la recepción del aviso por escrito de la negación. La compañía emitirá una decisión en un plazo de 60 días siguientes a la recepción de la solicitud escrita del asegurado, salvo que circunstancias especiales necesiten una prórroga. La decisión de la compañía pondrá fin al procedimiento de apelación de esta.

Examen físico y autopsia

La compañía, a sus expensas, tendrá el derecho y la oportunidad de hacer que la persona o cualquier individuo cuya lesión o enfermedad sea la base de un reclamo, sea examinada por un médico designado por la compañía, cuando y con la frecuencia que razonablemente necesita durante la vigencia de un reclamo en virtud de la póliza y hacer una autopsia por muerte, donde no esté prohibido por la ley.

Acciones legales

No se podrá emprender ninguna acción legal o de equidad para recuperar la póliza antes de que transcurran 60 días siguientes desde la presentación de la prueba del siniestro por escrito, según los requisitos de la póliza. No se podrá emprender ninguna acción después de que hayan transcurrido 5 años desde el momento en que se exigió la presentación de la prueba del siniestro por escrito.

Indemnización por accidente laboral

Esta póliza no sustituye ni afecta a ningún requisito de cobertura del seguro de indemnización por accidente laboral.

Pruebas genéticas

La cobertura no está limitada por las pruebas genéticas. No ajustaremos las primas, no pediremos ni exigiremos pruebas genéticas ni recopilaremos información genética de una persona en ningún momento con fines de suscripción.

SECCIÓN 9. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS CON OTRAS COBERTURAS

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

Las normas de determinación del orden de beneficios rigen el orden en que cada plan pagará un reclamo de beneficios. El plan que paga primero se denomina plan principal. El plan principal debe pagar los beneficios según los términos de su póliza sin tener en cuenta la posibilidad de que otro plan cubra algunos gastos. El plan que paga después del plan principal es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes no superen el 100% del gasto total admisible.

A. Definiciones

1. Un plan es cualquiera de los siguientes que ofrece beneficios o da servicios de atención médica o dental o tratamiento. Si se utilizan contratos separados para dar una cobertura coordinada a los miembros de un grupo, los contratos separados se consideran parte del mismo plan y no existe COB entre esos contratos separados.
 - a. El plan incluye:
 - (1) contratos de seguro grupal y de suscriptores
 - (2) contratos de seguros no grupales que entraron en vigor a partir del 1 de enero de 2014
 - (3) contratos de organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO)
 - (4) contratos de panel cerrado u otras formas de cobertura grupal o de tipo grupal (asegurados o no)
 - (5) componentes de atención médica de los contratos de atención a largo plazo, como la atención de enfermería especializada
 - (6) Medicare o cualquier otro plan gubernamental federal, según 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 las normas de la COB se aplican solo a una de ellas, cada una de las partes se considera un plan independiente.

2. Este plan es, en una disposición de la COB, la parte del contrato que da los beneficios de atención médica a las que se aplica la disposición de la COB y que pueden reducirse por los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que dé beneficios de atención médica es independiente de este plan. Un contrato puede aplicar una disposición de la COB a determinados beneficios, como los dentales, coordinando solo con beneficios similares, y puede aplicar otra disposición de la COB para coordinar otros beneficios.
3. Las reglas de determinación del orden de beneficios determinan si este plan es un plan principal o secundario cuando la persona tiene cobertura de atención médica en más de un plan.

Cuando este plan es el principal, determina el pago de sus beneficios en primer lugar, antes que los de cualquier otro plan, sin tener en cuenta 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 el 100% del gasto total admisible.

4. El gasto admisible es un gasto de atención médica, incluyendo los deducibles, el coseguro y los copagos, que está cubierto, al menos en parte, por cualquier plan que cubra a la persona. Cuando un plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un gasto admisible y un beneficio pagado. Un gasto que no esté cubierto por ningún plan que cubra a la persona no es un gasto admisible. Además, cualquier gasto que un proveedor, por ley o en virtud de un acuerdo contractual, tenga prohibido cobrar a una persona cubierta no es un gasto admisible. Los siguientes son ejemplos de gastos que no son admisibles:
 - a. La diferencia entre el costo de una sala de hospital semiprivada y una sala de hospital privada no es un gasto admisible, a menos que uno de los planes ofrezca cobertura para los gastos de una sala de hospital privada.
 - b. Si una persona se inscribió a dos o más planes que calculan el pago de sus beneficios sobre la base de las tarifas usuales y habituales o de la metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier cantidad que supere la cantidad de reembolso más alto para un beneficio específico no es un gasto admisible.
 - c. La cantidad de cualquier reducción del beneficio por el plan principal a la que una persona cubierta no cumplió las disposiciones del plan no es un gasto admisible. Ejemplos de este tipo de disposiciones del plan son las segundas opiniones quirúrgicas, la certificación previa de ingresos y los acuerdos de proveedores que prefiera.
5. Plan de panel cerrado es un plan que da beneficios de atención médica a las personas cubiertas principalmente en forma de servicios por un panel de proveedores que el plan contrató o empleó, y que excluye la cobertura de los servicios dados por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o remisión por un miembro del panel.
6. Padre/madre custodio es el padre/madre al que se le ha concedido la custodia por orden del tribunal o, en ausencia de una orden del tribunal, es el padre/madre con el que el niño reside más de la mitad del año calendario, no incluyendo cualquier visita temporal.

B. Reglas de determinación del orden de beneficios

Cuando una persona se cubrió por dos o más planes, las reglas para determinar el orden de pago de beneficios son las siguientes:

1. El plan principal paga o da sus beneficios según sus condiciones de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de cualquier otro plan.
2.
 - a. Salvo lo dispuesto en el Apartado (b), un plan que no tenga una disposición de coordinación de beneficios coherente con esta normativa es siempre el principal, a menos que las disposiciones de ambos planes establezcan que el plan que cumple es el principal.
 - b. la cobertura que se obtiene en virtud de la membresía a un grupo que se diseñó para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y establece que esta cobertura complementaria será superior a cualquier otra parte del plan dada por el titular del contrato. Ejemplos de este tipo de situaciones son las coberturas de gastos médicos mayores que se superponen a los beneficios hospitalarios y quirúrgicos del plan base, y las coberturas de tipo seguro que se suscriben en relación con un plan de panel cerrado para prestar beneficios fuera de la red.
3. Un plan puede tener en cuenta los beneficios pagados o dados por otro plan a la hora de calcular el pago de sus beneficios solo cuando sea 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 en calidad de no Dependiente, por ejemplo, como empleado, miembro, Titular de la póliza, suscriptor o jubilado, es el plan principal y el plan que cubre a la persona en calidad de Dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario para el plan que cubre a la persona como Dependiente, y principal para el plan que cubre a la persona como no Dependiente (por ejemplo, un empleado jubilado), entonces el orden de los beneficios entre los dos planes se invierte de manera que el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, Titular de la póliza, suscriptor o jubilado es el plan secundario y el otro plan es el plan principal.
 - b. Hijo Dependiente cubierto por más de un plan. Salvo que exista una orden del tribunal en la que se establezca lo contrario, cuando se cubre a un hijo dependiente por más de un plan, el orden de beneficios se determina de la siguiente manera:
 - (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 de que reciba el aviso de la orden del tribunal;
 - (b) Si en una sentencia judicial se establece que ambos progenitores son responsables de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del punto (1) de arriba determinarán 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 progenitor no custodio; y cuando
 - (iv) El plan que cubre al cónyuge del progenitor no custodio.
 - (3) En el caso de un hijo dependiente cubierto por más de un plan de personas que son los padres del hijo, las disposiciones del punto (1) o (2) de arriba determinarán el orden de beneficios como si estas 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 empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo sucede si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el otro plan no tiene esta regla y, por tanto, los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de beneficios, se ignora esta regla. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada como B.4.a puede determinar el orden de beneficios.
- d. COBRA o cobertura estatal continuada. Si una persona cuya cobertura se da en virtud de COBRA o de un derecho de continuación dado por la ley estatal u otra ley federal se cubrió por otro plan, el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado o que cubre a la persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado es el plan principal y la cobertura de continuación de COBRA o estatal u otra ley federal es el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta regla y, por tanto, los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de 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 beneficios, los gastos admisibles se repartirán en partes iguales entre los planes que cumplan la definición de 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. Después, el plan secundario podrá reducir su pago en la cantidad que, combinada con la cantidad pagada por el plan principal, permita que el total de los beneficios pagados o dados por todos los planes para el reclamo no supere el total de los gastos admisibles para este reclamo. Además, el plan secundario acreditará a su deducible del plan cualquier cantidad que hubiera acreditado 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 obtener los datos que necesita de otras organizaciones o personas, o dárselos, con el fin de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos bajo este plan y otros planes que cubren a la persona que reclama los beneficios. Para ello, la compañía no necesita informar a ninguna persona ni obtener su consentimiento. 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 lo hace, la compañía puede abonar esa cantidad a la organización que hizo ese pago. Esa cantidad se tratará entonces como si fuera un beneficio pagado en virtud de este plan. La compañía no tendrá que volver a pagar esa cantidad. 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 reembolso

Si la cantidad de los pagos hechos por la compañía es superior a la que debió pagar en virtud de esta disposición de COB, podrá recuperar el exceso de una o varias de las personas a las que pagó o por las que haya pagado; o de cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios dados a la persona cubierta. La "cantidad de los pagos hechos" incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio dado en forma de servicios.