

US Health and Life Insurance Company
Sede central: [800 Tower Drive], [Troy], [Michigan], [48098]

ASCENSION PERSONALIZED CARE
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, día, año]

En este contrato, se describen los beneficios proporcionados por US Health and Life Insurance Company y las exclusiones y limitaciones. Se garantiza 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 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 según los términos de este contrato.

Derecho de 10 días para analizar y devolver esta Póliza

Si no está conforme, tiene derecho a devolver este Plan en un plazo de 10 días a partir 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 proveedor o centro médico que participa en la red. Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red o de otro proveedor de atención médica, tendrá que pagar todos los costos de los servicios, excepto que los servicios de emergencia estén cubiertos independientemente de que sean prestados por un proveedor dentro de la red.

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]

ADMINISTRACIÓN DE USO AVISO DE LOS REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA

La Póliza contiene los requisitos de Administración de uso. Se requiere Autorización previa para todas las hospitalizaciones de Pacientes internos 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 ocurra fuera de los 50 estados de los Estados Unidos. También se requiere Autorización previa para otros servicios. Consulte la sección de Administración de uso para ver la lista de servicios y tratamientos para los que se requiere Autorización previa.

El certificado de ingreso es necesario en las 48 horas siguientes a todos los ingresos de emergencia.

El incumplimiento del programa 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 uso que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado. El número de teléfono de la Administración de uso es [(1-833-600-1311 o [1-844-995-1145])].

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

Administración del caso

En ciertas circunstancias, la Póliza permite a USHL la flexibilidad de ofrecer beneficios para gastos que no son Gastos cubiertos. USHL, a su entera discreción, puede ofrecer tales beneficios si:

- El Asegurado, su familia y el Médico están de acuerdo.
- Los beneficios son rentables.
- USHL prevé gastos futuros por Gastos cubiertos que pueden ser reducidos por dichos beneficios.

Cualquier decisión de USHL de proporcionar dichos beneficios se tomará en función de cada caso. El coordinador de casos de USHL iniciará la Administración del caso en las situaciones adecuadas.

Continuidad de la atención

Si actualmente recibe tratamiento a través de servicios cubiertos de un Proveedor de la red que pasa a estar fuera de la red durante su tratamiento porque el contrato de la red del proveedor finaliza, puede pedir la continuación de la atención.

Su atención continuará con su proveedor actual con los mismos términos y condiciones que se habrían aplicado antes de la resolución del contrato, según las condiciones y los plazos específicos. La atención continuada se aplica cuando el contrato con el proveedor se cancela o no se renueva. Pero la atención continuada no se aplica a los contratos de proveedores que finalizan por motivos de calidad o fraude. El Plan le avisará si el contrato de su proveedor finaliza. Podrá elegir la atención continuada a partir del día en que reciba el aviso. El período de atención continuada durará 90 días si elige la atención continuada, pero puede terminar antes si ya no recibe atención del proveedor.

Si quiere ayuda para saber si es elegible para la atención continuada, llame al [1-833-600-1311] o visite www.ascensionpersonalizedcare.com.

La atención continuada incluye:

- o Tratamiento de una **condición grave y compleja**
- o Atención institucional o de hospitalización
- o Cirugía programada no electiva, incluyendo los cuidados posoperatorios necesarios
- o Atención si está embarazada y recibe tratamiento para su embarazo
- o Atención si tiene una Enfermedad terminal

Por Enfermedad grave y compleja se entiende una Enfermedad aguda, una condición lo suficientemente grave como para requerir atención médica especializada para evitar una posibilidad razonable de muerte o daño permanente o una Enfermedad o condición crónica que ponga en peligro la vida, sea degenerativa, posiblemente incapacitante o congénita y requiera atención médica especializada durante un tiempo prolongado.

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

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 ha hecho 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.

SIN FACTURACIÓN SORPRESA

Nuevas protecciones para los consumidores

Si recibe atención de un proveedor o centro fuera de la red, es posible que su plan médico no cubra la totalidad del costo. Por lo tanto, es posible que los costos sean más elevados que si recibiera la atención de un proveedor o centro de la red. En el pasado, además de los costos compartidos fuera de la red que usted pudiera deber, el proveedor o centro fuera de la red podía facturarle la parte de la factura que su plan médico no pagaba, lo que daba lugar a una factura por el saldo. Una factura de saldo inesperada de un proveedor o centro fuera de la red también se denomina factura médica sorpresa.

A partir de enero de 2022, entraron en vigor nuevas normas para protegerlo de las facturas médicas sorpresa. Estas normas se denominan a veces normas “sin sorpresas”. Estas normas:

- Prohíben las facturas médicas sorpresa por servicios de emergencia, incluso si los recibe fuera de la red y sin aprobación previa (Autorización previa).
- Prohíben los costos compartidos fuera de la red (como el coseguro o el copago por servicios fuera de la red) para todos los servicios de emergencia y algunos que no son de emergencia. No se le puede cobrar más que los costos compartidos dentro de la red por estos servicios.
- Prohíben los cargos fuera de la red y las facturas de saldo por atención complementaria (como anestesiología o radiología) por parte de proveedores fuera de la red que trabajen en un centro de la red.
- Exigen que los proveedores y centros médicos le den un aviso fácil de entender en el que se explique que recibir atención fuera de la red podría ser más caro y se mencionen las opciones para evitar las facturas de saldo. No está obligado a firmar este aviso ni a recibir atención fuera de la red.

También a partir de enero de 2022, si cree que la decisión de su plan médico de no pagar una parte o la totalidad de un reclamo viola las nuevas protecciones de facturación sorpresa, puede apelar esa decisión. Puede utilizar el proceso de revisión externa descrito en los documentos de su plan y en los avisos de denegación para pedir la revisión externa de la decisión de su plan.

Si tiene preguntas sobre estas nuevas normas o cree que no se están cumpliendo, comuníquese con el servicio de asistencia “Sin sorpresas” al teléfono 1-800-985-3059 o presente una queja en línea en <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers/complaints-about-medical-billing>.

ÍNDICE

Aviso de Administración de uso de los requisitos de Autorización previa	Página 2
Aviso “Sin facturación sorpresa”	Página 3
Sección 1. Definiciones generales	Página 5
Sección 2. Primas; inscripción; fecha de entrada en vigor	Página 18
Sección 3. Cancelación.....	Página 21
Sección 4. Beneficios médicos y exclusiones.....	Página 23
Sección 5. Administración de uso y requisitos de Autorización previa.....	Página 38
Sección 6. Exclusiones generales	Página 39
Sección 7. Quejas formales y apelaciones	Página 44
Sección 8. Disposiciones estándares	Página 50
Sección 9. Coordinación de beneficios con otras coberturas.....	Página 53

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 con respecto a 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 está 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 ni una residencia 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;
 - 7) mantiene un registro médico adecuado para cada paciente, que debe contener un diagnóstico de ingreso, incluyendo, para todos los pacientes excepto los que se someten a un procedimiento con anestesia local, un informe de examen preoperatorio, antecedentes médicos y análisis de laboratorio o radiografías, un informe operativo y un resumen del alta.

“Ensayo clínico aprobado” es un ensayo clínico de fase I, II, III o IV que se hace en relación con la prevención, la detección o el Tratamiento del cáncer u otra Enfermedad o condición que pone en peligro la vida, y que es:

- A. un estudio o investigación financiado o aprobado por el gobierno federal;
- B. un estudio o investigación hecho en el marco de una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration);
- C. un estudio o investigación que es un ensayo de medicamentos exento de tener dicha solicitud de medicamento nuevo en investigación.

“Centro de vida asistida” es un centro diseñado para proporcionar a los residentes únicamente asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL) básicas, como bañarse, asearse, vestirse, etc.

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

“Centro de partos” es una instalación operada por un Hospital de cuidados agudos u otra institución de atención médica autorizada para proporcionar instalaciones para el parto como una alternativa al entorno de la sala de partos del Hospital de cuidados agudos.

“Medicamento de marca” es un Medicamento de venta con receta que no tiene un equivalente de Medicamento genérico o un Medicamento de venta 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 es dirigida por el médico del paciente; la fase II es un programa para pacientes ambulatorios con supervisión médica que comienza después de recibir el alta de una hospitalización; 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” significa 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 pagadero por un Asegurado en el lugar y momento en que se prestan 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 de la tarifa aprobada por la Organización de Proveedores Exclusivos, el Coseguro es igual al saldo del Asegurado.

“Confinamiento” o “Confinado” significa hospitalizado como Paciente interno.

“Gastos cubiertos” son los costos incurridos con respecto a los servicios, suministros y cargos para los que se proveen beneficios en la Póliza, y como se define más específicamente en las disposiciones de la Póliza relacionadas con la cobertura.

“Atención de custodia” son los cuidados prestados en su mayoría para ayudar a una persona en las actividades de la vida diaria, y no principalmente para ayudar a dicha persona 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 de que la Atención de custodia sea pedida por el Médico.

La prestación de la Atención de custodia por parte de 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 prestarse de forma segura y eficaz por una persona no médica capacitada, los servicios se considerarán Atención de custodia. El cuidado de los pacientes con respirador cuya condición es estable, con pocas probabilidades de cambiar, o que no requiere una reevaluación constante y una intervención clínica, se considerará Atención de custodia.

“Centro de atención de custodia” es un centro que proporciona 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 satisfacer antes de ser elegible para ciertos beneficios que paga la Compañía.

“Deducible individual” es la cantidad de Gastos cubiertos que una persona debe satisfacer dentro de un Año del plan, antes de ser elegible para ciertos beneficios que paga la Compañía.

“Deducible familiar integrado” 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. Puede ser satisfecho por cualquier combinación de familiares, pero una persona no puede aportar más que la cantidad del Deducible individual. Un familiar puede tener derecho a los beneficios antes de que se satisfaga el Deducible familiar si dicha persona satisface el Deducible individual.

“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 presta 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 ha sido dada
- Un hijo para el que exista una Orden de manutención médica calificada que requiera cobertura

Para continuar con la cobertura más allá de los primeros 31 días después del momento del nacimiento, necesitaremos un aviso dentro de los 60 días siguientes al momento del nacimiento y el pago de la prima requerida. Sus hijos recién nacidos y sus hijos recién adoptados están cubiertos desde el momento del nacimiento.

Los hijastros y los niños bajo tutela judicial son elegibles para la cobertura desde la fecha en que el niño se convierte en hijastro o desde la fecha en que usted es nombrado tutor por el Tribunal. Los hijos adoptados son elegibles a partir de la fecha en que le dan el niño en adopción o de la fecha en que se dicta una orden que concede al padre adoptivo la custodia del niño para su adopción, lo que ocurra primero.

La definición de Dependiente está 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 de edad.
- 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 dentro de los 60 días siguientes a la finalización de la cobertura, y una prueba cada año después de la continuación de la incapacidad.

“Ingreso de emergencia” es una hospitalización como paciente de cama registrada directamente desde la sala de emergencias del hospital.

“Condición médica de emergencia” es la aparición repentina y, en ese momento, inesperada de una condición médica que requiere atención médica inmediata, cuando la ausencia de atención médica inmediata puede dar lugar a cualquiera de los siguientes:

- A. poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto);
- B. una alteración grave de las funciones corporales;

- C. una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;
- D. con respecto a una mujer embarazada que tenga contracciones:
 - (i) que no hay tiempo suficiente para hacer un traslado seguro a otro hospital antes del parto;
 - (ii) que el traslado puede suponer una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del feto.

“Servicios de emergencia” significa, con respecto a 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;
- B. dentro de las capacidades del personal y de las instalaciones disponibles en el hospital cuando se requiera dicho examen médico y tratamiento adicional para Estabilizar al paciente.

“Beneficios médicos esenciales” se refiere a los beneficios cubiertos por la Póliza, al menos en las siguientes categorías: servicios ambulatorios para pacientes, servicios de Emergencia, hospitalización, atención a la maternidad y al recién nacido, servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias, incluyendo el tratamiento de salud conductual, Medicamentos de venta con receta, servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación, servicios de laboratorio, servicios preventivos y de bienestar y tratamiento de Enfermedades crónicas, y servicios pediátricos, incluyendo la atención bucodental y oftalmológica. Dichos beneficios serán coherentes con los establecidos en la Ley de Protección al Paciente y Cuidado a Bajo Precio (PPACA) de 2010 y cualquier reglamento emitido en virtud de esta.

“Gastos incurridos” significa 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 de investigación” significa un servicio, suministro o Tratamiento que se considera experimental o de investigación por cualquier organismo de evaluación tecnológica establecido por cualquier gobierno estatal o federal; o que cumple una o más de estas condiciones:

- A. Está dentro de la fase de investigación o experimental.
- B. Implica el uso de un medicamento o sustancia que no ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos mediante la emisión de una solicitud de nuevo medicamento u otra aprobación formal, o que ha sido etiquetado como “Caution: Limited by Federal Law to Investigational Use” (Precaución: Limitado por la ley federal al uso en investigación).
- C. No es de uso general por parte de Médicos calificados.
- D. No tiene un valor demostrado para el diagnóstico o el Tratamiento de una Enfermedad o Lesión.
- E. El medicamento o dispositivo no puede ser comercializado legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos y la aprobación para su comercialización no se ha dado en el momento en que se suministra el medicamento o dispositivo.
- F. El medicamento, dispositivo, Tratamiento o procedimiento médico, o el documento de consentimiento informado del paciente utilizado con el medicamento, dispositivo, Tratamiento o procedimiento fue revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional del centro del tratamiento u otro organismo que cumpla una función similar, o si la ley federal exige dicha 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. Si las pruebas fiables muestran que la opinión predominante entre los expertos en relación con el medicamento, dispositivo, 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 en comparación 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 informes 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 sustancialmente 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 sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, Tratamiento médico o procedimiento.

Los costos de atención de rutina 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 de atención médica, el artículo o el medicamento en investigación que es objeto del ensayo clínico;
2. cualquier modalidad de Tratamiento que no forme parte del tratamiento de referencia usual y habitual requerido para administrar o respaldar el servicio de atención médica, artículo o medicamento en investigación que es objeto del ensayo clínico;
3. cualquier servicio de atención médica, artículo o medicamento proporcionado únicamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos que no se utilizan en la gestión clínica directa del paciente;
4. un medicamento o dispositivo en investigación que no haya sido aprobado para su comercialización por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos;
5. 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;
6. un servicio, artículo o medicamento gratis proporcionado por el patrocinador de un ensayo clínico para cualquier paciente nuevo;
7. 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.

“FDA” significa la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

“Formulario” significa una lista de medicamentos que se ha desarrollado, organizado y se administra para promover una terapia farmacológica racional, clínicamente apropiada, segura y rentable.

“Medicamento genérico” significa un medicamento de venta 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, común u oficial.

“HIPAA” significa Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 y se utiliza para referirse a los derechos previstos en la Ley, además de los expresamente autorizados por la Compañía.

“Agencia de atención médica en casa” significa únicamente una agencia pública u organización privada, o una subdivisión de dicha 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, está autorizada en virtud de dicha ley o está aprobada por la agencia de dicho estado o localidad responsable de la concesión de licencias a agencias u organizaciones de esta naturaleza, por cumplir los estándares establecidos para dicha concesión. El término “Agencia de atención médica en casa” no incluye ninguna agencia u organización o subdivisión que se dedique principalmente al cuidado y Tratamiento de una Enfermedad mental.

“Programa de hospicio” significa un programa que presta cuidados paliativos y de apoyo a los pacientes con Enfermedades terminales y a sus familias y que está organizado y autorizado como tal por el estado en el que tiene su sede. Si se dispone de acreditación, el Programa debe haber sido acreditado en la actualidad. En el caso de que no existan leyes o reglamentaciones estatales con respecto a los Programas de hospicio, el Programa debe estar acreditado por una organización nacional de acreditación o ser reconocido como Programa de hospicio o Programa de hospicio de demostración por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services). El hospicio puede prestarse en la casa, en un centro de hospicio, en un Centro de enfermería especializada, en un Hospital de cuidados agudos o en otro centro independiente.

“Ocupación ilegal” significa que la Compañía no será responsable de ningún siniestro cuya causa contribuya a que el Asegurado cometa o intente cometer un delito, o cuya causa contribuya a que el Asegurado se dedique a una ocupación ilegal.

“Enfermedad” significa únicamente la enfermedad o dolencia, incluyendo la enfermedad mental, que requiere Tratamiento por parte de un Médico. A efectos de determinar los beneficios que se deben pagar, el término “Enfermedad” incluye 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.

Por “Lesión” se entiende únicamente las Lesiones corporales sufridas accidentalmente por medios externos, incluyendo las Enfermedades resultantes de un accidente. Todas las Lesiones sufridas por un Asegurado en relación con cualquier accidente se considerarán una sola Lesión.

“Proveedor de la red” hace referencia a los Médicos o las instalaciones que la Compañía ha elegido y contratado para participar en las Organizaciones de Proveedores Exclusivos.

“Paciente interno” significa una persona que está Confinada.

“Centro de rehabilitación para Pacientes internos” se refiere a las unidades de rehabilitación física que son unidades de cuidados especiales autorizadas (o instalaciones independientes) que prestan servicios de rehabilitación intensiva a través de 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 el Titular de la póliza nombrado en la tarjeta de identificación. Asegurado también significa las siguientes personas que han sido debidamente inscritas en los registros de la Compañía de acuerdo con las especificaciones establecidas en la sección de Inscripción y Fechas de entrada en vigor:

1. el cónyuge del Titular de la póliza;
2. cada Dependiente (como se define en esta Póliza) del Titular de la póliza.

Asegurado no se refiere a las personas que han sido voluntariamente desafiliadas por la persona nombrada en la tarjeta de identificación.

“Unidad de cuidados intensivos” significa una unidad especial en un Hospital de cuidados agudos que concentra todos los tipos de equipos necesarios junto con la enfermería especializada. Esto incluirá los cuidados coronarios, la unidad de quemados y el aislamiento intensivo.

“Cuidados intermedios” significa el uso, en un entorno terapéutico residencial completo (24 horas), o en un entorno terapéutico residencial parcial (menos de 24 horas), de alguna o todas las siguientes técnicas terapéuticas, según se identifican en un plan de Tratamiento para personas fisiológica o psicológicamente dependientes o que abusan del alcohol o las drogas:

- A. consejería;
- B. servicios de desintoxicación;
- C. otros servicios auxiliares como pruebas médicas, evaluación diagnóstica y remisión a otros servicios identificados en un plan de Tratamiento;
- D. quimioterapia.

“Centro de cuidados agudos a largo plazo” significa un centro que está autorizado como tal por una autoridad estatal debidamente constituida y que proporciona atención a los pacientes que se consideran estables para ser dados de alta de un Hospital de cuidados agudos, pero que requieren servicios intensivos como terapia intravenosa complicada, cuidado de heridas complicadas u otra terapia que no es apropiada para ser proporcionada en un Centro de enfermería especializada.

“Pedido por correo” se refiere únicamente a los Medicamentos de venta con receta que son dispensados por el proveedor del programa de medicamentos de venta con receta que figura 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 prestados 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.

“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 han llegado a la conclusión, basada en criterios científicos o médicos, de 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 ha prescrito, 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.

“Médicamente apropiado” hace referencia a los servicios o suministros que la Compañía determina, a su entera discreción, que se proporcionan de acuerdo con las normas de práctica médica generalmente aceptadas por los profesionales para la condición que se está tratando.

“Médicamente necesario”/“Necesidad médica” hacen referencia a 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 requieren para diagnosticar o tratar una Enfermedad o Lesión cubierta, de acuerdo con los síntomas del diagnóstico. Los servicios y suministros que:

- A. son seguros, eficaces y adecuados con respecto a las normas de la buena práctica médica;
- B. son aplicados habitualmente en la atención de personas con dolencias y hallazgos similares por profesionales o proveedores con formación similar;
- C. generalmente son aceptados como elementos eficaces de atención;
- D. no son solo para la conveniencia del paciente o del proveedor;
- E. están aprobados por las autoridades reguladoras, como la Administración de Alimentos y Medicamentos;
- F. son el suministro o nivel de servicio más apropiado que puede prestarse al paciente de forma segura.

Cuando se aplica a la atención de un paciente hospitalizado, esto significa que los síntomas o la condición médica requieren que los servicios no pueden ser prestados con seguridad al paciente como un paciente ambulatorio.

El hecho de que un médico o proveedor de atención médica haya prescrito, pedido o recomendado un servicio o suministro no significa en sí mismo que sea Médicamente necesario, según la definición.

“Medicare” se refiere a 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).

“Enfermedad mental” hace referencia a las siguientes enfermedades psiquiátricas, tal como se definen en la edición más reciente del Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association):

1. esquizofrenia;
2. trastornos paranoides y otros trastornos psicóticos;
3. trastornos bipolares (hipomaníacos, maníacos, depresivos y mixtos);
4. trastornos depresivos mayores (episodio único o recurrente);
5. trastornos esquizoafectivos (bipolares o depresivos);
6. trastornos del espectro autista*;
7. trastornos obsesivo-compulsivos;
8. depresión en la infancia y la adolescencia;
9. trastorno de pánico;
10. trastornos de estrés postraumático (agudo, crónico o de inicio tardío).

* Los trastornos del espectro autista están cubiertos por el beneficio de trastornos del espectro autista y no por el beneficio general de Enfermedades mentales.

“Red” se refiere 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 refiere a los servicios recibidos a través de proveedores Dentro la red, mientras que “Fuera de la red” se refiere a los servicios recibidos a través de proveedores no participantes.

“Medicamento nuevo” se refiere a 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” significa, con respecto a la Lesión, una Lesión que no surge de ningún empleo a cambio de un salario o beneficio, ni en el curso de dicho empleo; y, con respecto a la Enfermedad, significa una Enfermedad en relación con la que la persona no tiene derecho a beneficios bajo ninguna ley de Indemnización por accidente laboral o legislación similar.

“Proveedor fuera de la red” se refiere a los Médicos y centros que la Compañía no ha elegido ni contratado para su participación en las Organizaciones de Proveedores Exclusivos.

“Paciente ambulatorio” se refiere a una persona que no está Confinada.

“Programa de hospitalización parcial” se refiere a un programa aprobado o autorizado cuando se presta en un centro que proporciona servicios psiquiátricos para el diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades mentales para pacientes que no requieren hospitalización a tiempo completo, pero que necesitan programas más amplios que los posibles de las visitas ambulatorias. La atención es proporcionada por un médico autorizado o bajo la supervisión de un Médico autorizado y otro personal médico autorizado apropiado (por ejemplo, RN, MSW, psicólogo).

“Farmacia participante” significa una farmacia que ha suscrito un acuerdo de plan de Medicamentos de venta con receta con el Administrador de beneficios de farmacia que figura en su tarjeta de identificación.

“Ley de Protección al Paciente y Cuidado a Bajo Precio de 2010” significa 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)” significa el proveedor del programa de Medicamentos de venta con receta que figura en su tarjeta de identificación.

“Médico” significa un proveedor de asistencia médica que actúa dentro del ámbito legal de su licencia e incluye lo siguiente:

- Enfermero de práctica avanzada registrado (ARNP)/Enfermero registrado práctica avanzada (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 clínico matrimonial y familiar autorizado (LCMFT)
 - Consejero profesional clínico autorizado (LCPC)
 - Psicoterapeuta clínico autorizado (LCP)
 - Trabajador social clínico especializado autorizado (LSCSW)
- Audiólogo
- Educador sobre diabetes certificado/dietista autorizado (para servicios cubiertos de educación de diabetes)
- Doctor en quiropráctica (DC)
- Doctor en cirugía dental (DDS)
- Doctor en medicina (MD)
- Doctor en osteopatía (DO)
- Fisioterapeuta autorizado (LPT)
- Terapeuta ocupacional
- Doctor en optometría (OD)
- Cirujano de boca (OMFS, OMS)
- Asistente médico (PA)
- Doctor en medicina podológica (DPM)
- Psicólogo y asociados de psicología
- Psiquiatra autorizado en el estado en el que ejerce
- Patólogo del habla y del lenguaje

El Médico o Doctor, tal y como se ha definido arriba, no incluye al Titular de la póliza ni a sus Dependientes, ni a ninguna persona que sea cónyuge, padre, madre, hijo, hija, hermano o hermana de dicho Titular o de sus Dependientes.

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

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

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

“Año del plan” significa 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” significa el Tratamiento del pie y sus partes relacionadas, como tobillos, dedos, talones, etc., incluyendo la cirugía, la ortopedia, el desbridamiento, las radiografías y los otros cuidados prescritos por un Médico.

“Póliza, La póliza, Esta póliza” significa el acuerdo completo que incluye todo lo siguiente:

- Esta Póliza
- El programa de beneficios

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

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

“Pruebas previas a la hospitalización” significa las pruebas diagnósticas Ambulatorias hechas a un Asegurado durante el período de 10 días antes de ser hospitalizado como Paciente interno; o dentro de las 48 horas anteriores a un ingreso quirúrgico ambulatorio en un Hospital de cuidados agudos. El requisito de tiempo no se exigirá si:

- A. las complicaciones médicas retrasan el Procedimiento quirúrgico previsto;
- B. se cancela o pospone el Confinamiento porque no hay cama disponible;
- C. se produce un cambio en la condición del Asegurado que impide que se haga la Procedimiento quirúrgico.

“Embarazo” significa 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 médica” se refiere a la autorización por escrito u oral de un Medicamento de venta con receta por parte de un Médico que está autorizado a emitir dicha autorización en el curso ordinario de su práctica profesional.

“Revisión de autorización previa”, también denominada “certificación previa” o “aprobación previa”, es un proceso por el que los Médicos y otros proveedores de atención médica deben obtener la aprobación previa de un plan médico antes de que se preste un servicio específico al paciente, para poder calificar para la cobertura de pago.

“Atención psiquiátrica” se refiere a los servicios directos o de consulta basados en la evidencia, prestados por un psiquiatra autorizado en el estado en el que ejerce.

“Centro psiquiátrico” 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

psiquiátricos para el diagnóstico y el Tratamiento de Enfermedades mentales 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).

“Tratamiento psiquiátrico” significa la atención de Tratamiento de una Enfermedad o trastorno mental o un trastorno nervioso funcional.

“Atención psicológica” hace referencia a los servicios directos o de consulta basados en la evidencia, prestados 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 del cáncer u otra enfermedad o condición que ponga en peligro la vida, y ya sea:

- A. el profesional médico que lo remita es un proveedor de atención médica Dentro de la red y ha concluido que la participación de la persona en el ensayo sería apropiada;
- B. el Asegurado proporciona 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 del Health Insurance Marketplace®.

“Pedido de manutención médica calificada” (QMCSO) significa 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 según esta Póliza.

Para que dicho pedido sea un QMCSO, debe especificar claramente:

- A. el nombre y la última dirección postal conocida (si la hubiera) del Titular de la póliza y el nombre y la dirección postal de cada uno de los Destinatarios suplentes cubiertos por el pedido;
- B. una descripción razonable del tipo de cobertura que prestará la Póliza a cada Destinatario suplente, o la forma en que se determinará dicho tipo de cobertura;
- C. el período de cobertura al que se refiere el pedido;
- D. el nombre de esta Póliza.

Sin embargo, no es necesario que dicho pedido se reconozca como “calificado” si requiere que la Póliza proporcione cualquier tipo o forma de beneficio, o cualquier opción que no se proporcione 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 (añadida por la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1993 § 13822).

“Costos de atención de rutina al paciente” hace referencia a todos los artículos y servicios coherentes con la cobertura proporcionada en esta Póliza que suelen estar cubiertos para una Persona calificada que no está inscrita en un Ensayo clínico aprobado. Los Costos de atención de rutina al paciente no incluyen:

- A. el servicio de atención médica, el artículo o el medicamento en investigación que es objeto del ensayo clínico;
- B. cualquier modalidad de Tratamiento que no forme parte del tratamiento de referencia usual y habitual requerido para administrar o respaldar el servicio de atención médica, artículo o medicamento en investigación que es objeto del ensayo;

- C. cualquier servicio de atención médica, artículo o medicamento proporcionado únicamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos que no se utilizan en la gestión clínica directa del paciente;
- D. un medicamento o dispositivo en investigación que no haya sido aprobado para su comercialización por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos;
- 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 gratis proporcionado por el patrocinador de un ensayo clínico para cualquier paciente nuevo;
- G. un servicio, artículo o medicamento elegible para ser reembolsado por una fuente distinta a la póliza de seguro de accidentes y Enfermedad de la persona cubierta, incluyendo el patrocinador del ensayo clínico.

“Alojamiento y comida semiprivados” significa un alojamiento en una habitación con 2 camas.

“Interrupción significativa de la cobertura” significa 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” significa una institución (o una parte distinta de una institución) que:

- A. Se dedica principalmente a prestar a los Paciente 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 diseñadas con la consejería de un grupo de profesionales, entre los que están uno o varios Médicos y uno o varios Enfermeros registrados, y con la previsión de que dichas políticas sean revisadas periódicamente, para regular la atención de enfermería especializada y los servicios médicos o de otro tipo que presta.
- C. Tiene un Médico, un Enfermero registrado o un miembro del personal médico responsable de la ejecución de dichas políticas.
- D. Tiene el requisito de que la atención médica de cada paciente debe estar bajo la supervisión de un Médico, y prevé tener un Médico disponible para prestar la atención médica necesaria en caso de emergencia.
- E. Mantiene un registro clínico de todos los pacientes.
- F. Proporciona atención de enfermería las 24 horas del día de acuerdo con las políticas desarrolladas según lo dispuesto en el subpárrafo B de arriba, y tiene al menos un Enfermero registrado empleado a tiempo completo.
- G. Proporciona métodos y procedimientos adecuados para la dispensación y administración de 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 2 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.

“Dientes naturales sanos” hace referencia a un diente que está entero o debidamente restaurado; no tiene una Enfermedad periodontal avanzada y no necesita el Tratamiento proporcionado por ninguna razón que no sea una Lesión accidental.

“Servicios de manipulación de la columna vertebral/Tratamiento quiropráctico” hace referencia al Tratamiento del sistema musculoesquelético mediante sublimación, manipulación u otros Tratamientos similares, incluyendo las pruebas de diagnóstico médico para determinar la necesidad del Tratamiento prescrito por un Médico.

“Estabilizar” significa, con respecto a una condición médica de emergencia, proporcionar el Tratamiento médico de la condición que sea necesario para asegurar, dentro de una probabilidad médica razonable, que no es probable que se produzca un deterioro material de la condición como resultado del traslado de la persona desde un centro o durante dicho traslado.

“Compendio de referencia estándar” incluye el Servicio de Formulario del Hospital Americano: 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” significa el consumo de alcohol u otras drogas en dosis que ponen en peligro potencial el bienestar social, económico, psicológico y físico de una persona. “Abuso de sustancias” se entenderá también aplicado 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 la salud, la moral, la seguridad o el bienestar públicos.

“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 CIE-10-MC.

“Telesalud” significa el uso de un medio electrónico para conectar a los Asegurados con los Médicos en diferentes lugares. Para que se considere un servicio de Telesalud, el Médico debe poder examinar al Asegurado a través de 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 prestan los servicios. La Telesalud incluye la Telepsiquiatría.

“Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) y similares” incluye los trastornos temporomandibulares, craneomandibulares, neuromusculares de cabeza y cuello o similares.

“Tratamiento” significa atención o cuidados médicos, prestación de servicios o medicamentos, consultas, pruebas.

“Atención de urgencia” significa la atención sin cita previa para prevenir el deterioro grave de la salud de un Asegurado como resultado de una Enfermedad o Lesión imprevista, o la aparición de síntomas o dolores agudos o severos que requieren un Tratamiento inmediato para evitar daños a largo plazo.

“Centro de atención urgente” significa una instalación, que no incluye una sala de emergencias de un hospital o un consultorio médico, que proporciona Tratamiento o servicios que se requieren:

1. para prevenir un deterioro grave de la salud de un Asegurado;
2. como resultado de una Enfermedad imprevista, una Lesión o la aparición de síntomas o dolores agudos o graves.

“Indemnización por accidente laboral” significa cualquier programa de beneficios federal o estatal proporcionado por cualquier Lesión corporal o Enfermedad corporal que surja del empleo y en el curso de este.

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: antes de la fecha de entrada en vigor de esta cobertura 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 indicadas en el punto 1 de arriba;
 - b. las primas no son pagadas por usted, su pariente por consanguinidad, matrimonio o adopción, o una organización específicamente designada por la ley federal o estatal como entidad de la que la Compañía debe aceptar las primas.

El pago de las primas está sujeto a los períodos de gracia indicados en la Sección 3. Cancelación.

Requisitos de elegibilidad

Las personas son elegibles para la cobertura bajo esta Póliza si, en el momento de la solicitud, la persona:

- es un ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano que está legalmente presente en los Estados Unidos, y se espera razonablemente que sea un ciudadano, nacional o un no ciudadano que está legalmente presente durante todo el período para el que se pide la inscripción;
- no debe estar encarcelada, salvo en espera de la resolución de los cargos.

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 elegibles deben avisar a la Compañía en un plazo de 60 días a partir del evento desencadenante. Esto puede requerir la presentación de un formulario de cambio. La incorporación de nuevos Asegurados debido a uno de estos eventos desencadenantes puede requerir un cambio en el tipo de cobertura o primas adicionales. Todas las notificaciones de eventos desencadenantes para un Plan del Mercado deben ser presentadas al Mercado.

Inscripción abierta

Las personas y Asegurados elegibles 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 demás 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.

Inscripción especial

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

Las personas calificadas pueden inscribirse en su QHP o en un QHP de su elección como resultado del siguiente evento desencadenante:

Incorporación de un Dependiente o conversión en Dependiente por matrimonio

Esto se aplica al Titular de la póliza, a su cónyuge y a cualquier Dependiente recién adquirido. El Titular de la póliza no puede cambiar su QHP actual debido a la incorporación de un Dependiente.

Las personas elegibles y los Asegurados pueden inscribirse o cambiar de un QHP a otro como resultado de los siguientes eventos desencadenantes:

- Pérdida de la cobertura mínima esencial.
- Incorporación de un Dependiente o conversión en Dependiente por matrimonio.
- Obtener acceso a nuevos QHP como resultado de un cambio de dirección permanente. Debe tener una cobertura esencial mínima durante uno o más días en los 60 días anteriores a la mudanza, a menos que se traslade desde un país extranjero o un territorio de los Estados Unidos.
- 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.
- Una persona inscrita en el QHP demuestra adecuadamente al Mercado que el QHP en el que está inscrita violó sustancialmente una disposición material de su contrato en relación con esa persona inscrita.
- Ser elegible por primera vez para los créditos fiscales anticipados para las primas o las reducciones de costos compartidos.
- Una persona inscrita en cualquier plan médico grupal o cobertura de seguro médico individual que no sea del año calendario calificará para la Inscripción especial, incluso si la persona calificada o su Dependiente tiene la opción de renovar dicha cobertura.
- Una persona, que no era previamente un ciudadano, nacional o persona legalmente presente adquiere tal estatus.
- Un indio puede inscribirse en un QHP o cambiar de un QHP a otro una vez al mes.
- Cumplir otras circunstancias excepcionales según lo disponga el Mercado.

Eventos desencadenantes que entran en vigor en la fecha del evento

Incorporación de un Dependiente por nacimiento, adopción o asignación para adopción

Los créditos fiscales anticipados para las primas y las reducciones de costos compartidos, si son aplicables, no entran en vigor hasta el primer día del mes siguiente, a menos que el nacimiento, la adopción o la asignación por adopción se produzcan el primer día del mes.

Si la cobertura actual solo proporciona beneficios a los progenitores 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 recibidos por el niño dentro del período inicial de 48 o 96 horas se tratarán como si fueran servicios recibidos por el padre Asegurado.

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 Titular de la póliza dentro de los 90 días siguientes al nacimiento de dicho niño.

Un recién nacido, un niño adoptado (incluyendo un recién nacido) a partir de la fecha de presentación de la petición de adopción, o un niño colocado en la casa del Asegurado por una agencia de asignación de niños, tal como lo define la ley estatal con fines de adopción, está cubierto de la siguiente manera, si el tipo de cobertura es para dos o más Asegurados. La cobertura es efectiva y se proporciona sin cargo durante 31 días a partir de la fecha de nacimiento para:

- (1) Los recién nacidos naturales.
- (2) Los recién nacidos cuya petición de adopción se haya presentado dentro de los 60 días siguientes al parto.

Excepción: Si la petición de adopción se presenta después de los 60 días del nacimiento, la cobertura entrará en vigor en la fecha de presentación de la petición de adopción y se prestará sin cargo durante 31 días.

- (3) Los recién nacidos colocados en la casa del Asegurado dentro de los 60 días siguientes al nacimiento.

Excepción: Si un niño es colocado después de los 31 días de su nacimiento, la cobertura entrará en vigor en la fecha de colocación y se prestará sin cargo durante 31 días.

SECCIÓN 3. CANCELACIÓN

Cancelación por parte del Titular de la póliza

El Titular de la póliza 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 Titular de la póliza para que se interrumpa la cobertura. En caso de cancelación o fallecimiento, la prima devengada se calculará mediante el uso de la última tabla de tarifas cortas presentada ante el funcionario estatal que tenga la supervisión de los seguros en el estado en el que el Titular de la póliza residía cuando se emitió la Póliza, y la parte no devengada de cualquier prima se devolverá de inmediato. La cancelación se producirá sin perjuicio de cualquier reclamo originado antes de la fecha de entrada en vigor de la cancelación.

Cancelación por parte del Mercado o la Compañía

La cobertura del contrato puede cancelarse solo en las siguientes circunstancias:

- a. El Asegurado ya no es elegible para la cobertura en un QHP a través del Mercado. El último día de la cobertura es el último día del mes siguiente al mes en que el Mercado envía la notificación, a menos que se solicite una fecha de cancelación anterior y esta sea aprobada por el Mercado.
- b. Impago de las primas cuando:
 - (1) Se haya agotado el período de gracia de 90 días 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 90 días.
 - (2) O bien, se ha agotado el período de gracia de 30 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 en caso de 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 dicha cobertura.
- g. Dependientes que ya no califican según la definición general de Dependiente.

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.

Servicios antes del inicio de la cobertura o después de su finalización

La Compañía no paga ningún servicio, Tratamiento, atención o suministro proporcionado antes de que comience la cobertura de esta Póliza o después de que esta finalice, a menos que esta Póliza indique lo contrario. Si la cobertura comienza o finaliza mientras el Asegurado es un Paciente interno en un Hospital de cuidados agudos, nuestro pago se basará en nuestro contrato con el hospital. Puede cubrir lo siguiente:

- los servicios, el Tratamiento, la atención o los suministros que el Asegurado reciba durante todo el ingreso;
- solo los servicios, el Tratamiento, la atención o los suministros que el Asegurado reciba mientras su cobertura esté en vigor.

Es posible que paguemos solo los servicios, el Tratamiento, la atención o los suministros que el Asegurado reciba mientras su cobertura esté en vigor si esta comienza o termina mientras el Asegurado:

- sea un Paciente interno en un hospicio, un centro de cuidados agudos a largo plazo, un hospital de rehabilitación, un hospital psiquiátrico u otro centro identificado por Nosotros;
- se esté tratado debido a un episodio de Enfermedad en una Agencia de atención médica en casa, un centro de insuficiencia renal terminal (ESRD) o una unidad de rehabilitación hospitalaria para Pacientes ambulatorios u otro centro identificado por Nosotros.

Si el Asegurado tiene otra cobertura cuando un centro lo admite o lo da de alta, es posible que tenga que pagar por la atención que recibe el Asegurado antes de que comience la cobertura del Asegurado o después de que termine con Nosotros.

SECCIÓN 4. BENEFICIOS MÉDICOS

Cobertura prestada

La cobertura de esta Póliza entra en vigor en la Fecha de entrada en vigor indicada en la carátula de esta Póliza.

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 Condición médica de emergencia. Le daremos una lista de proveedores en su localidad a través de nuestro sitio web donde podrá localizar un Proveedor dentro de la red que sea adecuado para usted. Visite nuestro sitio web en ascensionpersonalizedcare.com/find-a-doctor.

No tenemos ninguna obligación de informarle de la aplicabilidad de disposiciones de pago adicionales por utilizar un Proveedor fuera de la red durante el curso de la autorización antes del servicio o de otra manera. Usted es responsable de elegir un Proveedor dentro de la red.

Si los servicios cubiertos Médicamente necesarios, sin incluir los servicios de Emergencia, no están disponibles a través de uno de nuestros Proveedores dentro de la red, aprobaremos una remisión a un Proveedor fuera de la red y emitiremos el pago al Proveedor fuera de la red según el importe de pago admisible (QPA), tal como se define en el artículo 102 de la ley federal "No Surprises Act". La persona inscrita quedará exenta de responsabilidad por cualquier cantidad que supere el porcentaje de Copago, Deducible y Coseguro que habría pagado si hubiera recibido los servicios de un Proveedor dentro de la red.

Programa de beneficios

En el Programa de beneficios se proporciona una lista de los Gastos médicos cubiertos descritos en esta Póliza. En este programa se indica qué porcentaje de esos Gastos médicos cubiertos se prestará cuando un Asegurado incurra en esos servicios en la medida en que esos cargos superen cualquier cantidad de Deducible, Copago o Coseguro.

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 satisfecha antes de que la persona tenga derecho a los beneficios.

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

Máximo de costos compartidos

Una vez alcanzado el máximo de costos compartidos, la Compañía pagará el 100% de todos los servicios y suministros para los que se disponga de beneficios en virtud de esta Póliza y que Nosotros determinemos que son Médicamente necesarios. Los cargos por servicios y suministros que Nosotros determinemos que no son Médicamente necesarios no serán elegibles para la consideración de los beneficios y no podrán ser utilizados para satisfacer el máximo de costos compartidos.

Los gastos médicos cubiertos incluyen:

- A. Alojamiento y comida en habitación semiprivada y en la Unidad de cuidados intensivos proporcionados a un Asegurado por un Hospital de cuidados agudos calificado mientras el Asegurado es un Paciente interno.

- B. 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 derivados de la sangre.
- C. Los Gastos del programa de 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 hospicio.

Los gastos del Programa de hospicio incluyen:

1. La atención de hospicio como paciente interno según la tarifa promedio del centro para habitación semiprivada y comida.
 2. Servicios de Médicos.
 3. Servicios de atención médica en casa que incluye:
 - 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 médica de relevo.
 5. Medicamentos de venta con receta.
 6. Servicios de duelo para otros familiares del Asegurado, siempre que también sean Asegurados de la Póliza. Estos servicios son elegibles por un período que no exceda de 6 meses y solo si el beneficio del Programa de hospicio fue utilizado por el Asegurado con Enfermedad terminal.
- D. Suministros y Tratamientos médicos, visitas a domicilio y en el consultorio de un Médico, Médico especialista, Enfermero o Asistente médico y otra atención médica que se considere necesaria para el Tratamiento de una Enfermedad o Lesión, lo que incluye las visitas ofrecidas a través de Telesalud.
 - E. Beneficios para las visitas de un Proveedor dentro de la red a un Paciente interno durante el período de Confinamiento.
 - F. 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 requeridas por las normas o reglamentos del centro.
 - G. Procedimientos quirúrgicos, incluyendo los cuidados preoperatorios y posoperatorios.
 - H. 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.
 - I. 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 dicho servicio, la anestesia administrada por el Médico o el Enfermero anestesista certificado registrado.
 - J. Servicios de ambulancia terrestre o aérea autorizados para el transporte de emergencia o Medicamento necesario al centro más cercano equipado para tratar la condición y dentro de un radio de 500 millas.

- K. Servicios de emergencia, incluyendo 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 servicios 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 prestada por un Proveedor fuera de la red se cubrirá como un Servicio de la red.
- La cantidad máxima permitida para los Servicios de emergencia prestados por un Proveedor fuera de la red será:
 - La cantidad negociada con los Proveedores dentro de la red para los Servicios de Emergencia prestados.
 - La cantidad de los Servicios 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 Dentro de la red por las disposiciones de costos compartidos Fuera de la red.
 - La cantidad que se pagaría según Medicare por los Servicios de emergencia.
 - Además, si se comunica con su Médico y es remitido a la sala de emergencias de un Hospital, los beneficios se prestarán 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 Servicios de emergencia.**
- L. Para los servicios de Atención de urgencia prestados en el consultorio de un Médico o en un Centro de atención de urgencia.
- M. Anestésicos, oxígeno y su administración por parte de un Médico o Enfermero anestesista registrado y certificado.
- N. The administration of blood and blood products.
- O. Extremidades artificiales (excepto extremidades mioeléctricas), ojos artificiales y laringe artificial por 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 debido al desgaste normal.
- P. Marcapasos electrónico para una Enfermedad o Lesión, sin incluir los gastos de sustitución, 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 debido al desgaste normal.
- Q. Vendajes quirúrgicos, yesos, férulas, bragueros; aparatos ortopédicos, abrazaderas (incluyendo los zapatos correctores adjuntos) para una Enfermedad o Lesión y aparatos ortopédicos para los pies Medicamento necesarios prescritos 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 debido al desgaste normal.
- R. 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 debido al desgaste normal.
- S. 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 previstos) 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 debido al desgaste normal. La cobertura se limita al equipo médico duradero más rentable que satisfaga las necesidades médicas de la persona Cubierta.

- T. Radiografías de diagnóstico, electrocardiogramas (ECG), electroencefalogramas (EEG), análisis de laboratorio y exámenes patológicos cuando sean hechos por un médico para el diagnóstico de una Enfermedad o Lesión.
- U. Imágenes (por ejemplo, radioterapia, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT]/tomografía por emisión de positrones [PET]) y tratamientos con otras sustancias radiactivas.
- V. Tratamiento de fisioterapia ambulatoria por parte de un fisioterapeuta autorizado y terapia ocupacional por parte de un terapeuta ocupacional autorizado. Estos servicios deben prestarse debido a una Lesión o Enfermedad y para mejorar la función corporal. Limitado a 60 visitas por Año del plan.
- W. Tratamiento por parte de un terapeuta del habla calificado y autorizado con el fin de restablecer la pérdida del habla o corregir una deficiencia debida a:
1. una anomalía congénita;
2. una Lesión o Enfermedad, excepto un trastorno mental, psiconeurótico o de la personalidad.
La terapia del habla está limitada a un servicio por día hasta un beneficio máximo de 20 servicios diarios por Asegurado por Año del plan.
- X. Los servicios para pacientes ambulatorios, las visitas a la casa por parte del Médico y los servicios de consultorio, la atención de Emergencia y los servicios de atención de urgencia para trabajos dentales y cirugía bucal están cubiertos si son para la reparación inicial de una lesión en la mandíbula, los Dientes naturales sanos, la boca o la cara que se requiera como resultado de un accidente y no son excesivos en cuanto al alcance, la duración o la intensidad para prestar un Tratamiento seguro, adecuado y apropiado sin afectar de manera negativa la condición del paciente. La Lesión como resultado de masticar o morder no se considera una Lesión accidental, a menos que la masticación o la mordedura sean resultado de un acto de violencia doméstica o directamente de una condición médica. El trabajo dental "inicial" para reparar las lesiones debidas a un accidente significa que se hace dentro de los 12 meses siguientes a la lesión, o tan pronto como sea razonablemente posible, e incluye todos los exámenes y tratamientos para completar la reparación. Para un niño que requiera una reconstrucción facial debido a una Lesión dental, pueden pasar varios años entre el accidente y la reparación final.
Los Gastos médicos cubiertos están limitados a \$3,000 por Asegurado y por accidente (Dentro y Fuera de la red combinados). Este límite no se aplica a los cargos de las instalaciones para Pacientes ambulatorios, a la anestesia facturada por un Proveedor que no sea el Médico que proporciona el servicio, ni a los servicios que USHL debe cubrir por ley.
Los Servicios cubiertos por accidente dental incluyen, entre otros:
• exámenes bucales,
• radiografías,
• pruebas y exámenes de laboratorio,
• restauraciones,
• servicios de prótesis,
• cirugía bucal,
• reconstrucción mandibular/maxilar,
• anestesia.
- Y. Los gastos Hospitalarios de cuidados agudos relacionados con procedimientos odontológicos durante la hospitalización, cuando exista una condición médica peligrosa concurrente.
- Z. Servicios hospitalarios de cuidados agudos relacionados con ingresos para extracciones múltiples o eliminación de dientes no erupcionados mientras el Asegurado está Hospitalizado como Paciente interno.

- AA. La atención de los gastos de rutina de guardería de un niño recién nacido. El requisito de que el Confinamiento sea a consecuencia de una Lesión o Enfermedad no se aplicará con respecto a los gastos incurridos en relación con el Confinamiento de un niño recién nacido mientras la madre de dicho niño está Confinada en el Hospital de cuidados agudos. También serán elegibles las visitas de rutina al Médico durante el Confinamiento inicial.
- BB. Cuidados prenatales y posnatales, incluyendo el examen y las pruebas del recién nacido y las visitas necesarias en el consultorio del Médico y los análisis de laboratorio Médicamente necesarias relacionadas con un Embarazo cubierto.
- CC. Vacunas de rutina 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 el Departamento de Salud y Bienestar de Indiana (Indiana Department of Health and Welfare). Esto incluye la prueba de detección del recién nacido para la adrenoleucodistrofia (ALD).
- DD. Cargos por las circuncisiones para varones recién nacidos, o en relación con ellas.
- EE. Un lente de contacto por ojo después una operación de cataratas.
- FF. 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. Está recetado por un Médico para el Tratamiento de un tipo específico de neoplasia.
 2. Está aprobado por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos para su uso en la terapia antineoplásica.
 3. Se utiliza como parte de un régimen de medicamentos antineoplásicos.
 4. Su eficacia está corroborada por la Bibliografía médica actual y las organizaciones oncológicas reconocidas aceptan generalmente 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.
- GG. Los Servicios cubiertos son los proporcionados por una Agencia de atención médica en casa u otro proveedor en su residencia hasta 100 visitas por Año del plan. El límite de visitas no incluye la Terapia de infusión en casa ni los servicios de Enfermería privada prestados en casa. La Atención médica en casa incluye los servicios profesionales, técnicos y de asistencia médica, los suministros y el equipo médico. El Asegurado debe estar Confinado en su casa por razones médicas y ser físicamente incapaz de obtener los servicios médicos necesarios como Paciente ambulatorio. Los Servicios cubiertos incluyen, entre otros:
- Servicios intermitentes de enfermería especializada (por un R.N. o L.P.N.).
 - Servicios médicos/sociales.
 - Servicios de diagnóstico.
 - Orientación nutricional.
 - Servicios de asistencia médica en casa. El miembro debe estar recibiendo servicios de enfermería o terapia especializada. Los servicios deben ser prestados por personal debidamente capacitado y contratado por el Proveedor de atención médica en casa. Otras organizaciones pueden prestar servicios solo cuando sean aprobadas por Nosotros, y sus tareas deben ser asignadas y supervisadas por un enfermero profesional del personal del Proveedor de atención médica en casa.
 - Servicios de terapia (excepto la Terapia de manipulación que no estará cubierta cuando se preste en la casa). Los límites de las visitas de atención en casa especificados en el Programa de beneficios para los servicios de atención en casa se aplican cuando los Servicios de terapia se prestan en la casa.
 - Suministros médicos/quirúrgicos.
 - Equipo médico duradero.

- Medicamentos de venta con receta (solo si son suministrados y facturados por una Agencia de atención médica en casa).
- Atención privada de enfermería.

Los Servicios no cubiertos incluyen, entre otros:

- Alimentación, alojamiento, servicios de quehaceres domésticos y comidas a domicilio.
- Servicios de hemodiálisis en casa o Ambulatorios (están cubiertos en los Servicios de terapia).
- Cargos del Médico.
- Materiales útiles para el entorno (pasamanos, rampas, teléfonos, aire acondicionado y servicios, aparatos y dispositivos similares).
- Servicios prestados por Enfermeros registrados y otros trabajadores de la salud que no se desempeñan como empleados o en virtud de acuerdos aprobados con un Proveedor de atención médica en casa contratado.
- Servicios prestados por un familiar directo del paciente.
Servicios prestados por asociaciones de ambulancias voluntarias por las que el paciente no está obligado a pagar, profesores visitantes, orientadores vocacionales y otros consejeros, y servicios relacionados con actividades externas, ocupacionales y sociales.

Terapia de infusión en casa. Los beneficios para la terapia de infusión en casa incluyen una combinación de servicios de enfermería, equipo médico duradero y servicios farmacéuticos que se suministran y administran por vía intravenosa en casa. La terapia de infusión en casa incluye, entre otros, inyecciones (intramusculares, subcutáneas, subcutáneas continuas), nutrición parenteral total (TPN), terapia de nutrición enteral, terapia de antibióticos, tratamiento del dolor y quimioterapia.

HH. Los gastos de un Centro de enfermería especializada si:

1. El Asegurado fue primero un Paciente interno 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 dentro de los 14 días posteriores al alta de la estancia en el Hospital de cuidados agudos, o dentro de los 14 días posteriores a una estancia en un Centro de enfermería especializada relacionada.
4. El Asegurado está bajo la supervisión continua de un Médico y requiere 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. Visitas de enfermería especializada. Limitado a 90 visitas por Año del plan.
2. Habitación semiprivada y comida.
3. Otros servicios y suministros recetados por un Médico y prestados por el Centro de enfermería especializada para la atención médica de los Pacientes internos.
4. O bien, servicios prestados 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 cargo 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 el cuidado continuo de su Médico o a menos que los cuidados de enfermería de 24 horas sean esenciales;
3. atención de custodia.

II. Beneficios para el tratamiento psiquiátrico, que incluyen:

1. Ingresos en Hospitales de cuidados agudos y en Centros psiquiátricos.
2. Los servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios cuando sean prestados y facturados por un Centro psiquiátrico o un Programa de hospitalización parcial.

3. Atención diurna y nocturna proporcionada en Hospitales de cuidados agudos o Centros psiquiátricos. Todos los gastos elegibles relacionados con esta atención se considerarán gastos de Hospitalización:
 - a. Personal profesional y otros servicios auxiliares puestos a disposición de los pacientes ambulatorios.
 - b. Medicamentos de venta 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 en relación 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. Consejería individual o familiar prestada 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, con un límite de 82 visitas por calendario.
 9. El tratamiento debe prestarse en un centro aprobado por un M.D., un Ph.D. o un trabajador social autorizado.
- KK. Tratamiento de Enfermedades mentales o Abuso de sustancias para servicios como Paciente interno y ambulatorios que sean Médicamente necesarios. Los beneficios se prestarán al mismo nivel de pago que se aplica al servicio si se hubiera prestado para una condición que no fuese Enfermedad mental o Abuso de sustancias.
- LL. Cargos del Centro de atención ambulatoria o del Hospital de cuidados agudos para Pacientes ambulatorios en relación con un Procedimiento quirúrgico cubierto.
- MM. Pruebas de preingreso dentro de los 10 días anteriores a la cirugía.
- NN. Gastos de cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios y suministros relacionados con el procedimiento, proporcionados dentro de las 24 horas posteriores a la cirugía:
 1. Servicios de Médicos
 2. Suministros necesarios
- OO. Trasplante de órganos humanos y médula ósea. Se proporcionan beneficios para los siguientes trasplantes de órganos humanos:
 1. córnea,
 2. corazón,
 3. corazón-pulmón,
 4. riñón,
 5. riñón-hígado,
 6. hígado,
 7. pulmón (entero o lobular, simple o doble),
 8. trasplantes multiviscerales,
 9. páncreas,
 10. páncreas-riñón,
 11. intestino delgado,
 12. trasplante de médula ósea o de células madre periféricas (beneficios de quimioterapia de alta dosis con apoyo hematopoyético).

No se proporciona cobertura para ningún trasplante ni para los suministros o servicios proporcionados directamente para los trasplantes de órganos humanos o relacionados con ellos que no estén específicamente indicados como cubiertos. No se prestará ningún beneficio por combinaciones de trasplantes de órganos múltiples que no figuren en la lista, incluso cuando uno

o más de los órganos implicados figuren 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.

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 (prestados únicamente 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);
- 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);
- están previstas en las directrices generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios Médicos, con respecto a 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.

Exámenes de cáncer colorrectal y análisis de laboratorio para cáncer para cualquier Asegurado no sintomático, de acuerdo con las directrices de la Sociedad Americana del Cáncer (American Cancer Society), para un Asegurado:

- A. que tenga al menos 45 años de edad;
- B. que tenga menos de 45 años y esté en alto riesgo de cáncer colorrectal de acuerdo con las directrices de la Sociedad Americana del Cáncer.

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

Sitio web oficial de la Administración de Recursos y Servicios de Salud de los Estados Unidos (U.S. Health Resources & Services Administration) | (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 dentro de los 3 meses siguientes: 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 proporcionan beneficios para programas de mantenimiento o no supervisados, ni para la compra o alquiler de equipos de ejercicio en relación con la Rehabilitación cardíaca.

- UU. Gastos por una mastectomía, o en relación con una, que incluye 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 proporcionan beneficios para artículos de vestir, excepto la cobertura de dos (2) sujetadores posmastectomía por Asegurado y por Año del plan. Un sujetador posmastectomía es un sujetador que está específicamente diseñado y destinado a soportar prótesis mamarias individuales o bilaterales.
- VV. Servicios de detección diagnóstica del cáncer de mama, en régimen de Paciente interno o 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 a 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 dentro de los 90 días siguientes al nacimiento de dicho niño.
- XX. Jeringas, agujas y bolsas de colostomía prescritas.
- 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 que incluya 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 preste más de un Tratamiento terapéutico en la misma fecha de Tratamiento.
 3. Inyecciones terapéuticas.
 4. Terapia con aparatos basada en la tarifa 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, formación, reparación y sustitución del aparato.
 5. No puede haber cálculos previos de la frecuencia o duración de los Tratamientos y servicios relacionados con la ATM.
- 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 formación 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) Formación en control propio de la diabetes para garantizar que las personas con diabetes estén formadas 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 se produzca uno de los siguientes casos:
 1. Si se considera Médicamente necesario después del diagnóstico de diabetes por parte de un médico alópata u osteópata que esté controlando la condición diabética del paciente y si los servicios son necesarios según un plan de atención integral para garantizar el cumplimiento de la terapia o para prestar 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 ser impartido por un programa de formación para Pacientes ambulatorios con diabetes certificado para recibir el reembolso de Medicaid o Medicare o certificado por el departamento de salud comunitaria. La formación proporcionada en virtud de 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, evaluaciones e inyecciones relacionadas con alergias, incluyendo los costos del suero.

BBB. Atención podológica de rutina 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 estar cubiertos por el beneficio de atención preventiva.

DDD. Educación dirigida 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. Las anomalías o efectos de la Enfermedad o Lesión causan un deterioro funcional clínico. 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 sometiendo a 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 regular a la escuela.
 - c. Requiere una cirugía que es un componente de un programa de cirugía reconstructiva para una deformidad congénita o un traumatismo.
 - d. Contribuye a un problema médico importante.
2. Esperamos razonablemente que la cirugía corrija la condición.
3. Los servicios deben estar aprobados previamente por nosotros y usted los recibe dentro de los 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 fue reconocida en el momento del evento. En ese caso, el Tratamiento debe comenzar dentro de los dos años siguientes al momento en que se identificó el problema.
 - b. O bien, el Tratamiento debe retrasarse por razones de desarrollo.

Cubriremos el Tratamiento para corregir la deficiencia funcional, incluso si el Tratamiento debe hacerse por etapas, siempre que dicho Tratamiento se inicie dentro de los 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.

JJJ. Tratamiento quiropráctico para pacientes ambulatorios. Limitado a 12 visitas por Año del plan.

KKK. Servicios para dejar de fumar tabaco prestados por un Médico dentro de la red. Algunas pruebas de detección, consejería e intervenciones pueden estar cubiertas por el beneficio de atención preventiva.

LLL. Alimentación complementaria administrada por sonda. Este tipo de terapia nutricional también se conoce como alimentación enteral. Las fórmulas destinadas a este tipo de alimentación, los suministros, equipos y accesorios necesarios para administrar este tipo de terapia nutricional están Cubiertos.

MMM. Alimentación complementaria administrada por vía intravenosa. Este tipo de terapia nutricional también se conoce como nutrición parenteral. Están cubiertos los nutrientes, suministros y equipos necesarios para administrar este tipo de nutrición.

NNN. Servicios prestados en un Centro de rehabilitación para Pacientes internos.

OOO. Servicios prestados en un Centro de cuidados agudos a largo plazo.

PPP. Los servicios de instalación, auxiliares y de anestesia para servicios dentales limitados pueden estar cubiertos para un niño de 5 años o menos y Asegurado con discapacidades graves o que tengan una condición médica o de comportamiento. Estos servicios incluirían:

- o Extracciones o restauraciones múltiples.
- o Un total de seis o más dientes extraídos en varios cuadrantes.
- o Necesidades dentales para las que la anestesia local es ineficaz debido a una infección aguda, una variación anatómica o una alergia.
- o Se ha producido un traumatismo bucofacial o dental extenso que hace que el Tratamiento con anestesia local sea ineficaz o esté comprometido debido a una Lesión dental accidental.

- QQQ. Los servicios quirúrgicos bucales (médicos) cubiertos dentro de un entorno de consultorio pueden incluir:
- procedimientos quirúrgicos de la mandíbula y las encías;
 - extirpación de tumores y quistes de los maxilares, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca;
 - extirpación quirúrgica de dientes impactados, Lesiones benignas o malignas (sin incluir Lesiones inflamatorias);
 - servicios médicos, como la sutura de laceraciones necesarias en relación con la cirugía bucal cubierta debido a 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 de rutina, 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 de rutina, según los servicios preventivos de USPSTF.
- TTT. Costos de atención de rutina al paciente asociados a la prestación de servicios cubiertos, incluyendo los medicamentos, artículos, dispositivos, Tratamientos, diagnósticos y servicios que, de otro modo, estarían cubiertos en virtud de esta Póliza si dichos medicamentos, artículos, dispositivos, Tratamientos, diagnósticos y servicios no se prestaran en relación con un programa de Ensayo clínico aprobado, incluyendo los servicios cubiertos que normalmente se prestan a pacientes que no participan en un Ensayo clínico.
- No se negará a las Personas calificadas la participación en un Ensayo clínico aprobado con respecto al Tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición que ponga en peligro la vida. Una Persona calificada no será discriminada por su participación en dicho ensayo.
- La Persona calificada puede participar en un Ensayo clínico aprobado a través de 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 para todos los métodos aprobados por la FDA para las mujeres, tal y como exige la PPACA, para incluir recetas, cirugía y artículos de venta libre, la consejería relacionada, las visitas en el consultorio, las instalaciones para Pacientes internos y ambulatorios y los servicios del Médico. Esto incluye la cobertura de dispositivos anticonceptivos (por ejemplo, Depo-Provera y Dispositivos intrauterinos [DIU]). Los diafragmas también estarán cubiertos cuando los servicios se presten en el consultorio del Médico).
 2. Esterilización de mujeres, incluyendo la ligadura de trompas y los gastos 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 están cubiertos.
 4. Apoyo y orientación en materia de lactancia por parte de un proveedor autorizado (en el hospital o en el consultorio).
 5. 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. Detección de la violencia interpersonal y doméstica.

- VVV. Beneficios oftalmológicos pediátricos para niños 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).
 3. Una montura cada año calendario.
- WWW. Blefaroplastia del párpado superior.
- XXX. Reducción de mamas Médicamente necesaria. Consulte los requisitos de Autorización previa en Administración de uso.
- YYY. Tratamiento quirúrgico de ginecomastia masculina.
- ZZZ. Tratamientos de apnea del sueño, incluyendo los procedimientos bucales de faringe. Consulte los requisitos de Autorización previa en Administración de uso.
- 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.
- BBBB. Beneficios para comidas médicas que sean Médicamente necesarias; y recetadas por el Médico tratante del Asegurado para el Tratamiento de la enfermedad metabólica hereditaria del Asegurado cubierto.
- CCCC. Cargos por servicios prestados en relación con el diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del espectro autista. La cobertura se limita al Tratamiento recetado por el Médico tratante del Asegurado de acuerdo con un plan de Tratamiento.
- DDDD. Beneficios para los trastornos neuropsiquiátricos pediátricos autoinmunitarios asociados a infecciones estreptocócicas (PANDAS) y el síndrome neuropsiquiátrico pediátrico de inicio agudo (PANS), incluyendo el Tratamiento con terapia de inmunoglobulina intravenosa.

Beneficios de medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios

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

El Formulario está sujeto a 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 figuran en el Formulario se incluirán en los Medicamentos cubiertos si no están excluidos, si se paga el Copago o el Deducible y el Coseguro correspondientes y si se recibe la Autorización previa necesaria.

Algunos Medicamentos de venta con receta están sujetos a 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 antecedentes farmacéuticos. La terapia escalonada suele requerir el uso de uno o más medicamentos como requisito previo para utilizar otro medicamento.

Puede pedir el acceso a medicamentos clínicamente apropiados que no estén cubiertos u obtener una copia del Formulario actual sin costo alguno si se comunica con nosotros en:

Dirección: US Health and Life Insurance Company
Attention: Customer Service
[800 Tower Drive, Suite 300
Troy, MI 48098]
Teléfono: [833-600-1311]
Sitio web: [www.ascensionpersonalizedcare.com]

Medicamentos de venta con receta cubiertos

La Compañía cubre solo los medicamentos que son:

- A. Medicamentos anticancerígenos de administración oral que se utilizan para eliminar o retardar el crecimiento de las células cancerígenas sobre una base no menos favorable que los medicamentos oncológicos administrados por vía intravenosa o inyectados que están cubiertos como beneficios médicos.
- B. Aprobados para el Tratamiento de la Enfermedad o Lesión del Asegurado por la FDA.
- C. O bien, aprobados por la 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 por un artículo de revisión en una revista profesional importante revisada por pares.
- D. Además, debe satisfacer lo siguiente:
 - (1) Medicamentos de leyenda federal que llevan la leyenda "Caution: Federal law prohibits dispensing without a prescription" (Precaución: La ley federal prohíbe la dispensación sin receta).
 - (2) Medicamentos compuestos en los que al menos un ingrediente es un medicamento con esa leyenda.
 - (3) Los medicamentos de venta con receta para un uso no aprobado por la FDA (uso no contemplado en la etiqueta) pueden estar cubiertos si se cumplen todas las siguientes condiciones:
 - (a) El medicamento está aprobado por la FDA.
 - (b) El medicamento se receta para el Tratamiento de una condición que pone en peligro la vida o de una condición crónica y gravemente debilitante.
 - (c) El medicamento ha demostrado ser eficaz y aceptado para el Tratamiento de la indicación específica para la que se ha recetado en cualquiera de los Compendios de referencia estándar o en la Bibliografía médica.
 - (d) Se ha recibido la Autorización previa de la Compañía.
 - (4) Jeringas de insulina (sin Copago cuando se dispensan con Insulina).
 - (5) Dispositivos para diabéticos, agujas, suministros y reactivos para pruebas.
 - (6) Tiras de glucosa en sangre, limitadas a 100 tiras por un período de 25 días; puede haber tiras adicionales sujetas a Autorización previa.
 - (7) Monitores de glucosa (azúcar en sangre), limitados a uno por período de dos años.

- (8) Lancetas o Microlet Vaculance.
- (9) Vitaminas prenatales para mujeres de entre 10 y 65 años.
- (10) Medicamentos de venta libre para la atención preventiva si son recetados por un Médico.

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

Solo están cubiertos los medicamentos que se obtienen mediante una Receta médica, no están excluidos y son Medicamento necesarios. Los beneficios sujetos a Autorización previa están cubiertos 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 proporcione 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 de venta 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. Tres (3) onzas de peso neto de pomada o crema.
- C. Un suministro de 14 días de antibióticos.
- D. Un suministro de 90 días para la Entrega a domicilio (si se selecciona la opción de Entrega a domicilio).
- E. Un suministro suficiente para prestar una medicación continua adecuada durante la ausencia temporal citada del Asegurado en una zona 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 de venta con receta obtenido previamente no están cubiertas hasta que se haya utilizado el 75% de la medicación obtenida (a menos que se obtenga una Autorización previa).

Medicamentos cubiertos sujetos a Autorización previa

La Autorización previa significa 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 de venta con receta pedido es Medicamento necesario y es un Tratamiento Medicamento apropiado para la condición para la que se receta.

La Autorización previa tiene por objeto 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 apropiados para la Autorización previa mediante 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 eligen en función de una serie de factores, como 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 será dispensado y estará sujeto a la penalización de la Autorización previa. Si se deniega la Autorización previa, no se dispensará el medicamento y se avisará al Asegurado el procedimiento de apelación adecuado. Los medicamentos sujetos a Autorización previa están sujetos a cambios.

Puede obtener una copia de la lista actual de Medicamentos de venta con receta que requieren Autorización previa sin costo alguno si se comunica con nosotros en:

Dirección: US Health and Life Insurance Company
Attention: Customer Service
[800 Tower Drive, Suite 300
Troy, MI 48098]
Teléfono: [833-600-1311]
Sitio web: [www.ascensionpersonalizedcare.com]

Proceso de excepción de Medicamentos de venta 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 con respecto a esa persona. Bajo este proceso, avisaremos a la Persona cubierta, a la persona designada por el Asegurado y al Médico Nuestra decisión dentro de las 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 de venta con receta

Los Beneficios de medicamentos de venta con receta están sujetos a las Exclusiones generales. Además, los Beneficios para medicamentos de venta con receta no se pagarán por los siguientes cargos:

1. Por la administración de cualquier medicamento, sea cual sea la forma en que se haga, incluyendo, entre otros, la inyección, la implantación, la inserción o la aplicación tópica.
2. O bien, por suministros médicos, dispositivos o aparatos terapéuticos, incluyendo las agujas o las jeringas, las prendas de soporte y otras sustancias no medicinales, independientemente del uso previsto, salvo lo descrito específicamente en la sección de Medicamentos de venta con receta cubiertos.
3. Para un Medicamento de venta con receta para el Tratamiento de discapacidades, Enfermedades o Lesiones relacionadas con el servicio militar, cuando el Asegurado tenga derecho legal a otra cobertura para Medicamentos de venta con receta suministrados o puestos a disposición por una agencia del Gobierno de los EE. UU. o un gobierno extranjero y para los que las instalaciones estén razonablemente disponibles para el Asegurado, independientemente de que este haya pedido dicha cobertura.
4. Para un Medicamento de venta con receta para el Tratamiento de Enfermedades o Lesiones debidas a la participación en un disturbio o insurrección.
5. Para medicamentos experimentales no aprobados para ninguna indicación por la FDA, excepto en los casos para el Tratamiento del cáncer cuando el medicamento esté reconocido para el Tratamiento en uno de los Compendios de referencia estándar o en la Bibliografía médica revisada por pares sustancialmente aceptada.
6. Para medicamentos, formas de dosificación, concentraciones o indicaciones o usos no aprobados por la FDA, excepto en los casos descritos en la sección de Medicamentos de venta con receta cubiertos.
7. Para medicamentos de Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos (DESI), medicamentos designados por la FDA como menos eficaces, excepto los medicamentos DESI indicados en la lista de medicamentos cubiertos DESI adjunta.
8. Para cualquier medicamento cuyo uso haya sido determinado por la FDA como contraindicado, es decir, un uso para el que no debe administrarse un medicamento o Tratamiento, como por ejemplo, la administración de un medicamento a una persona que es alérgica a dicho medicamento.
9. Para medicamentos de venta libre y medicamentos con equivalentes de venta libre. Esta exclusión no se aplica a la insulina y a los suministros relacionados con la insulina o a los medicamentos de atención preventiva si son recetados por un Médico.
10. Para un Medicamento de venta con receta que vaya a ser tomado por un Asegurado o administrado a un Asegurado, en su totalidad o en parte, mientras esté como Paciente interno en una institución que opere en sus instalaciones, o permita que se opere en sus instalaciones, una instalación para dispensar productos farmacéuticos.

11. Por cualquier Medicamento de venta con receta que exceda la cantidad especificada por el Médico, o cualquier resurtido dispensado después de un año desde la Receta médica original del Médico.
12. Para todas las soluciones de irrigación e infusión intravenosa.
13. Para los medicamentos utilizados con fines estéticos, excepto los descritos en la sección de Medicamentos de venta con receta cubiertos.
14. Para jeringas, excepto las descritas en la sección de Medicamentos de venta con receta cubiertos.
15. Para medicamentos obsoletos (medicamentos con más de 2 años de antigüedad respecto a la fecha de vencimiento indicada).
16. Para Medicamentos nuevos, cuando el medicamento pertenezca a una de las clases de medicamentos que se mencionan abajo.
17. Para cualquiera de los siguientes medicamentos:
 - a. abortivos, salvo que esta exclusión no se aplique a embarazos de emergencia
 - b. medicamentos de prevención de obtenidos en una Farmacia participante;
 - c. agentes adrenérgicos, salvo que se indique en el apartado "Medicamentos de venta con receta cubiertos";
 - d. oxycontin y duragesic;
 - e. medicamentos contra la obesidad y para bajar de peso;
 - f. productos biológicos, como alérgenos, sueros, toxoides y vacunas;
 - g. sangre, derivados de la sangre y plasma de la sangre;
 - h. dispositivos anticonceptivos;
 - i. suplementos dietéticos;
 - j. preparados de flúor;
 - k. compuestos de oro;
 - l. agentes reductores del crecimiento del pelo;
 - m. medicamentos inyectables, excepto los que se indican en el apartado "Medicamentos de venta con receta cubiertos";
 - n. suministros médicos diversos, incluyendo, entre otros, pruebas de orina, glucómetros (que no sean de la marca Ascensia), jeringas que no sean de insulina y productos de venta libre, a menos que lo exija la ley;
 - o. suplementos nutricionales;
 - p. medicamentos obsoletos;
 - q. medicamentos en fase de investigación, a menos que lo exija la ley;
 - r. minoxidil tópico (por ejemplo, Rogaine).

SECCIÓN 5. ADMINISTRACIÓN DE USO y REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Administración de uso

Los beneficios debidos a los Asegurados están sujetos a las siguientes disposiciones de Administración de uso:

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 requiera. Puede obtener la Revisión de autorización previa comunicándose con nosotros en:

Compañía:	Seton Health Plan, dba: Dell Children's Health Plan
Dirección:	[1345 Philomena St., Suite #305] [Austin, TX 78723]
Teléfono:	[1-844-995-1145 (TTY: 586-693-1214)]
Fax:	[512-380-7507]
Correo electrónico:	[SHP-Authorization@ascension.org]

La Autorización previa no es una garantía de que los beneficios serán pagados. Todos los beneficios pagaderos están sujetos a todos los términos, condiciones, disposiciones, exclusiones y limitaciones de la Póliza.

Los siguientes entornos, servicios, Tratamientos, suministros, dispositivos o Medicamentos de venta con receta requieren una Revisión de autorización previa:

- Hospitalizaciones de Pacientes internos (incluyendo los cuidados agudos, los cuidados agudos a largo plazo: rehabilitación de la salud del comportamiento o de los trastornos por Abuso de sustancias, Tratamiento residencial y hospitalización parcial; Centro de enfermería especializada)
- Ingresos de emergencia dentro de las 48 horas siguientes al ingreso
- Maternidad de alto riesgo (rutina que supera los requisitos federales)
- Procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios
- Procedimientos bucales de faringe
- Procedimientos de columna vertebral
- Radiología diagnóstica
- Radiología terapéutica
- Pruebas neuropsicológicas
- Ortesis y prótesis
- Equipo médico duradero (incluyendo los artículos de equipo médico duradero 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 requieren una Revisión de autorización previa no es exhaustiva.

Si no se utilizan o no se acatan las decisiones del Programa de Administración de uso, se denegará el reclamo por no haber autorizado previamente el procedimiento o la hospitalización propuesta.

SECCIÓN 6. EXCLUSIONES GENERALES

El cálculo de los beneficios pagaderos en virtud de esta Póliza no incluirá ni se basará en ningún cargo:

1. Hecho por o en relación con cualquier Confinamiento, o cualquier examen, o cualquier Tratamiento quirúrgico, médico o de otro tipo, o cualquier servicio o suministro provisto antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del Asegurado por cuya cuenta se hace el cargo, o que se haya suministrado en relación con o durante un Confinamiento que haya comenzado antes de dicha fecha.
2. Por servicios incurridos después de la terminación de la elegibilidad.
3. Hecho por o en relación con cualquier Confinamiento, o cualquier examen, o cualquier Tratamiento quirúrgico, médico o de otro tipo, o cualquier servicio o suministro proporcionado sin la recomendación y aprobación de un Médico o Dentista que se desempeñe dentro del ámbito de su licencia.
4. Por o en relación con cualquier Confinamiento, o cualquier examen, o cualquier Tratamiento quirúrgico, médico o de otro tipo, o cualquier servicio, suministro o medicamento que no sea Médicamente necesario para el cuidado y Tratamiento de cualquier Lesión o Enfermedad del Asegurado por cuya cuenta se hace el cargo, a menos que dicho procedimiento esté específicamente listado como elegible bajo Gastos médicos cubiertos.
5. Por los servicios prestados para el Tratamiento de una Lesión o Enfermedad para la que se dispone de beneficios en virtud de la ley de Indemnización por accidente laboral o de la responsabilidad del empleador, o para los servicios prestados por cualquier Lesión o Enfermedad sufrida como resultado de cualquier trabajo a cambio de un salario o beneficio.
6. Por servicios prestados en relación con una Lesión o Enfermedad que no sea una Lesión o Enfermedad ocupacional.
7. Hecho para o en relación con cualquier Confinamiento, o cualquier examen, o cualquier Tratamiento quirúrgico, médico o de otro tipo, o cualquier servicio o suministro proporcionado por o a través de cualquier gobierno o cualquier subdivisión o agencia de un gobierno, o cuyo cargo es pagado o pagadero o reembolsable por o a través de cualquier política o programa de cualquier gobierno o cualquier subdivisión o agencia de un gobierno, que no sea una política, plan o programa de un gobierno o de una subdivisión o agencia de un gobierno, a menos que el pago sea legalmente requerido.
8. Que no se hubiera hecho en ausencia de la cobertura o del servicio de cortesía profesional, o que el Asegurado no esté legalmente obligado a pagar o en la medida en que la Compañía tenga prohibido prestar beneficios para dicho cargo, por cualquier ley o reglamento.
9. Por cargos Fuera de la red, a menos que los cargos sean resultado de Servicios de emergencia o sean requeridos de acuerdo con los requisitos estatales o federales.
10. Por cualquier pérdida cuya causa contribuya a que el Asegurado cometa o intente cometer un delito, o cuya causa contribuya a que el Asegurado se dedique a una Ocupación ilegal.
11. Por cualquier pérdida sufrida o contraída como consecuencia de que la Persona cubierta esté Intoxicada o bajo la influencia de cualquier narcótico o alcohol, a menos que sea administrado por consejo de un Médico, o droga ilegal. Se cubrirán los gastos de las personas cubiertas lesionadas que no sean la persona que hace uso indebido del alcohol o las drogas ilegales.
12. Por el Tratamiento de problemas de aprendizaje, modificación de la conducta o trastornos del desarrollo, con la excepción del diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del espectro autista; pruebas o formación para la educación o la vocación; fonoaudiología para casos que no sean Lesiones traumáticas agudas o anomalías funcionales; terapia de la vista, incluyendo los ejercicios oculares.

13. Hecho para o en relación con cualquier Confinamiento, o cualquier examen, o cualquier Tratamiento quirúrgico, médico o de otro tipo, o cualquier servicio o suministro por el que se proporcionen, paguen o requieran prestaciones por razón de servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.
14. Por Tratamientos o servicios recibidos fuera de los Estados Unidos, sus protectorados, Canadá o México, excepto si el Tratamiento es para una Emergencia médica.
15. Por la atención, el Tratamiento, los servicios y los suministros que no estén avalados de manera uniforme y profesional por la comunidad médica general como atención médica estándar.
16. Por procedimientos, Tratamientos, servicios, suministros o medicamentos que se consideren Tratamientos experimentales o de investigación.
17. Por procedimientos, Tratamientos, servicios, suministros o medicamentos no aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
18. Por Atención de custodia o cargos hechos por un Centro de atención de custodia.
19. Por un ingreso en régimen de Paciente interno principalmente para revisiones físicas, observación y curas de reposo.
20. Por la diferencia entre la tarifa de habitación semiprivada y la tarifa de la comida y la tarifa de habitación privada y la tarifa de la comida.
21. Por un Confinamiento para procedimientos y servicios no cubiertos por la Póliza.
22. Por los servicios profesionales de una persona que reside habitualmente en la casa del Asegurado o es familiar. A efectos de este punto, la familia está formada por el Titular de la póliza, su cónyuge, hijos, hermanos y padres del Titular de la póliza.
23. Por anestesia para procedimientos que no están cubiertos por la Póliza.
24. Por acondicionadores de aire, purificadores, humidificadores, almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente y otros equipos relacionados.
25. Por los cargos por artículos de conveniencia, incluyendo la televisión, el teléfono, las camas para huéspedes, etc.
26. Por implantes mamarios por motivos exclusivamente estéticos.
27. Por la reversión de la esterilización.
28. Por fecundación in vitro, fecundación in vivo o cualquier otro procedimiento de inseminación con ayuda médica.
29. Por cirugía y otros servicios relacionados con la impotencia sexual, o en relación con ellos.
30. Por anticonceptivos que no estén cubiertos por el beneficio de atención preventiva o el Beneficio de Medicamentos de venta con receta.
31. Por el aborto, excepto en los siguientes casos y de acuerdo con el Código de Indiana (IC) 16-34: (1) antes de la viabilidad del feto o de las 20 (veinte) semanas de edad posfecundación del feto, lo que ocurra primero, cuando el aborto sea necesario y cuando el criterio médico razonable dicte que hacer un aborto es necesario para prevenir cualquier "riesgo grave para la salud" de la mujer embarazada o para salvar la vida de la mujer embarazada al feto le diagnostiquen una anomalía fetal mortal; (2) durante las primeras diez (10) semanas de edad posfecundación del feto cuando el embarazo sea resultado de violación o incesto.

A efectos de esta exclusión, “riesgo grave para la salud” significa que, según un criterio médico razonable, existe una condición que ha complicado el estado médico de la madre y que hace necesario un aborto para evitar la muerte o un riesgo grave de deterioro físico sustancial e irreversible de una función corporal importante. El término no incluye las condiciones psicológicas o emocionales. No se puede determinar la existencia de una condición médica basándose en la afirmación o el diagnóstico de que la mujer adoptará una conducta que tiene la intención de provocar su muerte o un daño físico.

32. Por pruebas de paternidad.
33. Por dispositivos de control de la actividad uterina en la casa.
34. Por servicios estéticos, excepto cuando se hagan para corregir deformidades en las siguientes circunstancias:
 - a. Como resultado de una Lesión o Enfermedad accidental cubierta.
 - b. 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.
 - c. Para la cirugía reconstructiva de las mamas en relación con 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.
 - d. para servicios reconstructivos 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 exclusión, se entiende por “estética” los procedimientos y servicios relacionados hechos para remodelar las estructuras del cuerpo con el fin de modificar la apariencia de la persona.

35. Por las radiografías de rutina o los exámenes de laboratorio, incluyendo las radiografías dentales, a menos que se requieran en relación con los servicios necesarios para corregir los daños causados por una Lesión accidental o salvo los expresamente permitidos en el beneficio de atención preventiva.
36. Por los exámenes físicos de rutina y la atención al niño sano, incluyendo las pruebas de diagnóstico relacionadas, a menos que el servicio esté específicamente indicado como elegible en el Programa de beneficios.
37. Por servicios dentales, prótesis dentales y radiografías dentales, a menos que estén específicamente indicados en el Programa de beneficios o en los Gastos médicos cubiertos.
38. Por el Tratamiento de enfermedades periodontales o periapicales o cualquier otra condición (que no sea un tumor maligno) que afecte a los dientes, al tejido que lo rodea o a la estructura, excepto para el Tratamiento de lesiones en Dientes naturales sanos debidas a un accidente.
39. En relación con la prevención o corrección de la maloclusión de los maxilares mediante aparatos de alambre o cualquier otro Tratamiento, a menos que figure específicamente en el Programa de beneficios.
40. Por exámenes, pruebas y procedimientos relacionados con la corrección de la vista, incluyendo los anteojos y lentes de contacto, a menos que se indique específicamente en el Programa de beneficios.
41. Por queratotomías láser o radiales.

42. Por exámenes, pruebas y procedimientos relacionados con la corrección de la audición, incluyendo los audífonos.
43. Por el cuidado de callos, durezas, juanetes o uñas de los pies, excepto para los Procedimientos quirúrgicos relacionados.
44. Por el reemplazo o la eliminación del pelo.
45. Por viajes, recomendados o no por un Médico.
46. Por exámenes prematrimoniales o previos al empleo, incluyendo todas las pruebas de diagnóstico relacionadas.
47. Por la orientación matrimonial.
48. Todos los alimentos, fórmulas, vitaminas y suplementos nutricionales, o excepto lo previsto en los Gastos médicos cubiertos para la nutrición parenteral y enteral.
49. Por el Tratamiento de rutina de la obesidad o servicios principalmente para la pérdida o el control de peso, a menos que sean necesarios como resultado directo de una condición o etiología de Enfermedad específicamente identificable y diagnosticada.
50. Por beneficios relacionados con la cirugía de pérdida de peso, la cirugía de bypass gástrico, la cirugía bariátrica, la cirugía de grapado estomacal, el bypass gástrico en Y de Roux (RYGB) abierto o laparoscópico, la gastroplastia vertical con banda (VBG), la banda gástrica de silicona ajustable por laparoscopia (LASGB o Lap-Band) o las cirugías o procedimientos similares que no cumplan los requisitos indicados en los Gastos médicos cubiertos.
51. Por un cargo por un Medicamento de venta con receta que no sea elegible según el acuerdo entre el proveedor de medicamentos Dentro de la red y la Compañía.
52. Por cargos de sustitución, reparación o mantenimiento de equipos médicos duraderos o dispositivos protésicos u ortopédicos, a menos que estén específicamente indicados como cubiertos en otra parte.
53. Por el entrenamiento de biorretroalimentación.
54. Por musicoterapia o terapia de lectura.
55. Por hipnoterapia.
56. Por terapia recreativa, incluyendo la rehabilitación cognitiva.
57. Por terapia ocupacional, excepto cuando esté Confinado o junto con la fisioterapia como Paciente ambulatorio.
58. Por formación o pruebas educativas.
59. Por cualquier procedimiento de Rehabilitación cardíaca que no figure específicamente como Gasto médico cubierto.
60. Por programas de mantenimiento o no supervisados, ni para la compra o alquiler de equipos de ejercicio en relación con la Rehabilitación cardíaca.
61. Por cualquier procedimiento de trasplante de órganos humanos o de médula ósea que no figure específicamente como elegible en los Gastos médicos cubiertos, o que se haga Fuera de la red.
62. Por cargos relacionados con Lesiones corporales accidentales causadas en un accidente automovilístico, en la medida en que dichos servicios sean pagaderos en virtud de una disposición

de pago de gastos médicos de cualquier póliza de seguro de auto e incluyan un deducible del seguro de auto.

63. En relación con un hijo recién nacido de una hija Dependiente.
64. Por los gastos de un donante en relación con un trasplante de órganos.
65. Por los beneficios que están disponibles para el Asegurado a través de cualquier disposición de extensión o continuación de beneficios de cualquier póliza médica grupal anterior o plan o programa médico grupal del Asegurado.
66. Por los Gastos cubiertos o previstos por la Ley de Seguro Social de los Estados Unidos.
67. Por el Tratamiento irreversible de la Fase II de la Articulación temporomandibular y trastornos comparables. El Tratamiento irreversible incluye, entre otros, el equilibrio de la oclusión, la coronoplastia, el ajuste oclusal, preparados o fotografías, los medicamentos de venta libre, los suplementos vitamínicos y nutricionales, los estiramientos y otros ejercicios; los spray refrigerantes, la terapia de calor húmedo, las compresas calientes, los masajes, ya sean manuales o por máquina, la acupuntura, las compresas frías, los Tratamientos de amplitud de movimiento, la encuesta dietética, la orientación nutricional, el alquiler o la compra de estimuladores nerviosos eléctricos transcutáneos, las visitas en el consultorio, las radiografías periapicales de aleta de mordida y de boca completa.
68. Por la valoración de la piel (método Rinkle), pruebas de citotoxicidad (prueba de Bryan), pruebas MAST, autoinyecciones de orina, sensibilización a alérgenos bronquiales u orales y pruebas de provocación y neutralización de alergias.
69. Por servicios para la educación de recuperación, pruebas de educación o formación (incluyendo las pruebas de inteligencia), o clases que cubren temas como la gestión del estrés, la crianza de los hijos y los cambios en el estilo de vida.
70. Por acupuntura y otros servicios no tradicionales, incluyendo, entre otros, el Tratamiento holístico y homeopático, el yoga, el reiki, la terapia de masaje y la terapia Rolf.
71. Por servicios prestados por un familiar directo del Asegurado; prestados por una persona que normalmente vive en la casa del Asegurado; o que son parte de la Atención de custodia/mantenimiento. La Compañía tiene derecho a determinar qué servicios forman parte de la Atención de custodia/mantenimiento.
72. Por cargos hechos por un Centro de vida asistida.
73. Por cualquier Gasto médico cubierto que requiera Autorización previa y que se haya obtenido sin una Autorización previa.

SECCIÓN 7. QUEJAS FORMALES Y APELACIONES

En esta sección se describen los procedimientos y plazos aplicables a las quejas formales y apelaciones. El Asegurado, el representante autorizado del Asegurado, o el Médico o proveedor de servicios médicos tiene el derecho de presentar una Queja formal, presentar una apelación, y tener una Revisión externa. La política de esta Compañía es prestar a los Asegurados una revisión completa y justa de las decisiones sobre quejas formales y apelaciones.

Comuníquese con el Servicio de Atención para Miembros

El Asegurado, o su representante, puede presentar una queja formal de forma oral o escrita. Comuníquese con nuestro equipo de Atención para Miembros al [833-600-1311, TTY: 586-693-1214] o por correo electrónico a [apcsupport@ascension.org] si tiene alguna duda sobre una persona, un servicio, la calidad de la atención, los beneficios contractuales o una rescisión de la cobertura. Las quejas o Quejas formales por escrito también pueden enviarse por correo a US Health and Life Insurance Company, [PO Box 1707, Troy, MI 48099-1707].

Le enviaremos una carta de acuse de recibo de su Queja formal.

Una apelación es una solicitud para reconsiderar una decisión sobre sus beneficios cuando se ha denegado un servicio o un reclamo. Esto incluye una solicitud para que reconsideremos nuestra decisión de denegar, modificar, reducir o finalizar el pago, la cobertura, la autorización o la prestación de servicios o beneficios médicos, incluyendo el ingreso o la permanencia en un centro médico. La no aprobación o denegación de una solicitud de autorización previa en tiempo y forma puede considerarse como una denegación y está sujeta al proceso de apelación. Las rescisiones y ciertas determinaciones que implican si cumplimos los requisitos de facturación por sorpresa y las protecciones de costos de la Ley No Surprises.

Para presentar una apelación, puede enviarnos su solicitud por correo o por correo electrónico a:

US Health and Life Insurance Company
[PO Box 1707
Troy, MI 48099-1707
apcsupport@ascension.org]

Definiciones

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

Queja formal: una apelación por escrito de una determinación adversa o una determinación adversa final presentada por un Asegurado o en nombre de un Asegurado con respecto a la disponibilidad, la prestación o la calidad de los servicios de atención médica con respecto a una determinación adversa; el pago de reclamos, la administración o el reembolso de los servicios de atención médica; asuntos relativos a la relación contractual entre el Asegurado y la Compañía; o asuntos relativos a la relación contractual entre el Asegurado, nosotros y el Médico o proveedor de atención médica.

Determinación adversa: una denegación, reducción o terminación de, o una falta de provisión o pago (total o parcialmente) de un beneficio, incluyendo cualquier denegación, reducción, terminación o falta de provisión o pago que se base en una determinación de la elegibilidad de un participante o beneficiario para participar en un plan, la falta de cobertura de un artículo o servicio para el que se proveen beneficios de otra manera porque se determina que es Experimental o de investigación o no es Médicamente necesario o apropiado; y cualquier rescisión de la cobertura (independientemente de que, en relación con la rescisión, se produzca o no un efecto adverso en algún beneficio concreto en ese momento).

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

Organización de Revisión Independiente: una Organización de Revisión Independiente (IRO) actúa como un recurso de revisión médica de terceros que proporciona determinaciones médicas objetivas e imparciales que respaldan la toma de decisiones efectivas, basadas únicamente en la evidencia médica. Las IRO proporcionan decisiones libres de conflicto que ayudan a los profesionales clínicos y de administración de reclamos a asignar mejor los recursos de atención médica.

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 parte de un proveedor de atención médica que tiene la formación 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 apropiado.

Proceso de apelación de determinaciones adversas

Proceso de apelación de determinaciones adversas prospectivas, concurrentes y retrospectivas

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, usted, su representante o su proveedor pueden presentar una apelación oralmente, por escrito o en persona en la sede del Plan. Las presentaciones orales se tratarán como apelaciones para establecer la fecha de presentación más temprana. Si la apelación se presenta oralmente, se le informará a usted o a su representante de la importancia de devolver el Formulario de apelación y cualquier información adicional que quiera presentar para que se tenga en cuenta en la revisión antes de que se tome una decisión sobre su apelación:

Plazo para presentar una apelación:

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

Después del servicio: 180 días a partir de la fecha de recepción del Aviso de determinación adversa de beneficios

Hay cuatro tipos de apelaciones:

- **Apelación estándar/Después del servicio:** una apelación que no implica una atención urgente, como la atención de emergencia, las condiciones que ponen en peligro la vida o la continuación de la hospitalización.
- **Apelación acelerada:** una apelación acelerada está disponible para la atención de emergencia, las condiciones que ponen en peligro la vida y las personas inscritas hospitalizadas. También se puede presentar una apelación acelerada si se deniegan los Medicamentos de venta con receta e infusiones intravenosas para las que la persona inscrita esté recibiendo beneficios. También hay disponible una apelación acelerada para una solicitud de excepción de protocolo de terapia escalonada denegada.
- **Apelación de especialidad:** esta apelación está disponible solo después de que decidamos la apelación inicial. Su proveedor de atención médica puede pedir que un tipo particular de proveedor de especialidad revise el caso, la apelación o la decisión de denegación de la apelación debe ser revisada por un proveedor de atención médica de la misma especialidad o de una similar que normalmente trata la condición, el procedimiento o el tratamiento médico, dental o de especialidad que se analiza para su revisión. Su proveedor debe pedir la apelación a más tardar 10 días laborables después de la fecha de denegación de la apelación. Completaremos la revisión dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la solicitud.
- **Apelación por lesión cerebral adquirida:** una apelación relativa a una Lesión cerebral adquirida.

Le enviaremos una carta de acuse de recibo de la apelación en un plazo de cinco (5) días laborables a partir de la recepción de esta. Esta carta incluirá el acuse de recibo de la fecha en que recibimos la apelación, una lista de los documentos pertinentes que se deben presentar y un formulario de apelación que se debe completar si nosotros hemos recibido de manera oral la apelación para su revisión.

El proceso de apelación de determinaciones adversas incluye lo siguiente:

1. Las decisiones de apelación las toma un asociado clínico o 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 proveedor de asistencia médica conductual, 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 no tenemos un Director médico que sea de la misma o similar especialidad, el caso se remite a un especialista contratado de la misma o similar especialidad. Incluiremos una lista de los títulos y cualificaciones, incluyendo las especialidades, de las personas que participan en la revisión de la apelación.
3. Si la decisión de la apelación se refiere a la necesidad o adecuación médica, o a la naturaleza experimental o de investigación de los servicios de atención médica antes de la emisión de una determinación adversa, se ofrecerá a su proveedor una oportunidad razonable para analizar el plan de Tratamiento para su atención con el Médico que revisa su caso. El análisis incluye, como mínimo, la base clínica de la decisión.

Las especialidades incluyen, entre otras:		
• Cardiología	• Neurología	• Pediatría
• Quiropráctica	• Neurocirugía	• Podología
• Dermatología	• Ginecología y obstetricia	• Psiquiatría
• Medicina ante emergencias	• Oncología	• Neumología
• Medicina de familia	• Oftalmología	• Radiología
• Gastroenterología	• Ortopedia	• Cirugía
• Medicina interna	• Otorrinolaringología	• Urología

4. 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 está revisando y que tiene conocimientos o experiencia actuales y relevantes para emitir una determinación para el caso que está revisando en la apelación.
5. El Médico o proveedor que revisa la apelación puede entrevistar al Asegurado o al representante designado por este.
6. Dar una oportunidad para que el Asegurado o su representante examinen el expediente del caso del Asegurado, incluyendo los registros médicos, otros documentos y registros, y cualquier prueba nueva o adicional considerada durante el proceso de apelación. Esta información se prestará gratis y con suficiente antelación al plazo de resolución de las apelaciones.
7. Si la decisión de la apelación se refiere a la Necesidad o adecuación médica, o a la naturaleza Experimental o de investigación de los servicios de atención médica antes de la emisión de una Determinación adversa, ofreceremos al proveedor del registro una oportunidad razonable para analizar el plan de Tratamiento para el Asegurado con nuestro Director médico. El análisis incluye, como mínimo, la base clínica de la decisión.

Proceso de 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.

Una apelación acelerada es revisada por un proveedor de atención médica que no haya revisado previamente el caso y que sea de la misma o similar especialidad que suele tratar la condición médica, el procedimiento o el Tratamiento que se está revisando.

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. Recibirá una respuesta por teléfono o transmisión electrónica y también recibirá una carta en un plazo de tres días laborables a partir de la notificación telefónica o electrónica inicial.

Cartas de resolución para determinaciones adversas o apelaciones aceleradas

Una vez resuelta la apelación, enviaremos una carta al Asegurado, al representante autorizado del Asegurado o al Médico o proveedor de atención médica del Asegurado, donde se explique 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.

Servicio estándar/después del servicio: 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 recibimos la apelación por escrito o el formulario de apelación de una página.

Apelaciones aceleradas: la determinación de una apelación acelerada puede ser proporcionada a la parte que apela por teléfono o transmisión electrónica, seguida de una carta dentro de los tres días laborables siguientes a la notificación telefónica o electrónica inicial.

En una circunstancia que involucre una condición que pone en peligro la vida de un Asegurado, denegaciones de Medicamentos de venta con receta e infusiones intravenosas que se estén recibiendo actualmente, o si no se cumplen los plazos de nuestro proceso de apelación interno, el Asegurado 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.

Plazos de resolución

Previo al servicio urgente: No después del 1 día laborable a partir de la fecha en que se haya recibido toda la información necesaria.

Previo al servicio (no urgente): 15 días

Después del servicio: 30 días

Revisión externa del proceso de determinación adversa

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación y esta implica un criterio médico, tiene derecho a pedir una revisión externa por parte de un tercero independiente. Usted, una persona que actúe en su nombre, un abogado o su proveedor pueden pedir una revisión externa en un plazo de 4 meses desde la recepción de la decisión de la apelación. Si presenta una apelación o solicita una revisión externa, no usaremos esa información en su contra ni en la de su proveedor.

Cómo pedir una revisión externa

Maximus Federal Services, Inc. es la organización de revisión independiente que hará la revisión externa. Puede utilizar los formularios de Maximus para pedir una revisión externa o enviar una solicitud por escrito, incluyendo cualquier información adicional para la revisión. Puede obtener los formularios de Maximus llamando al Servicio de Atención para Miembros de Maximus al 1-888-866-6205 ext. 3326 o en línea en <https://externalappeal.cms.gov>.

Complete uno o los dos formularios de Maximus en función de quién pide la revisión externa. Complete:

- El Formulario de solicitud de revisión externa federal administrada por el HHS para pedir una revisión externa usted mismo.
- Tanto el Formulario de solicitud de revisión externa federal administrado por el HHS como el Formulario de designación de representante si quiere que el proveedor de su hijo u otra persona pida la revisión externa en su nombre.
 - Tanto usted como su representante autorizado deben completar este formulario.

O bien, envíe una solicitud por escrito con la siguiente información:

- Nombre
- Dirección
- Teléfono
- Dirección de correo electrónico
- Si la solicitud es urgente
- Firma del miembro, padre o tutor legal, o representante autorizado
- Una breve descripción del motivo por el que no está de acuerdo con nuestra decisión

Envíe sus formularios o su solicitud por escrito a:

Compañía: Seton Health Plan dba: Dell Children's Health Plan
Dirección: [1345 Philomena St., Suite #305]
[Austin, TX 78723]
Teléfono: [1-844-995-1145 (TTY: 586-693-1214)]
Fax: [512-380-7507]
Correo electrónico: [SHP-Authorization@ascension.org]

También puede enviar su solicitud directamente a Maximus de una de las maneras que se detallan abajo:

En línea:

<https://externalappeal.cms.gov>. - Utilice la pestaña "Request a Review Online" (Pedir una revisión en línea).

Por correo:

HHS Federal External Review Request
MAXIMUS Federal Services
3750 Monroe Ave., Suite 705
Pittsford, NY 14534

Fax: 1-888-866-6190

Si envía información adicional a Maximus para la revisión, será compartida con Seton Health Plan, que opera bajo el nombre de Dell Children's Health Plan, para que podamos reconsiderar la denegación. Si tiene preguntas durante el proceso de revisión externa, comuníquese con Maximus al [1-888-866-6205, ext. 3326] o visite <https://externalappeal.cms.gov>.

Puede pedir una revisión externa acelerada:

- Si ha pedido una apelación acelerada después de nuestra denegación inicial y la espera de hasta 72 horas pondría en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de su hijo para recuperar su máxima funcionalidad, puede pedir una revisión externa acelerada al mismo tiempo.

- Si la espera de hasta 45 días calendario para una revisión externa estándar puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperación de la función máxima de su hijo.
- Si la decisión de la apelación se refiere a un ingreso, a la disponibilidad de la atención, a la continuación de la estancia o a un servicio de atención médica para el que se recibieron servicios de emergencia, pero el miembro no ha sido dado de alta del centro.

Cómo pedir una revisión externa acelerada:

- En línea: puede seleccionar “expedited” (acelerada) cuando presente la solicitud de revisión.
- Por correo electrónico: [FERP@maximus.com].
- Por teléfono: Proceso federal de revisión externa al [1-888-866-6205 ext. 3326].

Aceptaremos la decisión del revisor externo relacionada con la necesidad médica, la adecuación o el carácter experimental o de investigación de los servicios de atención médica para usted. Seremos responsables del pago de los gastos de la revisión externa.

Si usted, su representante autorizado o su proveedor tienen alguna pregunta sobre el proceso de apelación, comuníquese con nosotros al [1-844-995-1145 (TTY: 586-693-1214)].

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 que se haya hecho una revisión externa. Sin embargo, en el caso de una determinación adversa elegible para ser objeto de revisión externa y que implique una condición que ponga en peligro la vida, no es necesario presentar una apelación y solo se requiere la finalización del proceso de revisión externa para que surja el derecho a presentar una demanda. En cualquier caso, dicha 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.

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 ha agotado el proceso interno de reclamos y apelaciones, independientemente de que el Plan afirme que cumplió sustancialmente los procedimientos de apelación o que cometió algún error de minimis.

AVISO

Las preguntas relacionadas con su póliza o cobertura deben dirigirse a:

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

Si usted (a) necesita asistencia de la agencia gubernamental que regula los seguros; o (b) tiene una queja que no ha podido resolver con su aseguradora, puede comunicarse con el Departamento de Seguros (Department of Insurance) por correo, teléfono o correo electrónico:

State of Indiana Department of
Insurance [Consumer Services
Division
311 WEST Washington Street,
Suite 300 Indianapolis, IN 46204]

[Línea de atención al consumidor: (800) 622-4461; (317) 232-2395]
Los reclamos pueden presentarse de manera electrónica en [www.in.gov/idoi].

SECCIÓN 8. DISPOSICIONES ESTÁNDARES

Contrato completo; cambios

Esta Póliza, incluyendo las cláusulas adicionales y los endosos aplicables; la 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 anular la cobertura o para denegar un reclamo por pérdida incurrida o por incapacidad que comience después del final del período de 2 años. Debemos informar de la rescisión o la finalización de la cobertura con 30 días de antelación a cualquier persona afectada. La notificación incluirá el motivo de la rescisión o terminación. Esta Póliza no tiene una exclusión por condición preexistente.

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 o con una ley aplicable del estado de Indiana, se modifica para unificarse con los requisitos mínimos de dicha 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 requerido 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 en caso de Emergencia o si lo remitimos a un proveedor Fuera de la red. Usted es responsable de pedirnos el pago. Debe presentar el reclamo en un formato que contenga toda la información que requerimos, como se describe abajo.

Notificación del reclamo

La notificación por escrito del reclamo debe enviarse a la Compañía dentro de los 20 días siguientes al suceso o inicio de cualquier siniestro cubierto por la Póliza, o tan pronto como sea razonablemente posible. La notificación dada por el Asegurado o en nombre del Asegurado o beneficiario a Nosotros, o a cualquiera de Nuestros agentes autorizados con información suficiente para identificar al Asegurado, se considerará como una notificación a Nosotros.

Prueba del siniestro

La prueba de reclamo por escrito debe entregarse a la Compañía dentro de los 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 una notificación 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 de la notificación por escrito del reclamo, se considerará que el reclamante ha cumplido el requisito de presentar la prueba del reclamo en virtud de haber presentado la notificación 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 dicha prueba en el plazo requerido no invalidará ni reducirá ningún reclamo si se muestra que no ha sido razonablemente posible presentar dicha prueba en el plazo requerido 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 requiere 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 deniega un reclamo, y el Asegurado apela dicha denegación, la Compañía no estará obligada a pagar ninguna parte de dicho 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 requerir al reclamante que se someta a un examen físico cuando y con la frecuencia que sea razonable.

Información necesaria

Cuando pida el pago de beneficios a la Compañía, deberá facilitarnos toda la información siguiente:

1. El nombre y la dirección del Titular de la Póliza.
2. El nombre y la edad del paciente.
3. El número que figura en su tarjeta de identificación.
4. El nombre y la dirección del proveedor de servicios.
5. El nombre y la dirección del Médico que lo haya pedido.
6. El diagnóstico por parte del Médico.
7. Una factura detallada de su proveedor que incluya los códigos de la CPT o una descripción de cada cargo.
8. La fecha de inicio de la Lesión o Enfermedad.
9. Una declaración en la que se indique que está o no está inscrito en la cobertura de cualquier otro plan o programa de seguro médico. Si está inscrito en otra cobertura, debe incluir el nombre de las otras compañías.

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

[Cigna Pharmacy Service Center
PO Box 188053
Chattanooga, TN 37422-8053]

Pago de cualquier reclamo

El pago de cualquier reclamo se hará a la persona que preste los servicios, a menos que el Asegurado proporcione recibos pagados con su prueba de reclamo. Si el Asegurado fallece antes de que se hayan pagado 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 mediante dichos pagos.

Plazo de pago de los reclamos

Los reclamos por indemnizaciones previstas en la Póliza se considerarán pagaderas inmediatamente después de la recepción de la debida prueba por escrito del siniestro.

Apelación del reclamo

Si se rechaza 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 dentro de los 60 días siguientes a la recepción de la notificación por escrito de la denegación. La Compañía emitirá una decisión dentro de los 60 días siguientes a la recepción de la solicitud escrita del Asegurado, salvo que circunstancias especiales requieran 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 requiera durante la pendencia de un reclamo bajo la Póliza y hacer una autopsia en caso de 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 desde la presentación de la prueba del siniestro por escrito, de acuerdo con los requisitos de la Póliza. No se podrá emprender ninguna acción después de que hayan transcurrido 3 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 por parte del seguro de Indemnización por accidente laboral.

Pruebas genéticas

La cobertura no está limitada por las pruebas genéticas. La Compañía no ajustará las primas, ni pedirá o requerirá pruebas genéticas, ni recopilará 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 los 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 de acuerdo con 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 presta servicios de atención médica o dental o Tratamiento. Si se utilizan contratos separados para prestar 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) cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija;
 - (2) cobertura solo por accidente;
 - (3) cobertura por Enfermedad específica o por accidente específico;
 - (4) beneficios de los componentes no médicos de las pólizas de atención de largo plazo;
 - (5) pólizas de complemento de Medicare;
 - (6) pólizas de Medicaid;
 - (7) cobertura de otros planes gubernamentales federales, a menos que lo permita la ley.

Cada contrato de cobertura en virtud de los apartados a o b de arriba constituye un plan independiente. 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 significa, en una disposición de la COB, la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica a las que se aplica la disposición de la COB y que pueden reducirse debido a los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que proporcione 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 los 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 habitación de hospital semiprivada y una habitación de hospital privada no es un gasto admisible, a menos que uno de los planes ofrezca cobertura para los gastos de una habitación de hospital privada.
 - b. Si una persona está cubierta por 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 parte del plan principal debido a que una persona cubierta no ha cumplido 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 preferidos.
5. Plan de panel cerrado es un plan que proporciona beneficios de atención médica a las personas cubiertas principalmente en forma de servicios a través de un panel de proveedores que el plan ha contratado o empleado, y que excluye la cobertura de los servicios prestados por otros proveedores, excepto en casos de Emergencia o remisión por parte de un miembro del panel.
6. Padre custodio es el padre al que se le ha concedido la custodia por sentencia judicial o, en ausencia de una sentencia judicial, es el padre con el que el niño reside más de la mitad del año calendario, sin incluir cualquier visita temporal.

B. Reglas de determinación del orden de los beneficios

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

1. El plan principal paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con 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 contenga una disposición de coordinación de beneficios que se ajuste a 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 afiliación a un grupo que está diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y establece que esta cobertura complementaria será superior a cualquier otra parte del plan proporcionada 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 proporcionados 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 beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que se apliquen:

- 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 sentencia judicial en la que se establezca lo contrario, cuando un hijo Dependiente está cubierto por más de un Plan, el orden de los beneficios se determina de la siguiente manera:
- (1) En el caso de un hijo Dependiente cuyos padres estén casados o convivan, hayan estado o no casados:
 - (a) El plan del progenitor cuyo cumpleaños sea anterior en el año calendario es el plan principal.
 - (b) O bien, si ambos progenitores cumplen años el mismo día, el plan que haya cubierto al progenitor durante más tiempo es el plan principal.
 - (2) En el caso de un hijo Dependiente cuyos padres estén divorciados o separados o no vivan juntos, hayan estado o no casados:
 - (a) Si en una sentencia judicial se establece que uno de los progenitores es responsable de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo Dependiente y el plan de ese progenitor tiene conocimiento real de esos términos, ese plan es el principal. Esta regla se aplica a los años del plan que comienzan después de que el plan reciba la notificación de la sentencia judicial.
 - (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 en una sentencia judicial se establece que los padres tienen la custodia compartida sin especificar que uno de ellos es responsable 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.
 - (d) O bien, si no existe una sentencia judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo Dependiente, el orden de los beneficios para el hijo será el siguiente:
 - (i) el plan que cubre al progenitor custodio;
 - (ii) el plan que cubre al cónyuge del progenitor custodio;
 - (iii) el plan que cubre al progenitor no custodio; y después
 - (iv) El plan que cubre al cónyuge del progenitor no custodio.
- c. Empleado activo, jubilado o despedido. El plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no está despedido ni jubilado, es el plan principal. El plan que cubre a esa misma persona como empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo ocurre 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 los beneficios, se ignora esta regla. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada como B.4.a puede determinar el orden de los beneficios.

- d. COBRA o cobertura estatal continuada. Si una persona cuya cobertura se proporciona en virtud de COBRA o de un derecho de continuación proporcionado por la ley estatal u otra ley federal está cubierta 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 los beneficios, se ignora esta regla. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada como B.4.a puede determinar el orden de los beneficios.
- e. Mayor o menor duración de la cobertura. El Plan que cubrió a la persona como empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado durante más tiempo es el plan principal y el plan que cubrió a la persona durante menos tiempo es el plan secundario.
- f. Si las reglas anteriores no determinan el orden de los 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 hubiera sido el plan principal.

C. Efecto sobre los beneficios de este Plan

1. Cuando este Plan es secundario, puede reducir sus beneficios de forma que el total de los beneficios pagados o proporcionados por todos los planes durante un Año del plan no sea superior al total de los gastos admisibles. Para determinar la cantidad que se debe pagar por cualquier reclamo, el plan secundario calculará los beneficios que habría pagado en ausencia de otra cobertura de atención médica y aplicará esa cantidad calculada a cualquier gasto admisible de su plan que no haya sido pagado por el plan Principal. 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 proporcionados por todos los planes para el reclamo no supere el total de los gastos admisibles para dicho 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 servicios por parte de un proveedor no perteneciente al panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de panel cerrado, la COB no se aplicará entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

D. Derecho a recibir y revelar información necesaria

Se necesitan ciertos datos sobre la cobertura y los servicios de atención médica para aplicar estas reglas de COB y determinar los beneficios pagaderos en virtud de este plan y de 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 pida beneficios en virtud de este plan debe dar a la Compañía todos los datos que necesite para aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos.

E. Facilidad de pago

Un pago hecho en virtud de otro plan puede incluir una cantidad que debería haberse pagado en virtud de 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 bajo este plan. La Compañía no tendrá que volver a pagar esa cantidad. El término “pago hecho” incluye la prestación de beneficios en forma de servicios, en cuyo caso “pago hecho” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios.

F. Derecho de reembolso

Si la cantidad de los pagos hechos por la Compañía es superior a la que debería haber pagado en virtud de esta disposición de COB, podrá recuperar el exceso de una o varias de las personas a las que haya pagado o por las que haya pagado; o de cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los

beneficios o servicios prestados a la persona cubierta. La “cantidad de los pagos hechos” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.