



CHRISTUS Health Plan CONTRATO Y EVIDENCIA DE COBERTURA

Louisiana Health Exchange Cobertura individual y familiar

AVISO: USTED DEBE ASUMIR PERSONALMENTE TODOS LOS COSTOS SI UTILIZA ATENCIÓN MÉDICA QUE ESTE PLAN NO AUTORICE O COMPRA MEDICAMENTOS QUE ESTE PLAN NO AUTORICE.

Esta póliza entra en vigor a partir de las 12:01 a. m. de la fecha en que empieza la cobertura del Miembro y termina a las 11:59 p. m. del último día del mes por el que se pagó la prima y la fecha en la que la cobertura del Miembro termina.

CHRISTUS HEALTH PLAN

919 Hidden Ridge

Irving, Texas 75038

Número de teléfono gratuito: 1-844-282-3025

www.christushealthplan.org

El Suscriptor a quien se expide el contrato puede examinarlo y, si por alguna razón no está satisfecho con el mismo, puede devolverlo dentro de los 10 días posteriores a su recepción y recibir un reembolso de la prima pagada. Si se prestan los servicios o se pagan las reclamaciones durante el período de análisis de 10 días, usted es responsable de hacernos el reembolso por dichos servicios o reclamaciones. Esta consideración, incluidas las primas, la tarifa de solicitud y cualquier otra cantidad a pagar por la cobertura se expresará en el acuerdo o en la solicitud.

BIENVENIDO AL PLAN DE CHRISTUS Health

Nos complace que haya escogido a CHRISTUS Health Plan. Hemos estado atendiéndole a usted, su familia y su comunidad durante 150 años. Nos complace servirle ahora a través de nuestro plan de salud.

Cuando usted se inscribe en CHRISTUS Health Plan, lo hace en un plan de salud que forma parte de un sistema de salud más grande. Nuestro sistema de salud se basa en la fe y no tiene fines lucrativos. Al ser un sistema de salud, podemos coordinar su atención. Estamos aquí para ayudarle, ya sea que usted esté sano y solo necesite cuidado preventivo, o que necesite consultar a un médico o si tiene un problema grave de salud. Creemos que usted, su familia y su comunidad son fundamentales para su bienestar. Usted tendrá participación en sus decisiones de atención médica y le brindaremos las herramientas y el apoyo que necesita para administrar su salud y sus beneficios.

Este Contrato y Evidencia de Cobertura (“Contrato”) lo ofrece CHRISTUS Health Plan Louisiana, seudónimo comercial CHRISTUS Health Plan, una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization (HMO)) con licencia del estado de Louisiana. En este Contrato se explican sus derechos y beneficios bajo este Contrato individual y familiar de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y CHRISTUS Health Plan Este Contrato incluye un *Programa de Beneficios* y constituye un contrato legal entre usted, el Miembro (designado como Miembro, usted, Su o Sus) y CHRISTUS Health Plan (designado como el Plan de CHRISTUS Health, nosotros, nuestro y Nos). El *Resumen de beneficios y de cobertura* y el *Programa de beneficios* son documentos distintos incluidos en su paquete de bienvenida.

A lo largo de este Contrato, por favor consulte el *Programa de Beneficios* que se proporciona con el mismo para conocer algunos de los beneficios cubiertos específicos que proporciona el Contrato, los montos específicos que usted debe pagar (costo compartido) y algunas limitaciones y exclusiones de la cobertura. El *Programa de beneficios* forma parte de este Contrato, y ambos proporcionan una descripción completa de los beneficios cubiertos, las exclusiones y las condiciones del Plan.

POR FAVOR, LEA ESTE CONTRATO CUIDADOSAMENTE y manténgalo junto con el *Programa de Beneficios* en un lugar seguro y al que pueda acceder rápidamente. También tenga en cuenta que sus médicos y proveedores no tienen una copia de este Contrato y no son responsables de conocer o explicarle sus beneficios cubiertos.

Este Contrato proporciona información importante acerca de:

- Sus derechos y responsabilidades como Miembro;
- Beneficios cubiertos bajo el Plan y cómo acceder a ellos;
- Limitaciones y exclusiones del Plan; y
- Cómo solicitar ayuda de CHRISTUS Health Plan.

Palabras clave usadas en este Contrato

Dado que este es un documento legal, hay ciertos términos clave que tienen significados especiales. Estos términos se explican en la sección de DEFINICIONES de este Contrato. Revise esta sección cuidadosamente.

IMPORTANT NOTICE	AVISO IMPORTANTE
<p>To obtain information or make a complaint:</p> <p>You may call CHRISTUS Health Plan’s toll-free telephone number for information or to make a complaint at:</p> <p style="text-align: center;">1-844-282-0380</p> <p>You may also write to CHRISTUS Health Plan at:</p> <p style="text-align: center;">P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016</p>	<p>Para obtener información o para presentar una queja:</p> <p>Usted puede llamar al número de teléfono gratuito de CHRISTUS Health Plan para obtener información o para presentar una queja al:</p> <p style="text-align: center;">1-844-282-0380</p> <p>Usted también puede escribir a CHRISTUS Health Plan:</p> <p style="text-align: center;">P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016</p>
<p>You may contact the Louisiana Department of Insurance to obtain information on companies, rights or complaints at:</p> <p style="text-align: center;">1-800-259-5300</p> <p>You may write the Louisiana Department of Insurance at:</p> <p>P.O. Box 94214 Baton Rouge, LA 70804-9214</p> <p>Sitio web: www.lds.la.gov</p>	<p>Usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Louisiana para obtener información sobre compañías, derechos, o quejas al:</p> <p style="text-align: center;">1-800-259-5300</p> <p>Usted puede escribir al Departamento de Seguros de Louisiana at:</p> <p>P.O. Box 94214 Baton Rouge, LA 70804-9214</p> <p>Web: www.lds.la.gov Sitio web: www.lds.la.gov</p>
<p>PREMIUM OR CLAIM DISPUTES: Should you have a dispute concerning your premium or about a claim, you should contact the company first. If the dispute is not resolved, you may contact the Louisiana Department of Insurance.</p>	<p>DISPUTAS POR PRIMAS DE SEGUROS O RECLAMACIONES: Si tiene una disputa relacionada con su prima de seguro o con una reclamación, usted debe comunicarse con la compañía primero. Si la disputa no es resuelta, usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Louisiana.</p>
<p>ATTACH THIS NOTICE TO YOUR POLICY: This notice is for information only and does not become a part or condition of the attached document.</p>	<p>ADJUNTE ESTE AVISO A SU PÓLIZA: Este aviso es solamente para propósitos informativos y no se convierte en parte o en condición del documento adjunto.</p>

NÚMEROS DE TELÉFONO Y DIRECCIONES IMPORTANTES

Servicio al Miembro	Dirección: CHRISTUS Health Plan Atención: Member Service Department 919 Hidden Ridge Irving, Texas 75038	Llamada sin costo: 1-844-282-3025 TTY 7-1-1
Autorización previa	Dirección: CHRISTUS Health Plan Atención: Departamento de Autorizaciones Previas 919 Hidden Ridge Irving, Texas 75038	Llamada sin costo: 1-844-282-3025 TTY 7-1-1
Claims (Reclamaciones)	Dirección: CHRISTUS Health Plan Exchange Atención: Claims Department P.O. Box 169012 Irving, Texas 75016	Llamada sin costo: 1-844-282-3025 TTY 7-1-1
Quejas, Apelaciones y Agravios	Dirección: CHRISTUS Health Plan Exchange Atención: Departamento de Quejas, Apelaciones y Agravios P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016	Llamada sin costo: 1-844-282-0380 TTY 7-1-1
Sitio web www.christushealthplan.org		
Servicios de acceso a idiomas Llamada sin costo: 1-800-752-6096		

Índice

BIENVENIDO AL PLAN DE CHRISTUS Health	2
NÚMEROS DE TELÉFONO Y DIRECCIONES IMPORTANTES	4
Índice	5
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO	9
Derechos del Miembro	9
Responsabilidades del Miembro:	11
Información del Mercado (Intercambio)	12
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	13
Elegibilidad.....	13
Para ser elegible como Dependiente, cada uno debe llenar los siguientes criterios:	14
Inscripción.....	15
Inscripción inicial.....	15
Inscripción Especial y Limitada para Personas Calificadas que participan en el Intercambio	15
Pérdida de la Cobertura mínima esencial.....	16
Notificación de cambio de estado	18
Cancelación de la Cobertura	18
CÓMO FUNCIONA SU PLAN	20
Si usted no utiliza a los médicos participantes en nuestra red, es posible que deba pagar por los servicios recibidos.....	20
Proveedores de atención primaria	20
Tener un especialista como PCP	21
Directorio de proveedores de CHRISTUS Health Plan	21
Tarjeta de Identificación	21
Uso no autorizado, fraudulento, indebido o abusivo de Tarjetas de Identificación	22
SUS OBLIGACIONES DE COSTOS COMPARTIDOS	24
Deducible anual	24
Cambios al deducible	24
Máximo anual de desembolso directo	24
Coseguro	25
Copagos.....	26
CÓMO ENCONTRAR ATENCIÓN MÉDICA	27
Atención de emergencia.....	27
Atención de urgencia	28
Visitas al consultorio	29
Servicio de ambulancia	30
Continuidad de la atención.....	30
Acceso a proveedores no participantes.....	31
Costos de los proveedores no participantes	31
Proveedores independientes.....	32

CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA	33
¿Qué es una Autorización previa?	33
¿Cómo obtener una Autorización previa?	33
¿Cómo funciona el proceso?	34
¿Qué servicios requieren de Autorización previa?	34
Autorización previa para Medicamentos recetados e infusiones intravenosas.....	35
Decisiones relacionadas con autorizaciones previas para medicamentos recetados e infusiones intravenosas.....	35
BENEFICIOS CUBIERTOS.....	37
Servicios cubiertos específicamente.....	37
Necesidad médica.....	37
Beneficios específicos cubiertos:.....	38
Lesión accidental (trauma), Atención de urgencia, servicios de emergencia y servicios de observación	38
<i>Atención de urgencia.....</i>	<i>38</i>
<i>Servicios de atención de emergencia</i>	<i>38</i>
<i>Servicios de Observación</i>	<i>39</i>
Lesión cerebral adquirida	40
Servicios de ambulancia.....	40
<i>Servicios de ambulancia en caso de emergencia</i>	<i>40</i>
<i>Servicio de ambulancia por alto riesgo</i>	<i>41</i>
<i>Servicio de ambulancia para traslados entre centros</i>	<i>42</i>
Trastorno por déficit de atención.....	42
Tratamiento de linfedema	42
Labio leporino/Paladar hendido	42
Ensayos clínicos.....	42
Atención certificada para enfermos terminales	44
Servicios de atención médica preventiva	44
<i>Servicios preventivos para Miembros adultos.....</i>	<i>44</i>
<i>Servicios preventivos específicos para mujeres:.....</i>	<i>46</i>
<i>Servicios de prevención para niños:</i>	<i>46</i>
Terapias complementarias	47
<i>Servicios de quiropráctico.....</i>	<i>47</i>
Servicios dentales (limitados)	47
Servicios relacionados con la Diabetes	48
Servicios de diagnóstico.....	49
Equipo médico duradero, aparatos ortopédicos, dispositivos prostéticos, reparación y reemplazo de equipo médico duradero, dispositivos prostéticos y ortopédicos y audífonos.....	49
<i>Equipo médico desechable</i>	<i>49</i>
<i>Equipo médico duradero</i>	<i>50</i>
<i>Aparatos ortopédicos</i>	<i>51</i>
<i>Prótesis.....</i>	<i>51</i>
<i>Implantes médicos.....</i>	<i>52</i>
<i>Audífonos.....</i>	<i>52</i>
Trastorno por errores congénitos del metabolismo (IEM, en inglés).....	52
Alimentos médicos especiales para errores congénitos del metabolismo	53

Servicios de habilitación	53
Trastorno del espectro autista.....	54
Servicios de atención médica a domicilio	54
Servicios para pacientes hospitalizados	55
Cuidados intensivos a largo plazo para pacientes hospitalizados	55
Servicios médicos para pacientes hospitalizados	56
Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados	56
Servicios de intérprete para personas sordas y con dificultad auditiva	57
Terapia de oxigenación hiperbárica.....	57
Servicios de salud mental, tratamiento de salud conductual, abuso del alcohol y de sustancias	57
<i>Servicios por abuso de alcohol y de sustancias</i>	<i>57</i>
<i>Tratamiento de salud conductual</i>	<i>58</i>
Suplementos y apoyo nutricional	58
Evaluación nutricional.....	58
Medicamentos orales contra el cáncer	59
Cirugía bucal.....	59
Servicios médicos ambulatorios	60
Servicios del médico/proveedor	61
<i>Visitas al consultorio médico.....</i>	<i>61</i>
<i>Tratamiento de alergias</i>	<i>61</i>
<i>Segunda opinión.....</i>	<i>61</i>
Medicamentos/fármacos recetados.....	61
Cirugía reconstructiva	64
Cirugías reconstructivas para anomalías craneofaciales	64
Terapia de rehabilitación	64
Centro de enfermería especializada	64
Programa/asesoría para dejar de fumar.....	64
Trasplantes.....	65
<i>Definición de servicio de trasplante</i>	<i>65</i>
<i>Autorización previa</i>	<i>66</i>
<i>Costo de la adquisición de órganos.....</i>	<i>66</i>
<i>Viaje para trasplante.....</i>	<i>66</i>
<i>Medicamentos inmunosupresores para los trasplantes de órganos</i>	<i>67</i>
Atención de la vista (Pediátrica)	67
Atención médica de la mujer	67
<i>Atención de maternidad.....</i>	<i>68</i>
Atención prenatal	69
Atención obstétrica.....	69
Servicios prestados por una Enfermera partera certificada	69
Servicios de alumbramiento	70
Atención posparto	70
Apoyo durante la lactancia, suministros y asesoría.....	71
Prueba de detección cuádruple.....	71
<i>Cobertura para hijos recién nacidos y adoptados</i>	<i>71</i>
<i>Suplementos nutricionales</i>	<i>71</i>
<i>Continuidad de la atención.....</i>	<i>71</i>

Beneficios adicionales de atención médica para mujeres.....	72
<i>Atención para mastectomía</i>	72
<i>Cobertura para osteoporosis</i>	72
AVISO ESPECIAL SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN Y REPRODUCCIÓN FAMILIAR	73
AVISO ACERCA DE ALGUNOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS	74
EXCLUSIONES.....	78
RECLAMACIONES	85
COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS	89
FOLLETO DE EXPLICACIÓN AL CONSUMIDOR COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB, EN INGLÉS)	96
PROCESO PARA QUEJAS Y APELACIONES	99
PAGO DE LAS PRIMAS	107
DISPOSICIONES GENERALES.....	109
DEFINICIONES	114

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

CHRISTUS Health Plan desea proporcionarle beneficios de atención médica de alta calidad. Como Miembro de CHRISTUS Health Plan (el Plan), usted tiene derechos. También tiene algunas responsabilidades. Es importante que usted comprenda completamente sus derechos y responsabilidades bajo este Contrato. Esta sección le explica sus derechos y responsabilidades bajo este Contrato y cómo puede participar en nuestra Junta de consumidores.

AVISO A MIEMBROS SOBRE LOS REQUISITOS DE LA RED

Un plan HMO no proporciona beneficios por servicios que reciba de un médico o proveedor fuera de la red, con excepciones específicas que se describen en su evidencia de cobertura y a continuación.

Usted tiene derecho a una red adecuada de médicos y proveedores dentro de la red (conocidos como médicos y proveedores de la red).

Si usted cree que su red no es adecuada, puede presentar una queja en el Departamento de Seguros de Louisiana en el sitio web www.lldi.la.gov.

Si su plan HMO aprueba un referido para servicios fuera de la red debido a la indisponibilidad de médico o proveedor de la red, o si usted recibió atención de emergencia fuera de la red, el plan HMO debe, en la mayoría de los casos, pagar la factura del médico o proveedor fuera de la red para que usted solo pague la cantidad del Copago, Coseguro y deducible aplicables a los servicios dentro de la red.

Puede obtener un directorio actualizado de médicos y proveedores de la red en el siguiente sitio web: www.christushealthplan.org o puede llamar al 1-844-282-3025 para obtener ayuda para encontrar médicos y proveedores de la red disponibles. Si usted utilizó la información de un directorio materialmente incorrecto, tiene derecho a presentar una queja para pagar un médico o proveedor fuera de la red como si fuera de la red, si presenta la copia del directorio con la información incorrecta al HMO, en no más de 30 días después de haber recibido el servicio.

Derechos del Miembro

Como Miembro del Plan, usted tiene derecho a:

- Acceder de manera oportuna y rápida la atención para servicios cubiertos y médicamente necesarios, incluyendo las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los servicios de atención de urgencia y emergencia y para otros servicios de atención médica según lo define este Contrato y el *Programa de beneficios*.
- Recibir un trato puntual, cortés y responsable que respete su dignidad y privacidad.
- Información detallada sobre su cobertura, beneficios y servicios que se ofrecen bajo este Contrato. Esto incluye cualquier Exclusión de afecciones específicas, dolencias o trastornos, incluidos los beneficios restringidos de medicamentos recetados; las políticas y procedimientos del Plan con respecto a productos, servicios, procedimientos de

apelación de proveedores y otra información sobre el Plan y los beneficios que le brindamos. Esto también incluye el acceso a una lista actual de proveedores participantes de la red del Plan, información acerca de la educación, experiencia y consultorio de un proveedor participante en particular, los derechos y responsabilidades del Miembro, al igual que el derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestras políticas de derechos y responsabilidades de los Miembros.

- Acceder a atención de salud asequible, incluyendo información sobre sus desembolsos directos, limitaciones, el derecho a recibir atención de un proveedor no participante, y una explicación de su responsabilidad financiera cuando los servicios son proporcionados por un proveedor no participante o sin Autorización previa.
- Escoger un Proveedor de atención primaria (PCP) dentro de los límites de los servicios cubiertos, la red del Plan y según lo estipula el Contrato, incluyendo el derecho a rechazar la atención de profesionales de la atención de la salud específicos. Además, tiene derecho a participar junto a sus proveedores, en las decisiones relacionadas con su atención médica.
- Recibir explicaciones de su proveedor participante acerca de su afección médica, el tratamiento recomendado, los riesgos del tratamiento, los resultados esperados, y las alternativas médicas razonables en términos que pueda comprender. Si usted no comprende la información, se le proporcionará una explicación a sus familiares, tutor u otra persona autorizada. Esta información se documentará en su historial médico.
- Acceder a todos los derechos otorgados por una ley, regla o regulación como paciente en un centro de atención médica certificada, incluyendo el derecho a ser informado acerca de su tratamiento por su proveedor participante en términos que pueda comprender; a solicitar su consentimiento (permiso) para el tratamiento, rechazar el tratamiento, incluyendo los medicamentos, y ser informado sobre las consecuencias de tal rechazo. Estos derechos están disponibles incluso si el tratamiento no es un Beneficio cubierto o Medicamento necesario bajo el Plan. El derecho de consentimiento o aceptación al tratamiento por parte de usted o de sus familiares más cercanos, tutor u otra persona autorizada puede no ser posible en una emergencia en la que su vida y su salud estén en grave peligro.
- Expresar sus quejas o apelaciones acerca de Plan o el Comisionado de Seguros (Comisionado) sobre el Plan o la cobertura que brindamos. Como Miembro usted tiene derecho a recibir una respuesta dentro de un plazo de tiempo razonable, conforme a la ley actual y sin temor a represalias.
- Ser notificado con prontitud de la cancelación o cambios en los beneficios, servicios o la Red de proveedores.
- Manejo confidencial de todas las comunicaciones, incluyendo la información médica y financiera que mantiene el Plan. Nosotros y nuestros proveedores mantendremos la privacidad de sus registros médicos y financieros, de acuerdo con la ley vigente.
- Una explicación completa del motivo de la denegación de un beneficio, la oportunidad de apelar la decisión de denegación, a nuestra revisión interna y el derecho a solicitar ayuda del Comisionado.
- Conocer, bajo petición, cualquier acuerdo o disposición entre el Plan y nuestros proveedores participantes, lo que puede restringir los referidos, las opciones de tratamiento o límite de los servicios ofrecidos.

- Consultar a Profesionales de atención médica calificados que se encuentren cerca de su domicilio o trabajo y dentro del Área de servicio del Plan para el tratamiento y los servicios de los beneficios cubiertos.
- Recibir información sobre cómo se autorizan o deniegan los beneficios. Tiene derecho a saber cómo se evalúan las nuevas tecnologías para los Beneficios cubiertos. También puede solicitar y recibir información sobre el plan de garantía de calidad del Plan y la metodología de revisión de la utilización.
- Recibir información detallada acerca de todos los requisitos que debe seguir para la Autorización previa y la Revisión de utilización.

Responsabilidades del Miembro:

Como Miembro del Plan, usted es responsable de:

- Brindar información honesta y completa a quienes le prestan atención médica.
- Revisar y comprender completamente la información que recibe acerca de su plan.
- Conocer el uso adecuado de los servicios cubiertos por el Plan.
- Presentar su tarjeta de identificación del Plan antes de recibir atención médica.
- Consultar a su médico antes de recibir atención médica, a menos que su afección ponga en riesgo su vida.
- Notificar con prontitud a su proveedor si usted se retrasará o si no puede asistir a una cita.
- Pagar todos los montos de cargos o Copago, incluyendo aquellos generados por consultas a las que no asistió. Esto también aplica a los deducibles y a cualquier cargo por beneficios y servicios sin cobertura.
- Expresar sus opiniones, quejas o inquietudes de una manera constructiva al Servicio al Miembro de CHRISTUS Health Plan o a su proveedor.
- Informar al Plan de cualquier cambio en el número de miembros de la familia, la dirección, el número de teléfono o el estado de la Membresía dentro de los treinta (30) días calendario posteriores al cambio.
- Realizar los pagos de las Primas a tiempo.
- Notificar al Plan respecto a otra cobertura.
- Cumplir con nuestro proceso de Quejas y Apelaciones cuando no esté satisfecho con el Plan o las acciones o decisiones de los proveedores.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de los objetivos de tratamiento que acepte con sus proveedores.
- Cumplir con los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con su proveedor.

Usted es responsable de comprender cómo funciona el Plan. Usted debe leer cuidadosamente este Contrato y su *Programa de beneficios*. Comuníquese con el Departamento de Servicio al Miembro cuando tenga preguntas acerca de su Plan.

Información del Mercado (Intercambio)

Podemos ayudarlo con sus preguntas sobre el Mercado. También puede obtener información sobre el Mercado llamando al número gratuito 1-800-318-2596 o ingresando a www.healthcare.gov/marketplace/index.html. El Mercado puede brindarle información sobre cómo puede aprovechar al máximo sus beneficios. También pueden indicarle cómo ponerse en contacto con un Navegador. Los navegadores están capacitados para informarle sobre el Mercado y obtener los beneficios que están disponibles para usted.

Comunicación electrónica

Si usted da su consentimiento, podemos enviarle comunicaciones escritas por medios electrónicos. Antes de hacerlo, le notificaremos que podrá recibir materiales o comunicaciones en papel o en formato no electrónico y cómo solicitar esa información. Puede anular su consentimiento en cualquier momento. Su consentimiento nos dirá si solo desea que solo se le envíe una transacción específica de forma electrónica o si hay categorías identificadas de información que le gustaría recibir de esta manera.

El aviso también le proporcionará información sobre cómo anular su consentimiento y cómo actualizar su información de contacto con nosotros.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Elegibilidad

El Mercado federal (Intercambio) toma las decisiones de elegibilidad basadas en la solicitud que usted envía. Usted es responsable de informarle al Intercambio acerca de cualquier cambio que pueda cambiar su elegibilidad. Algunos ejemplos de cambios son la adopción, el nacimiento, la adición de otro dependiente o el divorcio. Para ser elegible para los beneficios cubiertos bajo este Contrato, debe estar inscrito como Miembro. Un Miembro es la persona que ha solicitado cobertura en nombre de sí mismo (a) y sus dependientes, y para quien es emitido este Contrato.

Para inscribirse en CHRISTUS Health Plan, usted debe ser una persona calificada:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos;
- Estar legalmente presente en los Estados Unidos, si no es ciudadano de los Estados Unidos;
- Ser una persona elegible para cobertura a través del Intercambio.
- No estar en prisión, ni tener cargos que estén pendientes de un auto definitivo;
- No ser elegible para Medicare debido a la edad, enfermedad o discapacidad, excepto personas con enfermedad renal en etapa terminal, o tener más de 65 años y ser elegible para la Parte A sin pago de prima, pero que no recibe beneficios del Seguro Social y no se ha inscrito en la Parte A ni en la Parte B;
- Debe residir en el área de servicio de CHRISTUS Health Plan, o el Suscriptor debe residir en el área de servicio y continuar cumpliendo con estos criterios.

Para agregar recién nacidos y otros dependientes a nuestro Plan, usted debe completar un formulario de inscripción para los dependientes y enviarlos al Mercado federal. Usted debe notificarnos dentro de los 31 días siguientes al nacimiento del bebé que desea agregarlo como Dependiente y pagar cualquier prima requerida para continuar con la cobertura. No excluirémos ni limitaremos la cobertura para un hijo recién nacido del Suscriptor o del cónyuge del Suscriptor; los defectos congénitos serán tratados de la misma manera que otra enfermedad o lesión para la cual se proporcione cobertura. Su hijo recién nacido puede recibir servicios de un proveedor no participante si el recién nacido nace fuera del área de servicio debido a una emergencia o si nace en un centro no participante y la madre no tiene cobertura. Es posible que necesitemos que el recién nacido sea transferido a un centro participante bajo nuestra responsabilidad, y si aplica, a un proveedor participante cuando la transferencia sea médicamente apropiada.

A pesar de la notificación de los requisitos de elegibilidad de Intercambio, el hijo recién nacido de un Suscriptor o el cónyuge del Suscriptor tiene derecho a la cobertura durante los 31 días siguientes al nacimiento. Puede notificar a CHRISTUS Health Plan, ya sea verbalmente o por escrito, de la adición del recién nacido como Dependiente cubierto. Además, los nietos que viven con el Suscriptor y en su hogar también pueden calificar como dependientes.

Para calificar, los nietos deben ser:

- Menores de 26 años y
- En custodia legal y residiendo con el Miembro.

Para ser elegible como Dependiente, cada uno debe llenar los siguientes criterios:

- Ser un Dependiente de una persona calificada elegible para cobertura a través del Intercambio según la ley de Louisiana O
- Que se inscriba dentro de los 31 días siguientes a un evento calificador conforme al Período de Inscripción Especial para dependientes.

El dependiente de un Miembro es su cónyuge o pareja de unión libre, y sus hijos menores de 26 años. El término “hijo/hijos” incluye:

- Un hijo natural;
- Un hijastro, un hijo adoptado legalmente, incluyendo los hijos que hayan sido objeto de una demanda de adopción del Miembro, de su cónyuge o su pareja de unión libre;
- Un nieto que está bajo la custodia legal del abuelo/abuela y que reside con él o ella; o
- Un hijo para quien el Miembro, su cónyuge o su pareja de unión civil es tutor y
- Un hijo soltero que ha sido colocado en el domicilio de un asegurado tras la ejecución de un acto de entrega voluntaria a favor del asegurado o del representante legal del asegurado, para quien la fecha a partir de la cual el acto de entrega voluntaria se vuelve irrevocable ya ha vencido.

A menos que se apliquen circunstancias especiales, la cobertura de dichos dependientes se limita a aquellos menores de veintiséis (26) años. Los dependientes mayores de 26 años pueden calificar para la continuidad de la cobertura de dependiente si es incapaz de sostenerse con un empleo por motivos de una discapacidad intelectual o física, y principalmente depende del suscriptor para manutención y apoyo. Debe presentarnos prueba de la discapacidad intelectual o física y la dependencia del hijo dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la fecha en que el hijo deja de calificar como Dependiente. Es posible que necesitemos esta prueba de discapacidad del dependiente una vez al año después del período de dos años a partir de que el hijo alcanza la edad límite para la continuidad de la cobertura.

Usted debe comprobar con la orden de un juez que usted es el tutor legal de cualquier hijo o hijos (por ejemplo, con una orden médica calificada de manutención infantil). Nosotros le brindaremos cobertura a sus hijos dependientes según sea requerido por una orden médica calificada de manutención infantil según la ley federal o estatal o regulaciones aplicables. Estos dependientes no están sujetos a las restricciones de la temporada de inscripciones.

Los hijos que sujeto de una orden médica calificada de manutención infantil también son elegibles para beneficios dentales en esta póliza.

Los derechos de los padres con la custodia

Si un hijo dependiente tiene cobertura de un padre sin la custodia, o un padre sin la custodia principal de su hijo, le brindaremos información al padre con la custodia, según sea necesario, para que el hijo obtenga beneficios; el padre con la custodia o el proveedor estará autorizado para presentar las reclamaciones de Servicios cubiertos sin necesidad de la aprobación del padre sin la custodia; y realizaremos los pagos respecto a las reclamaciones presentadas de acuerdo con la ley de Louisiana directamente al padre con la custodia, el proveedor o la agencia Medicaid del estado.

Los derechos de los padres sin la custodia

Los padres sin la custodia de hijos cubiertos bajo un Contrato del padre con la custodia tienen derechos, a menos que tales derechos les hayan sido retirados por una orden de juez o decreto de divorcio. Los padres sin la custodia pueden contactarnos para obtener y brindar la información necesaria, incluyendo, pero no limitada a: información de proveedores, información de reclamaciones, pago de reclamaciones e información de beneficios o servicios para el hijo.

Inscripción

La inscripción en línea para el Intercambio está disponible en www.healthcare.gov/marketplace/index.html.

Inscripción inicial

La cobertura de este Contrato entrará en vigor en la fecha aprobada por CHRISTUS Health Plan.

Inscripción Especial y Limitada para Personas Calificadas que participan en el Intercambio

Una persona calificada tiene sesenta (60) días para inscribirse como resultado de uno de los siguientes eventos:

- 1) Una persona calificada o dependiente pierde una cobertura mínima esencial;
- 2) Una persona calificada obtiene un Dependiente o se convierte en Dependiente a través del matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción, colocación en un hogar o institución de guarda o mediante una orden de manutención de menores u otra orden judicial;
- 3) Una persona se convierte en ciudadano, nacional u obtiene la presencia legal que antes no tenía;
- 4) Si la inscripción o no inscripción de una Persona calificada en un Plan de salud calificado no es intencional, es inadvertida o errónea y es el resultado del error, falsa información o falta de acción de un ejecutivo, empleado o un representante del Intercambio o HHS o sus dependencias, según sea evaluado y determinado por el

Intercambio. En tal caso, el Intercambio tomará las acciones necesarias para corregir o eliminar los efectos de tal error, falsa información o falta de acción;

- 5) Un inscrito demuestra adecuadamente al Intercambio que el Plan de salud calificado en el que está inscrito viola sustancialmente una disposición material de su contrato en relación con el inscrito;
- 6) Si se determina que una persona es elegible a partir de ahora o no es elegible a partir de ahora para los Pagos anticipados del crédito fiscal federal para primas (Advance Payments of the Federal Premium Tax Credit, APTC) o tiene un cambio respecto a la elegibilidad para las reducciones en los costos compartidos, independientemente de si dicha persona ya está inscrita en un plan de salud calificado;
- 7) Una persona calificada o inscrita obtiene acceso a nuevos planes de salud calificados como resultado de un traslado permanente;
- 8) Los eventos calificadores como se define en la sección 603 de la Ley para la Seguridad de los ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 y sus modificaciones;
- 9) Un indígena, según se define en la Sección 4 de la Ley de mejoras de servicios de salud a los indígenas (Indian Health Care Improvement Act), se puede inscribir en un plan de seguro médico calificado o cambiarse de un plan de seguro médico calificado a otro una vez al mes;
- 10) Inscripción en cualquier cobertura de seguro de salud individual o colectivo en un año no calendario;
- 11) Pérdida de la cobertura relacionada con el embarazo o pérdida del acceso a los servicios de atención médica a través de la cobertura proporcionada al hijo no nacido de una mujer embarazada;
- 12) Pérdida de cobertura médicamente necesaria;
- 13) Una persona calificada o inscrito demuestra al Intercambio, conforme a las directrices que haya expedido el Departamento de Salud y Servicios Humanos, que cumple con otras circunstancias excepcionales según lo que el Intercambio pueda estipular;
- 14) Una persona calificada es aquella que, en el caso de matrimonio, al menos uno de los cónyuges debe demostrar tener una cobertura esencial mínima;
- 15) Una persona calificada o miembro es víctima de abuso doméstico o abandono del cónyuge; incluyendo una víctima dependiente o no casada dentro de un hogar, está inscrito en la cobertura esencial mínima y busca inscribirse en una cobertura distinta a la del perpetrador del abuso o abandono; o
- 16) Una persona calificada o miembro que solicita cobertura en el Intercambio durante el período de inscripción abierta anual o debido a un evento calificador, es evaluado por el Intercambio como potencialmente elegible para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños ("CHIP"), y la agencia estatal de Medicaid o CHIP determina que no es elegible para Medicaid o CHIP, ya sea después de que haya finalizado la inscripción abierta o después de transcurridos más de 60 días desde el evento calificador.

Pérdida de la Cobertura mínima esencial

significa, en el caso de un Miembro, que tiene cobertura que no sea la continuidad de la cobertura de COBRA, significa que las condiciones son satisfactorias al momento en el que la cobertura se da por terminada como resultado de la pérdida de elegibilidad (sin importar si la persona es elegible o elegible para la continuidad de la cobertura de COBRA). La pérdida de

elegibilidad no incluye una pérdida por falta de pago puntual de las primas o la cancelación de la cobertura por ciertas causas (como hacer una reclamación fraudulenta o presentar de manera intencional, información falsa de un hecho material en relación con el Plan). La pérdida de elegibilidad para la cobertura incluye, pero no se limita a:

- 1) La pérdida de elegibilidad, como resultado de la separación legal, divorcio, cese del estado de dependiente (por ejemplo, por llegar a la edad máxima para ser elegible como hijo dependiente para el plan), muerte de un empleado, despido, reducción en la cantidad de horas de empleo, así como cualquier pérdida de elegibilidad para la cobertura después de un período que se mide por referencia a cualquiera de estos sucesos;
- 2) Para el caso de cobertura ofrecida por medio de un HMO u otro arreglo, en el mercado individual que no brinda beneficios a personas que ya no residen en un área de servicio, pérdida de cobertura porque una persona ya no reside en el área de servicio (sea o no su elección);
- 3) Una situación en la cual la persona incurre en una reclamación que llegue o exceda el límite vitalicio de todos los beneficios; y
- 4) Una situación en la que un plan ya no ofrece ningún beneficio a la clase de personas con una situación similar a la de la persona.
- 5) En el caso de un empleado o dependiente que tenga cobertura que no sea la continuidad de la cobertura de COBRA, las condiciones son satisfactorias al momento que el empleador realizó las contribuciones para terminar la cobertura del empleado o sus dependientes. Las contribuciones del empleador incluyen las realizadas por cualquier empleador actual o anterior para la cobertura del empleado o sus dependientes.
- 6) En el caso de un empleado o dependiente que tiene cobertura que es la continuidad de la cobertura de COBRA, las condiciones son satisfactorias al momento en el que la continuidad de la cobertura de Cobra se agote. Una persona que satisface las condiciones para una inscripción espacial, no se inscribe, y en lugar de eso decide y agota la continuidad de la cobertura de COBRA, llena los requisitos.
Personas calificadas que se inscriban entre primero y décimo quinto día del mes tendrán como fecha de entrada en vigor de cobertura el primer día del siguiente mes. Personas calificadas que se inscriban entre el décimo sexto y el último día del mes tendrán como fecha de entrada en vigor de cobertura el primer día del segundo mes siguiente.

En el caso de nacimiento, adopción o colocación para adopción, la cobertura entra en vigencia en la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción, pero los Pagos anticipados del crédito fiscal federal para primas (APTC) (Advance Payments of the Federal Premium Tax Credit, APTC) y las Reducciones de costos compartidos federales, si corresponde, no entran en vigencia hasta el primer día del mes siguiente, a menos que el nacimiento, adopción o colocación para adopción ocurra el primer día del mes.

La fecha de entrada en vigor de la cobertura para dependientes inscritos como resultado de una orden médica calificada de manutención infantil es el primer mes siguiente al recibo de la orden o la fecha de entrada en vigor de la orden, que no sobrepase sesenta (60) días de cobertura retroactiva.

En caso de matrimonio, o si la persona calificada pierde la cobertura mínima esencial, la fecha de entrada en vigor es el primer día del siguiente mes.

El Intercambio puede brindarle a una persona calificada, una fecha de entrada en vigor de cobertura previa a lo especificado en los párrafos anteriores, siempre que:

- 1) No se ha determinado que la Persona calificada sea elegible para Pagos anticipados del crédito fiscal federal para primas o las Reducciones de costo compartido federal; o
- 2) La Persona calificada paga la Prima completa por el primer mes parcial de cobertura, así como todos los costos compartidos, renunciando así al beneficio de los Pagos anticipados del crédito fiscal federal para primas o las Reducciones de costo compartido federal hasta el primer día del mes siguiente.

Notificación de cambio de estado

Cualquier cambio en el estatus del Miembro después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura debe ser reportada a Servicio al Miembro. Los cambios también pueden ocasionar cambios en las primas. Los ejemplos incluyen:

- Cambio de dirección o en la información de contacto;
- Cambio en el estado de elegibilidad; o
- Cambio en el uso de tabaco.

En caso de un cambio en el estado civil, se debe emitir a esa persona una cobertura de acuerdo con los estatutos de Louisiana.

Cancelación de la Cobertura

La cobertura de un Miembro termina bajo este contrato en la más próxima de las siguientes fechas, cuando:

- 1) CHRISTUS Health Plan no haya recibido la prima cuando esta se venció, sujeto a un período de gracia provisto en este contrato.
- 2) El Miembro ya no viva en el área de servicio, después haber recibido un aviso por escrito con no menos de 60 días de anticipación, con la excepción de que CHRISTUS Health Plan no cancelará la cobertura otorgada a un niño sujeto de una orden de apoyo médico porque no viva en el área de servicio.
- 3) El plan o el tipo particular de cobertura individual se termine; pero solo si la cobertura se termina uniformemente sin considerar ningún factor relacionado con el estado médico de los inscritos y dependientes de inscritos que puedan ser elegibles para la cobertura. Podemos cancelar la cobertura después de 90 días de haber recibido un aviso por escrito, y se debe ofrecer a cada inscrito con base en una emisión de garantía, cualquier otra cobertura médica básica individual que tengamos en el área de servicio. En caso de cancelación por suspensión de toda la cobertura médica básica individual en el estado por parte de HMO, pero solo si la cobertura se suspende uniformemente sin considerar ningún factor relacionado con el estado médico de los inscritos y dependientes de inscritos que puedan ser elegibles para la cobertura, HMO puede

cancelar la cobertura después de 180 días del aviso por escrito al Comisionado y a los inscritos, en cuyo caso, HMO no puede reingresar en el mercado individual en Louisiana durante cinco años, empezando en la fecha de suspensión de la última cobertura no renovada.

- 4) El Miembro deja de ser una Persona calificada y elegible para cobertura a través del Intercambio.
- 5) El Miembro obtiene otra cobertura a través del Intercambio.
- 6) El Miembro se involucre en fraude o presente de manera intencional información falsa de un hecho en la solicitud de inscripción, después de no menos 30 días de haber recibido un aviso por escrito.
- 7) El Miembro se involucre en fraude en el uso de servicios o instalaciones, después de no menos 30 días de haber recibido un aviso por escrito.

La cobertura terminará el último día del mes cuyas primas fueron pagadas a las 11:59 p. m. El Miembro será el responsable de las reclamaciones pagadas después de la fecha de cancelación.

No pagaremos ningún servicio cubierto proporcionado a un Miembro o Dependiente después de la fecha de cancelación. A menos que exista un acuerdo por escrito, no se brindará ningún beneficio cubierto bajo esta póliza después de su fecha de cancelación, incluyendo si Usted o su Dependiente está aún en el hospital después de la fecha de cancelación de esta póliza.

Conversión de cobertura

Los dependientes elegibles para esta póliza tienen derecho de una conversión a una nueva póliza en caso de:

- 1) Muerte del Miembro o
- 2) Divorcio, anulación o disolución de matrimonio o separación legal del cónyuge con el Miembro.

El derecho de conversión no aplica si:

- La cobertura se termina debido a falta de pago en las primas;
- El dependiente es elegible para inscribirse en Medicare.

El dependiente debe informarnos su deseo de hacer la conversión de su cobertura. Le enviaremos un aviso de derechos de conversión. El dependiente debe pagar la prima que aplique, dentro de los treinta días después de recibir el aviso de derechos de conversión que le enviemos.

Un dependiente que se haga Miembro bajo el nuevo contrato debe continuar viviendo en el área de servicio. No es necesario que los dependientes del Miembro vivan en el área de servicio. El plan de conversión tendrá la misma forma de cobertura ofrecida por CHRISTUS Health Plan, que el Miembro original y sus dependientes tenían antes de la conversión. Las primas deben ser pagadas puntualmente. Si el dependiente desea inscribirse en un plan diferente de beneficios, el/ella debe hacer una nueva solicitud de cobertura.

CÓMO FUNCIONA SU PLAN

Esta sección explica cómo funciona su plan, cómo acceder a su Médico de atención primaria para recibir atención médica, y las regulaciones que debe seguir cuando reciba dicha atención.

El plan es un plan estilo "HMO", que significa que usted elige a un Médico de atención primaria (PCP) para encargarse de su atención. El plan también requiere que:

- Viva, resida o trabaje en el área de servicio a menos que sea un dependiente y llene todas las regulaciones de cobertura incluidas en este contrato.
- Debe recibir servicios de atención médica de los médicos participantes en nuestra red. Nuestra red cuenta con médicos y hospitales que contratamos para brindarle servicios médicos.

Si usted no utiliza a los médicos participantes en nuestra red, es posible que deba pagar por los servicios recibidos.

- Usted puede recibir Servicios cubiertos de un Médico no participante solo cuando un proveedor participante no esté disponible en el área de servicio. Para obtener una autorización para recibir estos servicios cubiertos, su PCP nos enviará una orden médica. Los Servicios de atención de emergencia están cubiertos, aunque no sean prestados por un proveedor participante.
- Debe pagar sus gastos compartidos al momento de recibir los servicios cubiertos. Nosotros le pagaremos al médico el saldo adeudado por los servicios cubiertos. Su *Programa de beneficios* tiene más información sobre los requisitos de los costos compartidos.
- Algunos servicios de atención médica requerirán Autorización previa para ser cubiertos por el plan. Por ejemplo, necesita tener una Autorización previa para Hospitalización y algunos tipos de atención ambulatoria.
- Su proveedor participante debe asegurarse de que se cuente con la autorización previa cuando se necesite. Para obtener más información, lea la sección **CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA**, incluida en este contrato
- Los servicios de atención de emergencia fuera del área de servicio están cubiertos, pero probablemente no sea igual para otro tipo de servicios.

Proveedores de atención primaria

Tener una buena relación con su Proveedor de atención primaria (PCP) puede ayudarle a usted y a su familia a obtener más de su Programa de beneficios. Como nuestro Miembro, usted puede

elegir a un PCP para usted y para cada dependiente cubierto. Puede consultar a nuestro Directorio de proveedores en línea ingresando a www.christushealthplan.org, o llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025. Podemos ayudarle a elegir a un PCP que sea parte de nuestra red de proveedores.

Si no elige a un PCP cuando se inscriba, elegiremos por usted a un PCP cerca de usted. No tiene que elegir a un PCP, podemos asignárselo automáticamente. Llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025 para cambiar a su PCP.

Los PCP pueden incluir a médicos de familia, medicina general, internistas, pediatras, obstetras y/o ginecólogos (OB/GYN). Cada Miembro elige el tipo de PCP que prefiere. Las mujeres pueden tener a un médico obstetra o a un ginecólogo como su médico de atención primaria, si así lo desean. Para las mujeres que no elijen tener a un médico obstetra o a un ginecólogo como su PCP, no se necesita una orden médica para recibir los servicios de un médico obstetra o ginecólogo que sea un proveedor participante Su PCP es el responsable de brindarle los servicios de atención médica primaria. Estos servicios incluyen: exámenes anuales, vacunación de rutina y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas que no sean consideradas una emergencia. Una mujer Miembro también puede elegir a un médico obstetra o ginecólogo adicional a su PCP.

Si usted es un Miembro nuevo y tiene un problema médico o está tomando medicamento, debe llamar al consultorio de su PCP. Es necesario que coordine una cita tan pronto como sea posible después de la fecha de entrada en vigor.

Tener un especialista como PCP

Algunos especialistas pueden actuar como PCP para miembros que tengan una afección médica grave, crónica, que cause discapacidad o que amenace su vida. Esto es permitido si el especialista brinda todos los servicios de atención médica básica y están contratados por CHRISTUS Health Plan para realizar actividades de un PCP. Para encontrar más proveedores que realizan ambas funciones, llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

Directorio de proveedores de CHRISTUS Health Plan

Nuestro directorio de proveedores es una lista de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores contratados por nosotros. El directorio de proveedores se actualiza regularmente.

Puede ver nuestro directorio de proveedores ingresando a www.christushealthplan.org. También puede llamar a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025 y preguntar sobre un proveedor participante.

Tarjeta de Identificación

Se le ha enviado una tarjeta de identificación del Plan. Si necesita más tarjetas, llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025. Siempre lleve consigo su Tarjeta de identificación del plan. La tarjeta de identificación del plan tiene una lista de algunos de beneficios a los que tienen derecho

los miembros y que posiblemente tengan montos por copago. Puede encontrar la información de costos compartidos en su *Programa de beneficios*.

Tiene derecho a gozar de los beneficios por servicios cubiertos si todas las primas, deducibles y copagos están pagados y usted es elegible para obtener los beneficios del Plan. Tener una tarjeta de identificación del Plan no es suficiente para darle el derecho de gozar de los beneficios. No permita que otras personas utilicen su tarjeta de identificación del Plan. Si lo hace, usted deberá pagar por los servicios que reciba la persona que no es Miembro. Además, se puede cancelar la Membresía de su plan, así como el de sus dependientes cubiertos. Llame inmediatamente a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025 si perdió o le robaron su tarjeta de identificación del Plan.

Uso no autorizado, fraudulento, indebido o abusivo de Tarjetas de Identificación

ADVERTENCIA: Es importante seguir los consejos de los profesionales médicos y recibir la mejor atención y tratamiento posibles. Esta sección no brinda ninguna orientación o consejo para el tratamiento médico y no puede interpretarse como servicios médicos prescritos. No utilice la información de esta sección para tomar decisiones sobre sus necesidades de atención médica.

Esta sección está diseñada para brindar información general para proteger el uso no autorizado de sus beneficios médicos y su tarjeta de identificación. La información puede ayudar a concienciar sobre las estrategias utilizadas por personas sin escrúpulos para aprovecharse de usted para obtener ganancias financieras. Además, en el caso de que otra persona que no sea usted use su tarjeta de identificación o beneficios de atención médica, se le pedirá que haga la denuncia por teléfono, fax o correo electrónico que aparece en el siguiente párrafo.

1. El uso de su tarjeta de identificación o información médica personal por cualquier otra persona, ya sea que la conozca o no, puede considerarse fraude y debe informarse de inmediato a la línea directa de fraude de CHRISTUS 855-771-8072, fax seguro contra fraudes 210-766-8849 o correo electrónico dedicado CHRISTUSHealthPlanSIU@CHRISTUSHealth.org.
2. Informe cualquier evento de lo siguiente:
 - a. Un proveedor de atención médica factura por tratamientos, servicios o equipos médicos que no recibió, o en una fecha diferente a la fecha del tratamiento.
 - b. Un proveedor de atención médica u otra persona le ofrece dinero en efectivo, una tarjeta de regalo u otros beneficios a cambio de que visite a un proveedor específico de atención médica.
 - c. Si le hacen una solicitud ofreciéndole un tratamiento gratuito en una casa de residentes sobrios como paciente internado, ya sea en el estado o fuera de la ciudad.
 - d. Un proveedor de atención médica factura una cantidad excesiva por el tratamiento que recibió, incluso si pagó su deducible normal.
 - e. Un proveedor de atención médica realiza tratamientos o servicios que son médicamente innecesarios y no están relacionados con alguna afección por la que buscó tratamiento.
 - f. Un proveedor de atención médica le pide que reclute familiares o amigos para cualquier tratamiento o servicio.

- g. Continúa recibiendo de forma continua equipo médico que ya no necesita ni usa. (NO interrumpa ningún tratamiento que le hayan recetado sin consultar a un profesional médico).
 - h. El tiempo de su tratamiento es significativamente mayor al tiempo prescrito o parece no tener una fecha de finalización, o no se le ha presentado ningún plan de atención.
 - i. Debe ir a demasiadas consultas para recibir su tratamiento sin ningún motivo médico.
3. El uso intencional, fraudulento, inapropiado, abusivo y sin autorización de las tarjetas de identificación emitidas a miembros, incluye, pero no se limita a cualquiera de las siguientes acciones:
- a. Usar la tarjeta de identificación antes de la fecha de entrada en vigor de pago;
 - b. Usar la tarjeta de identificación después de la cancelación de la cobertura de su plan;
 - c. Obtener medicamentos recetados u otros beneficios para personas que no están cubiertas por el Plan;
 - d. Obtener medicamentos recetados u otros beneficios que no están cubiertas por el plan;
 - e. Obtener medicamentos recetados para revender o para que sean utilizados por otra persona que no sea para quien se recetaron, aunque dicha persona esté cubierta por el plan;
 - f. Obtener medicamento sin la receta o con una receta falsificada o alterada;
 - g. Obtener cantidades de medicamentos recetados que excedan las medicamente necesarias o estándares prudentes de uso o evadiendo las limitaciones de calidad del Plan;
 - h. Obtener medicamentos recetados utilizando una receta para el mismo medicamento con varios proveedores o
 - i. Obtener medicamento de varias farmacias con la misma receta
4. El uso intencional, fraudulento, inapropiado, abusivo y sin autorización de las tarjetas de identificación por parte de cualquier Miembro, puede resultar en, pero no está limitado a:
- a. Negación de los beneficios
 - b. Cancelación de cobertura
 - c. Limitación del uso de la tarjeta de identificación a un médico designado, otro proveedor o farmacia dentro de la red
 - d. Que usted reintegre cualquier pago de beneficios que se le haya realizado
 - e. Solicitud de autorización previa para la compra de medicamentos o servicios médicos, o aviso a las autoridades competentes por la violación potencial a la ley o a la ética profesional.

SUS OBLIGACIONES DE COSTOS COMPARTIDOS

Los costos compartidos son la parte del costo que usted paga por los beneficios cubiertos bajo el Plan. Los pagos de costos compartidos bajo su plan incluyen los montos del deducible anual, coseguro y copago para cada tipo de servicio detallado en su *Programa de beneficios*.

Deducible anual

Ciertos servicios están sujetos a un Deducible anual. Este es el monto que un Miembro debe pagar cada año calendario por los Servicios cubiertos antes de que se paguen algunos servicios cubiertos bajo este Contrato. También se le llama el deducible. Por favor vea su *Plan de beneficios*.

No todos los servicios son sujetos al deducible, como la mayoría de los servicios preventivos. Los copagos de su plan no aplican a su Deducible. Por favor, vea en su *Programa de beneficios* los Deducibles de su Plan y la información sobre qué servicios no son sujetos de Deducible.

Los copagos y multas no se consideran al determinar si ha llegado o no a su Deducible.

Deducible por persona

Usted tiene un deducible individual. Una vez que ha alcanzado su deducible individual, el Plan pagará los beneficios de sus Servicios cubiertos. Vea en su *Programa de beneficios* el monto de su Deducible.

Deducible familiar

Si está inscrito en una cobertura familiar, o cobertura de dos (2) o más personas, su plan tiene un Deducible familiar. Algunos servicios cubiertos no serán elegibles para el pago del Plan hasta que se alcance ya sea el Deducible individual o el Deducible familiar. Los montos que pagan los Miembros de su familia para alcanzar el Deducible individual, también aplicarán al Deducible familiar. Por ejemplo, si el Deducible individual del Miembro individual es de \$500, entonces se pueden aplicar hasta \$500 por Miembro al deducible familiar. Una vez se ha alcanzado el Deducible familiar, no aplicarán los deducibles individuales y nosotros pagaremos por los Servicios cubiertos.

Cambios al deducible

Los cambios al deducible solo se pueden hacer en el momento de la renovación.

Máximo anual de desembolso directo

Su plan incluye un máximo anual de desembolso directo para protegerlo a usted y a sus dependientes de gastos más elevados en el caso de un evento catastrófico. El máximo anual de

desembolso directo es lo máximo que usted pagará por los costos compartidos en un año calendario por ciertos beneficios cubiertos. Vea en su *Programa de beneficios* el monto máximo de desembolso directo.

Solo se aplican al máximo anual de desembolso directo, los deducibles, coseguro, y copagos pagados de su bolsillo por beneficios cubiertos. Una vez que se alcanza este monto, los Beneficios cubiertos se pagan al 100% por el resto del año calendario.

Una vez a alcanzado su deducible, los copagos que paga por servicios cubiertos continuarán aplicando a su máximo de desembolso directo. Los montos o servicios que no aplican a su máximo desembolso directo son:

- Multas;
- Pagos de primas y
- Montos pagados por servicios sin cobertura.

Máximo de desembolso directo individual del año calendario

Si usted tiene una cobertura individual, debe alcanzar un máximo de desembolso directo individual por persona. Una vez que haya alcanzado este monto, los Beneficios cubiertos se pagan al 100% por el resto del año calendario.

Máximo de desembolso directo familiar del año calendario

Los Miembros que tienen cobertura familiar, tienen un máximo de desembolso directo familiar. Para cada Miembro, aplica un Máximo de desembolso individual hasta que se alcance el Máximo de desembolso familiar. Cualquier combinación de los Miembros de la familia, puede contribuir para alcanzar el Máximo de desembolso directo familiar. Una vez usted haya alcanzado el máximo de desembolso directo familiar, los Beneficios cubiertos se pagan al 100% por el resto del año calendario. Por ejemplo, si el máximo de desembolso directo del Miembro es de \$2,000, entonces se puede aplicar hasta \$2,000 por Miembro al máximo de desembolso directo familiar. Cualquier saldo del máximo de desembolso directo familiar debe ser cubierto por otro Miembro de la familia.

Si tiene preguntas, o desea reportar que ha alcanzado su máximo de desembolso directo, por favor llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

Coseguro

El coseguro corresponde al porcentaje de los costos de un servicio cubierto, como se muestra en su *Programa de beneficios*. Usted paga un porcentaje (por ejemplo, 20%) después de haber alcanzado su deducible.

Copagos

El copago es el monto detallado en su *Programa de beneficios*, que debe ser pagado directamente al proveedor cada vez que reciba determinados servicios cubiertos.

Los copagos pueden ser cargados por cada servicio que su proveedor realizó, aún si tiene más citas el mismo día. Los copagos no aplican al deducible.

Si no está seguro de cuáles son los beneficios cubiertos por su plan o los costos compartidos, llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

CÓMO ENCONTRAR ATENCIÓN MÉDICA

El plan tiene una red de médicos, instalaciones de atención médica, laboratorios y farmacias. Esta sección del Contrato explica cómo y en dónde puede obtener atención. Para conocer la información específica, vea el *Programa de beneficios* adjunto a este contrato.

Cuando necesite atención médica:

- Llame a su Proveedor de atención primaria (PCP, en inglés).
- Identifíquese como Miembro. Es posible que su PCP le solicite información de su tarjeta de identificación de Miembro, así que téngala lista.
- Cuando vaya a consulta médica, muestre su tarjeta de identificación de Miembro.
- Si es necesario, obtenga una Autorización previa de su PCP para recibir ciertos beneficios cubiertos. Puede obtener más información sobre este tema en la sección CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA de este Contrato.
- Si tiene alguna pregunta o desea presentar una queja, llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

Atención de emergencia

Si tiene una emergencia, debe llamar al 911, o buscar tratamiento en el centro de emergencias más cercano, sea o no un proveedor participante. Una emergencia es un problema médico que usted razonablemente considera que, si no se trata, puede causarle la muerte o un daño permanente.

Si puede, infórmele al personal de la sala de emergencias que usted es un Miembro y entrégueles su tarjeta de identificación de Miembro.

Puede necesitar recibir servicios de atención de emergencia para tratar una lesión accidental o el inicio repentino de una afección médica que causa síntomas graves como un dolor nuevo y severo. Una persona razonable esperaría que la falta de atención médica inmediata resulte en un peligro para la salud de un Miembro, el deterioro de las funciones corporales, la disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo, la desfiguración de una persona o, en el caso de una mujer embarazada, un peligro grave para la salud del feto.

Los servicios de atención de emergencia también pueden ser necesarios para tratar afecciones que pueden volverse más graves o que pongan en riesgo la vida si no se tratan oportunamente, como una hemorragia grave, dolor abdominal intenso, dolor de pecho, una lesión ocular severa, o la repentina incapacidad de respirar.

Si busca atención de emergencia para tratar una enfermedad o lesión que usted considera que requiere atención médica inmediata, los servicios serán cubiertos por su plan. No necesita tener Autorización previa para utilizar los servicios de atención de emergencia. Sin embargo, si a causa de la emergencia es admitido en el Hospital, será necesario solicitar una notificación y una autorización para dicha admisión.

Nosotros pagaremos al proveedor la tarifa que acordemos con el mismo. Si usted recibe una factura de servicios de un proveedor no participante, por favor contáctenos.

Servicios de atención de emergencia con un proveedor o en un centro no participante.

En caso de una emergencia, usted debe acudir con el proveedor o centro más cercano disponible. Usted no necesita una Autorización previa para recibir servicios de atención de emergencia de proveedores participantes y no participantes.

Pagaremos los servicios de atención de emergencia que reciba de proveedores no participantes, hasta el monto máximo pagadero según se describe abajo en la sección «Gastos de proveedores no participantes» Sin embargo, se le puede transferir con un proveedor participante para continuar con su atención si se considera médicamente sensato hacerlo. Usted pagará los mismos costos compartidos que paga con un proveedor participante. Si usted recibe una factura de servicios de un proveedor no participante, por favor contáctenos.

Asegúrese de contactarnos y nosotros determinaremos en una consulta con su médico si se necesitan hacer arreglos para transferirlo. Si usted recibe atención de seguimiento que no es de emergencia, de proveedor fuera de la red, después de que le han dado de alta, usted será responsable de los gastos por esos servicios.

Los servicios de atención médica que no sean de emergencia, como atención de seguimiento por una emergencia anterior, requieren una Autorización previa del plan. Si usted no recibe una Autorización previa para servicios de atención médica que no sea de emergencia, que la requieren, no pagaremos por los servicios que reciba.

Todas las admisiones para pacientes hospitalizados requieren Autorización previa de nosotros, excepto como se indicó, para atención de maternidad. Si usted es admitido en un centro no participante o fuera de la red, debe contactar al plan para recibir una Autorización previa. Un Miembro autorizado de la familia o el encargado debe contactarnos si usted no puede hacerlo. Se necesita una Autorización previa para que los Servicios cubiertos se paguen en el nivel más alto de beneficios. Un médico aparte de su PCP se encargará de su atención o de su supervisión hasta que reciba la Autorización previa y la admisión.

Atención de urgencia

Atención de urgencia incluye servicios médicamente necesarios recibidos para tratar una enfermedad o enfermedad urgente que no sea mortal pero que requiera atención médica inmediata. La atención que es necesaria después del horario de atención del médico de atención primaria, también es considerada como atención de urgencia.

Exhortamos a los Miembros a contactar a su médico de atención primaria para una cita antes de buscar atención de otro proveedor. Si el Médico de atención primaria no está disponible, la afección persiste, llame a la línea de asesoramiento de enfermería al 1-844-581-3175. La Línea

de asesoramiento de enfermería está disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Un enfermero registrado puede ayudarle a decidir el tipo de atención más apropiada para sus necesidades médicas específicas.

Unos pocos ejemplos de enfermedades o lesiones urgentes son:

- Un esguince o una posible fractura ósea
- Una cortada que necesite sutura
- Fiebre que se eleva
- Diarrea o vómitos graves o persistentes
- Dolor de oídos, y
- Síntomas de resfriado

La Atención de urgencia no se limita a estas situaciones. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de Atención de urgencia, llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

Contacte a su PCP para programar una cita antes de buscar a otro proveedor. Si su PCP no está disponible y la afección persiste, llame a la línea gratuita de enfermería al:

1-844-581-3175

La Línea de enfermería está disponible las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana. Un enfermero registrado puede ayudarle a decidir el tipo de atención más apropiada para sus necesidades médicas específicas.

Visitas al consultorio

Los médicos y otros proveedores que usted ve en un consultorio le brindarán tanto servicios de atención primaria como de especialidad. Estos servicios cubiertos incluyen: exámenes anuales, vacunación de rutina y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas que no sean consideradas una emergencia. Para atención preventiva, de rutina o de especialidad, llame para programar una cita con su médico u otro proveedor. Si es necesario, su proveedor gestionará una Autorización previa.

Si usted necesita una cita el mismo día o tiene una enfermedad urgente, llame al consultorio de su médico para programar una cita. Si su proveedor no está disponible para atenderlo, se le puede ofrecer programar una cita con otro médico, un enfermero profesional certificado o un asistente médico en su grupo. Después de los horarios, su médico puede ofrecerle servicio de respuesta.

Cuando llegue a su cita, muestre su tarjeta de identificación del plan en la recepción. Es posible que le soliciten realizar un copago antes de recibir los servicios. Si no puede ir a una consulta, cancele lo antes posible, debido a que pueden aplicar cargos por consulta perdida y el plan no cubre esos cargos.

Los servicios de Telemedicina y Telesalud están cubiertos en este contrato al mismo nivel y copagos que otras visitas a consultorios.

Servicio de ambulancia

Si necesita una ambulancia, llame al 911 o al servicio local de ambulancias. Este servicio está cubierto si es médicamente necesario debido a una emergencia. El director médico del plan determina esto revisando los registros médicos y de la ambulancia.

El traslado en ambulancia que no sea de emergencia requiere una Autorización previa del plan. usted será el responsable por el pago de los servicios de ambulancia que no sean médicamente necesarios y no estén autorizados por el plan.

Continuidad de la atención

Si está bajo un tratamiento de un proveedor no participante o de un proveedor participante cuyo contrato finaliza durante un tratamiento en curso y activo, usted podría ser elegible para continuar recibiendo sus servicios según se consideró cuando su proveedor era aún un proveedor participante. A esto se le llama Continuidad de la atención.

Si un proveedor/Profesional participante cancela su relación con el plan, continuaremos reembolsando al proveedor/profesional por brindar el tratamiento médicamente necesario a un Miembro en una "circunstancia especial". Una "circunstancia especial" significa una afección en la que el proveedor o profesional tratante, razonablemente considera que descontinuar la atención del proveedor o profesional puede causarle daño al Miembro (incluyendo, pero sin limitarse a: discapacidad, una afección aguda, una enfermedad que ponga en riesgo la vida o un embarazo de alto riesgo después de las 24 semanas).

El plan continuará cubriendo los servicios cubiertos hasta: (a) el tercer mes después de la fecha de entrada en vigor de la cancelación en la red de proveedores; (b) si el Miembro ha sido diagnosticado con una enfermedad terminal al momento de la cancelación, la expiración del período de nueve meses después de la fecha de entrada en vigor de la cancelación; (c) si al Miembro femenino se le ha diagnosticado un embarazo de alto riesgo o (d) si el Miembro femenino tiene más de 24 semanas de embarazo al momento de la cancelación, hasta el nacimiento del niño, atención inmediata posparto y el chequeo de seguimiento de seis semanas.

No se requiere que se cubra la Continuidad de la atención cuando:

1. El motivo de la terminación se debe a la suspensión, revocación o restricción aplicable de la licencia del proveedor de atención médica para ejercer en el estado por parte de la Junta Estatal de Examinadores Médicos de Louisiana, o por otra razón documentada relacionada con la calidad de la atención;
2. El Miembro elige cambiar de Proveedores;
3. El Miembro se muda fuera del área geográfica de servicio del Proveedor o Plan o
4. El miembro únicamente necesita un control de rutina para una afección crónica, pero no se encuentra en una fase aguda de la afección.

Para miembros nuevos

Si está bajo un tratamiento con un proveedor que no pertenece a la red de CHRISTUS Health Plan, es posible que reciba los servicios de ese proveedor y que estos se paguen al nivel de beneficio de un proveedor participante. Los miembros con ciertas afecciones pueden solicitar que les brindemos la Continuidad de la atención dentro de treinta (30) días de la fecha de inscripción.

Para miembros existentes

Si el contrato de su proveedor con CHRISTUS Health Plan finaliza durante el curso de su tratamiento, usted puede ser elegible para continuar viendo a ese proveedor. Los miembros existentes con ciertas afecciones médicas pueden ser elegibles para la Continuidad de la atención. Este período de transición permitirá que un Miembro tenga la continuidad del acceso a un proveedor. No necesita solicitar la continuidad de la atención debido a que la misma se coordina en el plan.

Acceso a proveedores no participantes

Si un servicio cubierto es médicamente necesario y no es posible recibirlo de un proveedor participante, lo referiremos a un proveedor no participante en un período no mayor a cinco días después de recibir su solicitud y documentos, o antes dependiendo de su afección. Coordinaremos una orden médica. **Usted debe tener nuestra autorización antes de recibir los servicios, o usted será el responsable del pago.**

Nosotros pagaremos al proveedor la tarifa usual y cotidiana o la que acordemos con el mismo. Usted pagará los mismos costos compartidos que paga con un proveedor participante. Si usted recibe una factura de servicios de un proveedor no participante, por favor contáctenos.

Antes de rechazar una solicitud de orden médica para ir con un proveedor no participante, nos aseguraremos de que la solicitud sea revisada por un especialista que esté familiarizado con su afección médica y que tenga la misma especialidad o similar a la del el médico o proveedor en su solicitud de orden médica.

Costos de los proveedores no participantes

El cargo permitido es la cantidad que hemos determinado que sea el máximo que pagar por servicios cubiertos. El monto que pagar por los servicios cubiertos brindados por proveedores no participantes será ya sea la tarifa acordada por nosotros y el proveedor no participante, o con base en nuestra lista de tarifas fuera de la red. La lista de tarifas fuera de la red es la tarifa usual y habitual basada en la cantidad proporcional de CHRISTUS negociada para los servicios dentro de la red, y que es consistente con lo que se reconoce a nivel nacional y que es generalmente aceptado por la mayoría y la lógica. Nuestra lista de tarifas fuera de la red se basa en los estándares y las prácticas de la industria generalmente aceptados para determinar los cargos facturados habitualmente por un servicio, y que con justicia y exactitud reflejan las tarifas del mercado, incluyendo las diferencias geográficas en los costos, y que es consistente con lo que se reconoce a nivel nacional y que es generalmente aceptado por la mayoría y la lógica.

Estos proveedores no participantes no pueden enviarte facturas con saldos no pagadas por nosotros. Si usted recibe una factura de servicios de un proveedor no participante, por favor contáctenos.

Proveedores independientes

Un proveedor independiente puede no ser un proveedor participante. Estos proveedores no participantes no pueden enviarte facturas con saldos no pagadas por nosotros. Si usted recibe una factura de servicios de un proveedor no participante o un proveedor participante independiente, por favor contáctenos.

CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA

En su plan, algunos servicios de atención médica son beneficios no cubiertos a menos que usted tenga una Autorización previa. Esta sección explica el proceso de Autorización previa y los servicios que requieren de una. **Esta no es una lista completa.** Usted puede obtener más información ingresando a nuestro sitio web en www.christushealthplan.org o llamando a Servicio al Miembro al 1-844- 282- 3025.

¿Qué es una Autorización previa?

Una Autorización previa es un proceso de revisión en donde verificamos su caso para determinar si el servicio es médicamente necesario y si es un beneficio cubierto antes de que usted reciba el servicio.

Nuestro director médico u otro profesional clínico revisará el servicio de atención médica, su información médica, el lugar del tratamiento y otra información para decidir si es posible autorizar la atención propuesta.

Sin una Autorización previa, es posible que la atención médica propuesta no reciba cobertura.

Si tiene preguntas sobre el proceso de Autorización previa o los servicios que requieren de esta autorización, por favor contacte a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

¿Cómo obtener una Autorización previa?

Cuando un proveedor participante recomienda atención que necesita una Autorización previa, es decisión del proveedor contactarnos para emitir dicha autorización. Su proveedor debe notificarnos y solicitar la Autorización previa antes de que reciba estos servicios. Es posible que necesite discutir con su proveedor los detalles del tratamiento solicitado o el servicio.

Si necesita obtener servicios cubiertos de un proveedor no participante, es su responsabilidad obtener las autorizaciones necesarias para recibir dichos servicios. Si usted no obtiene una Autorización previa cuando se requiere, no cubriremos su atención.

Después de que se ha solicitado una Autorización previa y se han enviado todos los documentos necesarios, le notificaremos a usted y a su proveedor si la solicitud ha sido autorizada. También le informaremos a usted y a su proveedor si durante el curso del tratamiento será necesario revisar de forma continua los servicios del Miembro.

Para asegurarse de que hemos procesado su Autorización previa, llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025. Sírvase llamar, al menos, catorce (14) días antes de ir a recibir sus servicios. Si nosotros no emitimos la Autorización previa, la reclamación será denegada.

¿Cómo funciona el proceso?

Cuando recibimos una solicitud de Autorización previa, nuestro personal clínico revisa la solicitud utilizando lineamientos reconocidos a nivel nacional. Estos lineamientos son consistentes con los principios clínicos aceptados y han sido desarrollados por los proveedores de atención médica del plan. Si no existen los lineamientos para determinado servicio o tratamiento, se utilizan herramientas de recursos basados en revisiones de homólogos y evidencia médica científica.

Una Autorización previa especificará la duración de su validez. Una Autorización previa también puede ser solo para determinado número de tratamientos o servicios.

¿Qué servicios requieren de Autorización previa?

Estos servicios necesitan Autorización previa y están sujetos a regulaciones de cobertura en este Contrato.

Esta no es una lista completa

- Todos los servicios de atención para pacientes hospitalizados con condiciones agudas, incluyendo servicios de post estabilización, excepto como se indicó, para atención de maternidad;
- Todos los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados;
- Todas las admisiones en centros de atención de condiciones agudas;
- Todos los servicios de atención de largo plazo para pacientes hospitalizados con condiciones agudas;
- Servicios de ensayos clínicos;
- Cirugía cosmética o reconstructiva;
- Equipo médico duradero;
- Pruebas genéticas, asesoría y tratamiento por errores de genéticos congénitos de trastornos metabólicos;
- Atención médica a domicilio;
- Atención médica para pacientes terminales, ambulatorios y hospitalizados;
- Servicios dentales requeridos por razones médicas (esto excluye los servicios dentales pediátricos de rutina y preventivos cubiertos);
- Resonancia magnética, tomografía computarizada y otros procedimientos imagenológicos;
- Traslado en ambulancia que no sea de emergencia;
- Servicios de trasplante de órganos;
- Terapia física ambulatoria;
- Terapia ocupacional ambulatoria;
- Manejo del dolor;
- Aparatos ortopédicos y prótesis;
- Otros servicios recibidos durante una visita al consultorio;
- Atención en un centro de enfermería especializada y
- Procedimientos quirúrgicos.

Esta lista puede no incluir todos los servicios que requieren Autorización previa. Si necesita ayuda para determinar si un servicio requiere de Autorización previa, llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

Autorización previa para Medicamentos recetados e infusiones intravenosas.

Se necesita tener una Autorización previa para ciertos medicamentos recetados e infusiones intravenosas. Se puede solicitar una Autorización previa al Centro de excepciones de farmacia para medicamentos restringidos, otras recetas o infusiones intravenosas que no están en la *Lista de medicamentos (Formulary, en inglés)* pero que el proveedor ha determinado que son medicamento necesarios y apropiados. Esta solicitud puede realizarse vía fax, por teléfono o correo electrónico, con la documentación apropiada que respalde la necesidad médica.

Si usted no obtiene esta autorización, es posible que su medicamento o infusión intravenosa no sea cubierta por el plan. Comuníquese con Servicio al Miembro al 1-844-282-3025 para obtener más información.

Decisiones relacionadas con autorizaciones previas para medicamentos recetados e infusiones intravenosas

Su caso será enviado a nuestro director médico si nuestro personal clínico no aprueba su Autorización previa por razones clínicas o porque se han excluido medicamentos de la *Lista de medicamentos*. El director médico revisará su caso y verificará la información que nos envió su proveedor. Nuestro director médico hablará con su proveedor para obtener más información.

Usted y su proveedor serán informados por escrito o por medios electrónicos si la Autorización previa es aprobada.

Dependiendo de los servicios solicitados, usted y su proveedor serán informados por teléfono u otros medios, si la Autorización previa no puede ser aprobada con base en la información que recibimos, o si su plan no cubre el servicio.

Apelación para Medicamentos recetados e infusiones intravenosas

Servicios de atención estándar/no de emergencia

Evaluaremos las solicitudes de apelación que no sean de emergencia y le notificaremos a usted y a su proveedor nuestra decisión en un lapso de 72 horas después de recibir una apelación para **medicamentos recetados e infusiones intravenosas**.

Revisión acelerada de servicios en curso

Evaluaremos las solicitudes de apelaciones aceleradas, con base en las circunstancias exigentes. Las circunstancias exigentes se presentan cuando usted está padeciendo un

problema médico que podría poner en riesgo su vida, su salud o su capacidad para recobrar la función máxima, o cuando se encuentra en tratamiento con el medicamento excluido. Realizaremos una decisión acelerada de la apelación y le notificaremos a usted y a su proveedor de la decisión en un plazo no mayor a 24 horas después de recibir la solicitud para **medicamentos recetados e infusiones intravenosas**, y le enviaremos una carta en un plazo de 48 horas después de que el plan proporcione la notificación telefónica o electrónica inicial.

Le notificaremos a usted y a su proveedor de la decisión expedita dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud verbal o por escrito.

AVISO: la atención de emergencia y la atención de urgencia dentro de la red no requieren Autorización previa.

Revisión externa

Usted, una persona que actúe en su nombre o su proveedor tiene la facultad de solicitar una revisión externa inmediata de nuestra decisión respecto a la apelación. Usted no tiene que pasar por nuestro proceso de apelación antes de solicitar una revisión externa si los plazos del proceso de apelación no se cumplen o si usted padece una afección médica que puede poner en grave riesgo su vida, su salud o su capacidad para recobrar la función máxima o cuando recibe un tratamiento con un medicamento que no figura en la lista. Nuestro aviso de determinación de la apelación incluirá instrucciones completas para presentar una solicitud de revisión externa. La revisión externa acelerada puede iniciarse al mismo tiempo que las apelaciones internas aceleradas.

Emitiremos una decisión de atención de urgencia a más tardar 24 horas después de recibir la solicitud de revisión externa y en un plazo no superior a los 72 días para la solicitud estándar. La revisión externa no tiene ningún costo para usted.

UNA AUTORIZACIÓN PREVIA NO GARANTIZA QUE SE LE PAGARÁN LOS BENEFICIOS.

- Usted debe ser elegible para cobertura y debe estar cubierto por este Contrato en la fecha en que reciba los servicios.
- Todos los términos de este Contrato determinan si un servicio es un beneficio cubierto o no.
- Un Miembro no debe confiar en la información verbal de un representante del Plan de CHRISTUS Health que entre en conflicto con los términos escritos de este Contrato.
- Cualquier instancia en donde una comunicación verbal de un representante de CHRISTUS Health Plan difiera con los términos de este Contrato, los términos de este Contrato prevalecerán.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Su Plan brinda cobertura para muchos servicios de atención médica. Esta sección le brinda detalles sobre sus beneficios cubiertos y otros requisitos, limitaciones y exclusiones. Usted debe pagar su deducible, coseguro y copago.

AVISO: SU PARTE DEL PAGO POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PUEDE BASARSE EN EL ACUERDO ENTRE SU PLAN DE SALUD Y SU PROVEEDOR. BAJO DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS, ESTE ACUERDO PUEDE PERMITIRLE A SU PROVEEDOR FACTURARLE MONTOS QUE SUPEREN LOS CARGOS FACTURADOS HABITUALMENTE POR EL PROVEEDOR.

Servicios cubiertos específicamente

Su Plan le ayuda a pagar por gastos de atención médica que son médicamente necesarios y que este Contrato cubre específicamente. Servicios cubiertos específicamente incluye solo los servicios de atención médica que están listados y descritos expresamente en las secciones de beneficios de este Contrato. Los beneficios y servicios cubiertos específicamente están sujetos a limitaciones, exclusiones, autorizaciones previas y otras disposiciones de este Contrato. La sección de Exclusiones lista los servicios que no son beneficios cubiertos bajo este plan. Todos los otros beneficios y servicios no listados como cubiertos en esta sección deben considerarse excluidos, excepto los servicios de atención preventiva clínica.

Decidimos que ya sea un servicio o suministro de atención médica, es un beneficio cubierto específicamente. Cuando los proveedores recetan, solicitan, recomiendan o aprueban un servicio o suministro de atención médica no garantiza que sea un beneficio cubierto, aun cuando no aparezca como una Exclusión.

Necesidad médica

Los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios, excepto los de atención preventiva clínica. Necesidad médica o médicamente necesario significa el servicio de atención médica brindado por un proveedor, en una consulta con nosotros; que sea apropiado o necesario, de acuerdo con los estándares y las prácticas de la industria generalmente aceptados y las buenas prácticas de atención médica o las regulaciones para profesionales desarrollados por el gobierno federal, nacional o sociedad profesional médica, consejos y asociaciones u otros protocolos clínicos aplicables o regulaciones profesionales. Nos sujetamos a tales regulaciones federales, nacionales y profesionales, para el diagnóstico o atención y tratamiento directo de afecciones médicas, enfermedades, lesiones o padecimientos físicos, conductuales o mentales.

Los medicamentos, tratamientos, procedimientos o dispositivos experimentales o de investigación no están cubiertos, excepto sus beneficios en un ensayo clínico en el que participe.

Usted obtiene una Autorización previa para que algunos servicios se vuelvan servicios cubiertos. El Plan no pagará por cualquiera de estos servicios si no existe una Autorización previa. Por favor, lea la sección de Autorizaciones previas de este Contrato o llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025 para obtener más información sobre la Autorización previa.

Lea su *Programa de beneficios* o llame a Servicio al Miembro para obtener más información.

Beneficios específicos cubiertos:

Lesión accidental (trauma), Atención de urgencia, servicios de emergencia y servicios de observación

Atención de urgencia

La atención de urgencia incluye procedimientos médicos o quirúrgicos medicamente necesarios, tratamientos o servicios de atención médica que usted recibe en un centro de Atención de urgencia o en el consultorio de un proveedor debido a una afección repentina por enfermedad o lesión. Las afecciones urgentes que requieren atención médica inmediata para prevenir el deterioro grave de su salud pero que no ponen en riesgo su vida.

Contacte a su médico de atención primaria PCP para programar una cita antes de buscar a otro proveedor. Se necesita tener una Autorización previa para solicitar la siguiente atención de un proveedor no participante. Si usted piensa que su afección pone en riesgo su vida, debe acudir a los servicios de emergencia.

Servicios de atención de emergencia

Brindamos cobertura para atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si es necesario. Usted debe buscar tratamiento médico de un proveedor participante, cuando esto sea posible. Si usted no puede razonablemente tener acceso a un proveedor participante, haremos arreglos para pagar la atención del proveedor no participante según los cargos admisibles por:

- Cualquier examen de detección o evaluación requerida por el estado o la ley federal en el centro de emergencia de un hospital, necesario para decidir si existe una afección médica de emergencia;
- Los servicios de atención de emergencia necesaria incluyen el tratamiento y estabilización en caso de una afección médica de emergencia y
- Servicios que se originen en un centro hospitalario de emergencias, en un centro de atención de emergencias médicas independiente o similar siguiendo el tratamiento o estabilización de una afección médica de emergencia según lo hayamos autorizado.

La cobertura por servicios de trauma y todos los otros servicios de atención de emergencia continuarán al menos hasta que usted esté medicamente estable, no requiera de atención crítica, y pueda ser transferido con seguridad a un centro de un proveedor participante, con base en juicio del médico que lo atiende en reunión con nosotros y de acuerdo con la ley federal.

Le daremos un reembolso cuando usted, actuando de buena fe, reciba servicios de atención de emergencia por lo que aparente ser una afección aguda que requiere atención médica inmediata, aun cuando se determine posteriormente que su afección no era una emergencia.

No necesita una Autorización previa para recibir los servicios de emergencia. Si usted es admitido como paciente hospitalizado, usted o el profesional que lo atiende debe notificarnos tan pronto como sea posible para verificar su estadía en el hospital. Autorizaremos o denegaremos la cobertura después de la atención de estabilización según sea solicitado por el profesional que lo atendió en el tiempo oportuno, dependiendo de los servicios que se solicitaron y su condición, pero no más tarde de una hora después de recibir la solicitud.

No rechazaremos una reclamación de servicios de atención de emergencia cuando su PCP o uno de nuestros representantes lo envía a una sala de emergencias. Si sus servicios de emergencia resultan en hospitalización, directamente desde la sala de emergencias, usted será responsable de pagar los costos compartidos de hospitalización en lugar del copago por la visita a la sala de emergencias. En el *Programa de beneficios* encontrará información sobre sus costos compartidos.

Para servicios de atención de emergencia recibidos de un proveedor no participante y/o fuera de Louisiana, usted puede solicitar servicios de atención de emergencia del centro más cercano en donde se los puedan brindar. Atención de seguimiento que no es de emergencia que se reciba fuera de Louisiana, por su conveniencia o según su preferencia, no es un beneficio cubierto.

La atención de seguimiento de un proveedor no participante necesita Autorización previa. Usted debe pagar los cargos que nosotros no autorizamos.

Ya sea que usted necesita hospitalización o no, usted debe informar a su PCP o a su médico dentro de 48 horas, o tan pronto como sea razonablemente posible, de cualquier tratamiento médico de emergencia, para que se le recomiende la continuidad de cualquier servicio médico necesario.

Servicios de Observación

Los servicios de observación son servicios ambulatorios suministrados por un hospital y un proveedor bajo las premisas del hospital. Estos servicios pueden incluir el uso de una cama y monitoreo del personal de enfermería del hospital, que son razonables y necesarios para evaluar su afección, que determinan la necesidad de una posible admisión en el hospital o cuando se espera una mejoría rápida de su afección.

Cuando un hospital lo coloca en observación ambulatoria, lo hace con base en una orden escrita de un proveedor. Se debe llenar nuestro criterio de atención para poder ser trasladado del área de observación a una admisión para pacientes hospitalizados.

El tiempo que permanezca en el hospital no es un factor que determine su estadía en el área de observación en lugar de en un área para pacientes hospitalizados. También se considerarán los criterios médicos.

Todas las lesiones accidentales (trauma), atención urgente, servicios de emergencia y servicios de observación, que se provean dentro o fuera del Área de servicio del Plan están sujetos a las limitaciones listadas en la sección de Limitaciones y las exclusiones listadas en la sección de Exclusiones.

Lesión cerebral adquirida

El Plan cubre el tratamiento por lesión cerebral adquirida en la misma base que el tratamiento de otra afección física. Terapia de rehabilitación cognitiva, terapia de comunicación cognitiva, terapia neurocognitiva y rehabilitación; pruebas de neurocomportamiento, neurosicológicas, neurofisiológicas y psicofisiológicas y su tratamiento; neuroretroalimentación y terapia de remediación, servicios de transición y reintegración después de una afección aguda, otros servicios de tratamiento son cubiertos si tales son medicamento necesarios como resultado o relacionados con una lesión cerebral adquirida.

Servicios de ambulancia

el Plan cubre los siguientes tipos de servicios de ambulancia: (1) Servicio de ambulancia para emergencias, (2) Servicios de ambulancia en casos de alto riesgo, y (3) Servicio de traslados entre centros.

Servicios de ambulancia en caso de emergencia

Los servicios de ambulancia para emergencias son servicios de ambulancia aérea o terrestre proporcionados cuando una Persona razonable y prudente actuando de buena fe considera que transportarse en otro tipo de vehículo podría en riesgo su salud. Los servicios de ambulancia para emergencias están cubiertos solo en los siguientes casos:

- En Louisiana, traslado hacia el centro más cercano dentro de la red en donde el servicio de atención y el tratamiento de emergencias puedan ser recibidos o a un centro fuera de la red si el centro dentro de la red no está razonablemente accesible. Estos servicios deben ser proporcionados por un servicio de ambulancias con licencia en un vehículo equipado y con suministros, con personal y equipo de salvamento.
- Fuera de Louisiana, al centro apropiado más cercano en donde el servicio de atención y tratamiento de emergencias pueda ser recibido. Estos servicios deben ser proporcionados por un servicio de ambulancias con licencia en un vehículo equipado y con suministros, con personal y equipo de salvamento.
- No pagaremos por los servicios de ambulancia aérea más de lo que hubiéramos pagado por los servicios de ambulancia terrestre tomando en cuenta la misma distancia, a menos que el servicio sea solicitado por autoridades policiales o médicas en el sitio en una situación de emergencia o si el Miembro se encuentra en un lugar al que no se puede

- llegar en una ambulancia terrestre.
- Para determinar si usted actuó de buena fe, como una persona razonable y prudente, cuando solicitó el servicio de ambulancia de emergencia, consideraremos los siguientes factores.
 - Si usted necesitó servicios de atención de emergencia como se definió anteriormente.
 - Sus síntomas.
 - Si una persona razonable y prudente que tenga un promedio de conocimiento de salud y medicina consideró que el traslado con otro vehículo pudo poner en peligro su salud.
 - Si su profesional/proveedor o nuestro personal le notificó que debía buscar servicio de ambulancia. Cualquiera de estos resultará en el reembolso de todos los servicios medicamente necesarios recibidos, a menos que esté limitado o excluido por esta póliza.
 - Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier centro de Nivel 1 o Nivel 2 u otro centro de traumatología/quemaduras designando de acuerdo con el triaje de servicios médicos de emergencia y los protocolos de tratamiento establecidos.

No están cubiertos los servicios de ambulancia (terrestre o aérea) al consultorio del forense o a la morgue, salvo que la ambulancia haya sido despachada antes de que sea pronunciada la muerte por una persona autorizada bajo la ley del estado para hacerlo.

Servicio de ambulancia por alto riesgo

El servicio de ambulancia por alto riesgo se define como el servicio de ambulancia que no es una emergencia, que ha sido solicitado por su profesional/proveedor, que son medicamente necesarios para transportar a un paciente de alto riesgo.

La cobertura del servicio de ambulancia por alto riesgo está limitada a:

- Servicio de ambulancia aérea cuando sea medicamente necesario. Sin embargo, no pagaremos por el servicio de una ambulancia aérea más de lo que hubiéramos pagado por el traslado tomando en cuenta la misma distancia en un servicio de ambulancia terrestre, a menos que su afección haga que la utilización de dichos servicios de ambulancia terrestre sea médicamente inapropiada.
- Los servicios de ambulancia para recién nacidos, incluyendo servicio de ambulancia terrestre o aérea al centro de atención terciario más cercano cuando sea necesario proteger la vida del recién nacido.
- Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier centro de Nivel 1 o Nivel 2 u otro centro de traumatología/quemaduras designando de acuerdo con el triaje de servicios médicos de emergencia y los protocolos de tratamiento establecidos.
- Servicios de ambulancia aérea o terrestre de un recién nacido al hospital o unidad de cuidado especial neonatal disponible más cercano para el tratamiento de enfermedades, lesiones, defectos congénitos y complicaciones de un nacimiento prematuro. Esto incluye el transporte de la madre incapacitada temporal y médicamente del recién nacido enfermo, lo cual debe ser certificado por su médico.

Servicio de ambulancia para traslados entre centros

El servicio de ambulancia para traslados entre centros se define como el servicio de ambulancia terrestre o aérea que se realiza entre hospitales, centros de enfermería especializados o centros de diagnóstico. El servicio de ambulancia para traslados entre centros está cubierto solo si es:

- Medicamento necesario
- Solicitado por su profesional/proveedor
- Que sea proporcionado por un servicio de ambulancias con licencia en un vehículo equipado y con suministros, con personal y equipo de salvamento.

Trastorno por déficit de atención

Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención o trastorno por hiperactividad.

Tratamiento de linfedema

El tratamiento de linfedema, que un médico con licencia en este estado preste o recete o que se reciba en cualquier hospital autorizado o en cualquier otra instalación pública o privada autorizada para proporcionar tratamiento para el linfedema, incluyendo sistemas de vendajes de compresión multicapa y prendas de compresión de degradado, ya sea a la medida o de ajuste estándar.

Labio leporino/Paladar hendido

El tratamiento y la corrección del labio leporino y el paladar hendido incluyen cobertura para afecciones secundarias y el tratamiento asociado al diagnóstico primario de labio leporino o paladar hendido, que incluye:

- Cirugía bucal/facial, control y seguimiento
- Prótesis
- Tratamiento y control de ortodoncia
- Odontología preventiva/restauradora asociada con el tratamiento protésico y/o de ortodoncia
- Evaluación/terapia del habla y el lenguaje
- Evaluaciones audiológicas y dispositivos de amplificación
- Tratamiento de otorrinolaringología
- Asesoramiento y evaluación psicológica
- Asesoramiento y evaluación genética para pacientes y padres

Ensayos clínicos

El plan brinda cobertura al paciente para atención de rutina médicamente necesaria en un centro de la red, que sea el resultado de la participación del paciente en un ensayo clínico si:

- 1) El ensayo clínico tiene una intención terapéutica, que incluye prevención, detección o tratamiento de una enfermedad o afección que pone en riesgo su vida;
- 2) El ensayo clínico se recibe como parte de un ensayo clínico que se lleva a cabo de acuerdo con un ensayo clínico autorizado o financiado por al menos uno de los siguientes; (a) uno de los Institutos Nacionales de Salud federales, incluidos los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud o los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid; (b) un centro o grupo cooperativo del Instituto Nacional de Salud federal; (c) la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos; (d) el Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos o el Departamento de Energía de los Estados Unidos; (e) una entidad de investigación calificada que cumpla con los criterios establecidos por los Institutos Nacionales de Salud federales para la elegibilidad de subvenciones; (f) un comité de revisión institucional de una institución en este estado que tenga un acuerdo con la Oficina para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; (g) estudios o investigaciones llevadas a cabo en virtud de la solicitud de un nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos y (h) estudios o ensayos de medicamentos en investigación exentos de la obligación de presentar la solicitud de nuevo medicamento en investigación en virtud del Título 42 del Código de los Estados Unidos § 300gg-8 (d)(1)(C);
- 3) El personal que realice los ensayos clínicos o que dirija el estudio (a) acuerda aceptar el reembolso como pago total del Plan y que el mismo no supere el nivel de reembolso aplicable a otros servicios similares proporcionados por los Proveedores participantes de la red del Plan; (c) acuerda notificar por escrito al plan de salud cuando un paciente entre o salga del estudio;
- 4) De acuerdo con el consentimiento informado del paciente, ningún tercero será responsable por daños asociados con el tratamiento brindado durante la fase de un ensayo clínico.

Para propósito de estos beneficios y servicios cubiertos específicos, los siguientes términos tienen el siguiente significado.

- "Costo de atención médica de rutina al paciente" significa, (1) un servicio o tratamiento médico que es un beneficio bajo el Plan, el cual se cubriría si el paciente estuviera recibiendo tratamiento contra el cáncer o una enfermedad que ponga en riesgo su vida; (2) un medicamento que se proporciona a un paciente durante un ensayo clínico si el medicamento ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, ya sea que esa organización haya aprobado o no el medicamento para su uso en el tratamiento de la afección particular del paciente, pero solo en la medida en que el fabricante, distribuidor o Proveedor del medicamento no realice el pago del mismo. El "Costo de atención médica de rutina al paciente" no incluye, (1) el costo de un medicamento, dispositivo o procedimiento de investigación; (2) el costo de un servicio de atención no médica que el paciente debe recibir como resultado de la participación en el ensayo clínico; (3) los costos asociados con la gestión de la investigación asociada con el ensayo clínico; (4) los costos que el paciente no cubriría si se le brindaran tratamientos que no están en fase de investigación o (5) los costos pagados o no cobrados por los proveedores de los ensayos clínicos.

Atención certificada para enfermos terminales

Este plan cubre los servicios del Programa de atención para enfermos terminales. Para ser cubiertos, estos servicios deben ser recibidos en caso de una enfermedad terminal. Estos servicios tienen limitaciones como se establece en su *Programa de beneficios*. Los servicios deben ser brindados bajo un Programa de atención para enfermos terminales y por un proveedor registrado y calificado. Los servicios de atención para enfermos terminales incluyen atención de hospitalización y servicios ambulatorios. También incluyen los servicios profesionales de un médico. Otros servicios cubiertos incluyen aquellos brindados por un psicólogo, trabajador social o consejero familiar. Los siguientes servicios no están cubiertos por el Plan:

- Los servicios que proporciona un Miembro de la familia o alguien que generalmente vive en su casa o la casa de uno de sus dependientes;
- Los servicios y suministros que no están incluidos en el Programa de atención a enfermos terminales;
- Procedimientos curativos o para prolongar la vida;
- Servicios para los cuales se pagan otros beneficios de este Plan;
- Servicios o suministros que son asistencia básica para la vida diaria;
- Suplementos nutricionales, medicamentos o sustancias excluidos, suministros médicos, vitaminas o minerales o
- Atención médica de relevo.

Servicios de atención médica preventiva

El Plan cubre servicios de atención primaria y de especialidad para atención preventiva y exámenes de salud de rutina. Aunque la atención preventiva está cubierta sin cargo, puede aplicar un copago por la visita al consultorio, por otros servicios cubiertos recibidos durante esa visita. El plan también cubre todos los beneficios médicos esenciales, incluyendo los que están listados en este Contrato. Ho hay costos compartidos por servicios de atención preventiva por beneficios médicos esenciales.

Los servicios de atención preventiva se han determinado con base en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventative Services Task Force, USPTF), el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention, ACIP) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA).

Servicios preventivos para Miembros adultos

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal con ecografía en hombres de 65 a 75 años que alguna vez han fumado (prueba de detección única);
- Prueba de detección y consejería sobre abuso de alcohol;

- Aspirina para Miembros que están entre un rango específico de edad
- Prueba de detección de presión arterial;
- Prueba de detección de colesterol para Miembros que están entre un rango específico de edad o que tienen mayor riesgo;
- Prueba de detección de cáncer colorrectal para miembros mayores de 50 años, incluyendo una colonoscopia cada 10 años a partir de los 50 años (o 45 para los afroamericanos); prueba inmunoquímica fecal (FIT) anual para detectar sangre; o sigmoidoscopia flexible cada 5 a 10 años, colonografía por TC cada 5 años o la prueba FIT-ADN en heces cada 3 años o colonoscopia con cápsula cada 5 años;
- Examen de detección de depresión;
- Exámenes de detección de cáncer pulmonar;
- Prueba de detección de la diabetes tipo 2 para Miembros con presión arterial alta;
- Consejería nutricional para Miembros que tienen mayor riesgo de enfermedades crónicas;
- Prueba de detección de VIH para todos los Miembros que tienen mayor riesgo;
- Examen de detección de la infección por hepatitis C;
- Vacunas; las dosis, las edades y las poblaciones recomendadas pueden variar
- Examen de detección/asesoramiento para obesidad;
- Consejería para la prevención de infecciones transmitidas sexualmente (ITS) para Miembros en mayor riesgo;
- Prueba de detección de consumo de tabaco para Miembros e intervenciones para ayudar a dejar de fumar a fumadores, incluyendo consejería expandida para fumadoras embarazadas;
- Prueba de detección de sífilis para todos los adultos con mayor riesgo;
- Prevención de caídas para adultos mayores, incluyendo ejercicios o terapia física y vitamina D;
- Consejería de salud mental para personas con cáncer de piel;
- Prueba de detección de hepatitis B;
- Prueba de detección de tuberculosis;
- Medicamentos preventivos con estatinas: adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de ECV, 1 o más factores de riesgo de desarrollo de ECV y un riesgo calculado de eventos de ECV a 10 años del 10% o más.

Los servicios preventivos adicionales incluyen entre otros:

- Exámenes físicos mensuales, uno por año calendario;
- Materiales educativos o consultas de proveedores que promueven una vida saludable;
- Pruebas oftalmológicas periódicas de glaucoma para miembros de treinta y cinco años (35) o mayores;
- Pruebas de detección de laboratorio periódicas, incluyendo pruebas que determinan el metabolismo, hemoglobina en sangre, nivel de glucosa en sangre y nivel de colesterol en sangre; y
- Pruebas de detección radiológicas periódicas;
- Medicamentos de venta libre y medicamentos recetados por un profesional/proveedor.

- Pruebas de detección no invasivas por aterosclerosis y estructura y funcionamiento anormal de las arterias para Miembros que son diabéticos o están en riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca y son:
 - hombres entre las edades de 45 a 76 años y
 - mujeres entre las edades de 55 y 76 años.

Servicios preventivos específicos para mujeres:

- Prueba de detección anemia;
- Prueba de detección de bacteriuria en el tracto urinario u otro examen de detección de infecciones;
- Apoyo integral durante la lactancia, suministros y asesoría;
- Suplementos de ácido fólico para mujeres que pueden resultar embarazadas;
- Prevención de la preeclampsia;
- Prueba de detección de hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera consulta prenatal;
- Prueba de detección de osteoporosis y
- prueba de detección de incompatibilidad Rh y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo

Servicios de prevención para niños:

- Servicio bebé sano y atención del niño sano desde el nacimiento, de acuerdo con las recomendaciones de la Academia de Pediatría de los Estados Unidos;
- Medicamentos tópicos oculares profilácticos para todos los recién nacidos para prevenir la oftalmía neonatal gonocócica;
- Evaluaciones del uso de alcohol y drogas para adolescentes;
- Prueba de detección de autismo para niños de 18 y 24 meses;
- Evaluaciones de la conducta para niños de todas las edades;
- Prueba de detección de presión arterial;
- Prueba de detección de displasia cervical para mujeres sexualmente activas;
- Prueba de detección de hipertiroidismo congénito para recién nacidos;
- Prueba de detección de depresión para adolescentes;
- Prueba de detección de desarrollo para niños menores de 3 años, y vigilancia en toda la niñez;
- Prueba de detección de dislipidemia para niños con mayor riesgo de trastornos de lípidos;
- Suplementos quimiopreventivos de fluoruro para niños con fluoruro en sus fuentes de agua;
- Medicamentos preventivos para gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos;
- Pruebas de audición para todos los recién nacidos hasta Miembros de 17 años;
- Medidas de altura, peso e índice de masa corporal para los niños;
- Prueba de detección de hematocritos o hemoglobina para niños;
- Prueba de detección de hemoglobinopatías o células enfermas, para recién nacidos;
- Prueba de detección de hepatitis B;

- Prueba de detección de VIH para adolescentes con mayor riesgo;
- Vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años, las dosis, las edades y las poblaciones recomendadas varían;
- Suplementos de hierro para niños de seis a 12 meses con riesgo de anemia;
- Prueba de detección de plomo para niños que tienen mayor riesgo de exposición;
- Historial médico para todos los niños durante el desarrollo;
- Examen de detección/asesoramiento para obesidad;
- Evaluación de riesgo bucal para niños pequeños (de recién nacidos a 10 años);
- Prueba de detección del trastorno genético fenilcetonuria (PKU, en inglés) en recién nacidos;
- Consejería para la prevención de infecciones transmitidas sexualmente (ITS) pruebas de detección para adolescentes en mayor riesgo;
- Intervenciones para tratar el uso de tabaco;
- Prueba de tuberculina para niños con mayor riesgo de tuberculosis;
- Exámenes de la vista para todos los niños;
- Materiales educativos o consultas de proveedores que promueven un estilo de vida saludable y
- Terapias de habilitación para niños con retraso en el desarrollo según lo especifica el plan de servicio familiar individualizado de intervenciones al principio de la niñez.

Terapias complementarias

Servicios de quiropráctico

Los servicios quiroprácticos están disponibles en función de la necesidad médica y junto con un quiropráctico autorizado en este estado. No están disponibles para terapia de mantenimiento, como ajustes de rutina. Los servicios quiroprácticos están sujetos a lo siguiente:

- La subluxación debe ser documentada durante el examen quiropráctico y quedar en el registro quiropráctico. No solicitamos evidencias radiológicas (radiografías) de la subluxación para realizar el tratamiento quiropráctico.

La biorretroalimentación solo está cubierta para tratamiento de la enfermedad o el fenómeno de Raynaud o incontinencia urinaria o fecal.

Servicios dentales (limitados)

Consulte su *Anexo dental pediátrico para obtener más información.*

Es posible que los servicios dentales de rutina estén cubiertos solo para niños. Los servicios cubiertos por este Contrato incluyen, entre otros:

- Servicios de diagnóstico o prevención de caries y otras formas de enfermedades bucales.
 - examen oral (una vez cada seis meses)
 - mordida (una vez cada seis meses)

- radiografías panorámicas (una vez cada seis meses)
- aplicación tópica de fluoruro
- selladores dentales
- mantenedores de espacios
- Servicios para tratar una enfermedad, incluyendo los servicios de:
 - restauración de un diente fracturado o con caries
 - reparación de dentaduras postizas y puentes
 - rebasado o reajuste de dentaduras
 - reparación o recementación de puentes, coronas y sobreincrustaciones
 - extracción de un diente natural enfermo o dañado
- Servicios y suministros para tratar una enfermedad, incluyendo los servicios de:
 - reemplazo de dientes naturales faltantes con dientes artificiales
 - extracción de un diente natural enfermo o dañado
 - restauración de un diente seriamente fracturado o cariado
- Servicios de ortodoncia médicamente necesarios
- Anestesia para servicios dentales con cobertura médica proporcionados en un ámbito hospitalario. Los servicios dentales relacionados con una lesión accidental son servicios cubiertos sin importar la edad.

Esta no es una lista completa de beneficios y los beneficios dentales del FEDVIP requeridos se brindan a los hijos hasta los 19 años.

Servicios relacionados con la Diabetes

Cuando se usen para tratar la diabetes dependiente de la insulina, diabetes no dependiente de insulina, o nivel elevado de glucosa inducidos por el embarazo, el Plan cubrirá los siguientes servicios y suministros médicamente necesarios:

- Monitoreo de glucosa en sangre, incluyendo aquellos utilizados por personas legalmente ciegas y tiras reactivas;
- Juegos de emergencia de Glucagón;
- Insulina, dispositivos análogos de insulina, bombas de insulina y accesorios asociados;
- Agentes bucales con y sin receta médica para controlar los niveles de azúcar en sangre;
- Dispositivos de ayuda para inyectar, incluyendo aquellos que se adaptan a las personas legalmente ciegas;
- Lancetas y dispositivos para lancetas;
- Aplicaciones podiátricas para prevenir complicaciones en los pies asociadas con la diabetes, incluyendo zapatos terapéuticos moldeados o calzado profundo, ortopédicos funcionales, plantillas a la medida, reemplazos de plantillas, dispositivos preventivos y modificación de calzado para prevención y tratamiento;
- Consultas con el médico y seguimiento después del diagnóstico;
- Capacitación para el auto control, incluyendo terapia nutricional médica relacionada con el manejo de la diabetes, consultas medicamente necesarias hasta el diagnóstico de diabetes; consultas después de un diagnóstico del médico que representa un cambio significativo en el paciente y visitas para la reeducación;
- Jeringas y

- Tiras de prueba de cetonas y de orina de lectura visual.

Llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025 si tiene dudas sobre estos requerimientos.

El Plan evaluará si es necesario hacer cambios a la *Lista de medicamentos* o al Contrato cuando la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) haya aprobado equipo nuevo o mejorado. Estos pueden incluir aparatos, medicamentos recetados, insulina o suministros para diabéticos nuevos o mejorados. Contacte al Plan o ingrese a nuestro sitio web en www.christushealthplan.org para obtener información actualizada.

Servicios de diagnóstico

Los exámenes laboratorio, radiografías y otras pruebas de laboratorio son servicios cubiertos cuando sean medicamente necesarios y proporcionados bajo la dirección de su proveedor, incluyendo entre otros:

- Pruebas en sangre;
- Análisis de orina;
- Pruebas patológicas;
- Estudios del sueño realizados en el hogar o en un laboratorio del sueño acreditado por la Comisión Conjunta o la Academia Estadounidense de Medicina del Sueño (American Academy of Sleep Medicine, AASM);
- Radiografías, ultrasonidos y otros estudios imagenológicos;
- Electrocardiogramas (ECG), electroencefalogramas (EEG), y otros procedimientos electrónicos de diagnóstico, además de
- Tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas (RMI); y colonoscopias por TC (colonoscopias virtuales)

Algunos servicios de diagnóstico requieren Autorización previa. Consulte la sección de Autorizaciones previas para obtener más información

Equipo médico duradero, aparatos ortopédicos, dispositivos prostéticos, reparación y reemplazo de equipo médico duradero, dispositivos prostéticos y ortopédicos y audífonos

Equipo médico desechable

Están cubiertos el equipo o los suministros médicos desechables (no incluye glucómetro, tiras de prueba y lancetas) relacionados y necesarios para la administración de medicamentos recetados, como jeringas y agujas, y otros equipos o suministros médicos desechables que tienen un propósito médico primario, los cuales estarán sujetos a límites razonables de cantidad según lo que el Plan determine.

Equipo médico duradero

El equipo médico duradero (DME, en inglés) es un servicio cubierto cuando es medicamento necesario y tiene una Autorización previa del Plan. El equipo debe ser necesario para el caso o estado de salud de una persona.

La cobertura incluye la renta o compra de equipo médico duradero, a nuestra discreción. Algunos ejemplos de equipo médico duradero incluyen, entre otros:

- Muletas
- Camas hospitalarias
- Equipo de oxígeno
- Sillas de ruedas, y
- Andadores

Además de ser medicamento necesarios y de tener una autorización previa del Pan, el equipo médico duradero debe llenar los siguientes criterios:

- Poder soportar el uso repetitivo
- Ser reusable por otra persona
- Ser utilizado con propósitos médicos, y
- Generalmente, el equipo no es útil para las personas que no estén enfermas o lesionadas

Existen algunas exclusiones y limitaciones a la cobertura del equipo médico duradero:

- La cobertura del equipo médico duradero es solamente para equipo medicamento apropiado y no incluye características especiales, mejoras o accesorios para el equipo a menos que sea medicamento necesario.
- El Plan cubrirá la renta o compra del equipo médico duradero que sea medicamento necesario, incluyendo su reparación y ajuste. No cubriremos reparaciones que sobrepasen el precio de compra.
- Las reparaciones o reemplazo de equipo médico duradero, está cubierto si es medicamento necesario, a nuestra discreción, o como consecuencia de un cambio en la afección médica o física del Miembro. Es posible la cobertura de la reparación de equipo médico duradero, prótesis, dispositivos ortopédicos que fueron propiedad de un Miembro y no fue provisto por el Plan, salvo suministros y tratamiento para la Diabetes. La cobertura de estas reparaciones se realizará a nuestra discreción.
- El Plan se sujeta a las regulaciones establecidas por Medicare en lo relacionado al tiempo de vida del equipo médico duradero Se espera que el equipo dure por lo menos cinco años
- No se cubre el reemplazo por pérdida, robo, mal uso, abuso o destrucción. El Plan tampoco cubrirá el reemplazo en caso de que el paciente inapropiadamente venda o regale el equipo.
- El Plan no cubre el reemplazo de equipo médico duradero solo por la expiración de la garantía, o porque haya disponibilidad de equipo nuevo o mejorado. El Plan no cubre duplicados o extras de equipo médico duradero para comodidad, conveniencia o viaje del Miembro.

Aparatos ortopédicos

Los aparatos ortopédicos están cubiertos cuando son medicamente necesarios. Los aparatos ortopédicos incluyen soportes y otros dispositivos externos utilizados para corregir una función corporal, incluyendo una deformidad de pie equinovaro. Los aparatos ortopédicos están sujetos a las siguientes limitaciones:

- Las plantillas o zapatos ortopédicos no están cubiertos, salvo para Miembros con neuropatía diabética u otra neuropatía significativa. Las órtesis de rodilla, tobillo y pie fabricada a la medida (KAFO, en inglés) y las órtesis de tobillo y pie (AFO, en inglés) están cubiertas para Miembros de acuerdo con las regulaciones reconocidas internacionalmente.

Prótesis

Las prótesis internas y/o los aparatos y servicios médicos, así como la atención clínica necesaria y los dispositivos de miembros y no relacionados con miembros, están cubiertos cuando los solicita un médico y nosotros los autorizamos previamente. Un miembro puede elegir un dispositivo protésico cuyo precio sea más elevado que el beneficio que pagamos y puede pagar la diferencia entre el precio del dispositivo y el beneficio que pagamos, sin penalización financiera o contractual para el proveedor.

Una prótesis externa (EPA, en inglés) está cubierta con Autorización previa y si es medicamente necesaria para el caso o estado de salud de la persona. Las prótesis externas son substitutos artificiales que se colocan, o se unen a la parte externa del cuerpo; son usadas para reemplazar partes faltantes (como una pierna, un brazo o una mano); o se necesitan para aliviar o corregir una enfermedad, lesión o defecto congénito. Cubriremos prótesis externas que sean necesarias para realizar las actividades cotidianas de la vida diaria. Los soportes se consideran prótesis externas. (No se incluyen soportes ortopédicos).

Existen algunas exclusiones y limitaciones que aplican a la cobertura de prótesis externas:

- Si es necesario, este plan cubrirá el reemplazo de las prótesis externas, a causa del crecimiento normal del cuerpo o por cambios debido a una enfermedad o lesión.
- Nos sujetamos a las regulaciones de Medicare para determinar la vida de una prótesis externa.
- El Plan cubre prótesis externas prefabricadas salvo que existan documentos que evidencien que es medicamente necesaria una prótesis hecha a la medida. Esto incluye mejoras o accesorios que no sean para uso terapéutico.
- No están cubiertas las prótesis externas solicitadas con el propósito de poder participar en actividades de recreación o esparcimiento.
- No están cubiertas las prótesis externas solicitadas con el propósito de poder jugar algún deporte.
- La reparación o reemplazo de prótesis externas está cubierto si son medicamente necesarias, según se establece en el Plan.

- No está cubierta la reparación o reemplazo de prótesis externas que fueron perdidas, robadas o destruidas.
- El Plan no cubre duplicados o extras de prótesis externas para su comodidad, conveniencia.

Implantes médicos

El plan cubre implantes médicos cuando sean medicamento necesarios y sean ordenados por un proveedor participante. Estos dispositivos incluyen, entre otros, marcapasos, articulaciones artificiales de cadera, implantes cocleares y stents. La cobertura consiste en dispositivos y apoyos internos temporales para partes del cuerpo deficientes. También cubriremos el costo de reparación o mantenimiento de los aparatos cubiertos. Los servicios requieren Autorización previa; consulte la sección de Autorizaciones previas para obtener más información.

Audífonos

El plan cubre audífonos y ciertos servicios relacionados. Estos servicios incluyen cargos por adaptación y despacho, moldes para el oído, si se consideran necesarios, para mantener el ajuste óptimo de los audífonos; cualquier tratamiento relacionado con los audífonos, incluyendo cobertura de habilitación y rehabilitación si es necesario para fines educativos. Los audífonos son equipo médico duradero que tienen un diseño y sistema de circuitos para optimizar la audición y las habilidades auditivas. Los servicios deben ser proporcionados por un audiólogo, un distribuidor de audífonos o un médico. Este beneficio está limitado a un audífono por oído cada tres años.

Los implantes cocleares médica o audiológicamente necesarios para cada oído con reemplazo interno están cubiertos por este Plan para personas de 18 años o menores. Los servicios incluyen cargos por adaptación y despacho, tratamiento de habilitación y rehabilitación, un procesador del habla externo y un controlador con los componentes necesarios y su reemplazo cada tres años.

Los miembros mayores de 18 años tienen la opción de elegir audífonos cuyo precio sea más elevado que el beneficio establecido por el Plan a un precio más alto. Cualquier diferencia respecto al monto permitido la pagará el Asegurado al proveedor de audífonos.

Trastorno por errores congénitos del metabolismo (IEM, en inglés)

Un error congénito del metabolismo significa una enfermedad causada por una anomalía hereditaria de la química del cuerpo que está presente al nacer y que puede provocar la muerte si no se trata e incluye las siguientes enfermedades: Acidemia glutárica, acidemia isovalérica, enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, acidemia metilmalónica, fenilcetonuria, acidemia propiónica, tirosinemia y trastorno en el ciclo de la urea. Los errores heredados o genéticos del metabolismo son afecciones genéticas que ocasionan problemas de metabolismo. La mayoría de las personas con trastornos metabólicos heredados tienen un gen defectuoso que provoca una deficiencia enzimática. Existe una variedad de trastornos metabólicos, pero cada uno de ellos suele ser poco frecuente en la población general. Los trastornos metabólicos heredados se presentan al nacer.

Los servicios cubiertos para los errores congénitos del metabolismo incluyen el tratamiento de errores congénitos del metabolismo que implica el metabolismo de aminoácidos, carbohidratos y grasas para los cuales existan métodos médicamente estándar de diagnóstico, tratamiento y monitoreo. Entre dichos tratamientos podemos mencionar dietas especiales que eliminan o reemplazan ciertos nutrientes, tomar reemplazos enzimáticos u otros suplementos para apoyar el metabolismo, tratar la sangre para eliminar productos tóxicos del metabolismo, servicios clínicos, análisis bioquímicos, suministros médicos, medicamentos recetados y lentes correctivos para afecciones relacionadas con el trastorno por errores congénitos del metabolismo.

Un error congénito del metabolismo no es solo una alergia o intolerancia a ciertos alimentos, como la intolerancia a la lactosa o la sensibilidad al gluten.

Los servicios cubiertos bajo esta sección deben ser provistos por proveedores con experiencia específica en el manejo de pacientes diagnosticados con errores congénitos del metabolismo que puedan diagnosticar, monitorear y controlar los trastornos mediante evaluación nutricional y médica.

Alimentos médicos especiales para errores congénitos del metabolismo

El plan cubrirá los alimentos médicos especiales para el tratamiento de los errores congénitos del metabolismo. Los alimentos médicos especiales incluyen sustancias nutritivas:

- Diseñadas para el manejo médico y nutricional de un paciente con capacidad limitada para metabolizar alimentos ordinarios;
- Elaboradas o formuladas específicamente para que se diferencien en uno o más nutrientes que están presentes en los alimentos naturales;
- Formulados para un consumo o administración interna y
- Esenciales para un crecimiento, salud y estabilidad metabólica óptimas.

Los alimentos médicos especiales se deben obtener de un proveedor o distribuidor participante del plan y únicamente si un médico los recetó para el tratamiento de un error congénito del metabolismo. Cubrimos las fórmulas necesarias para tratar la fenilcetonuria o una enfermedad hereditaria al igual que cubrimos los medicamentos que están disponibles solo por orden del médico.

Servicios de habilitación

Los servicios y dispositivos de habilitación ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y las funciones necesarias para la vida diaria. Estas funciones pueden incluir comer y bañarse. El Plan cubre servicios de habilitación tales como terapia física y ocupacional, patología del habla y lenguaje y otros servicios para las personas con discapacidades.

Trastorno del espectro autista

"Trastorno del espectro autista" significa un trastorno neurobiológico que incluye el autismo, el síndrome de Asperger o el trastorno generalizado del desarrollo, no especificado en otra forma.

La cobertura incluye pruebas de detección de bebé sano y niño sano, entre las edades de 18 y 24 meses, para diagnosticar la presencia del trastorno del espectro autista, así como el tratamiento a través de terapia física, ocupacional y del habla y el análisis conductual aplicado. Estos servicios únicamente pueden ser provistos por proveedores certificados, registrados o con licencia. Además, los proveedores deben contar con el reconocimiento y aceptación de un organismo competente de los Estados Unidos o estar certificados como proveedores bajo el sistema de salud militar de TRICARE, o que actúe bajo la supervisión de dicho proveedor.

La cobertura está limitada a todos los servicios generalmente reconocidos en el plan de tratamiento, según lo indicado por el médico de atención primaria del Miembro. Los servicios generalmente reconocidos pueden incluir (1) servicios de evaluación, (2) análisis conductual aplicado, (3) entrenamiento conductual y manejo del comportamiento, (4) terapia del habla, (5) terapia ocupacional, (6) terapia física, (7) Atención psicológica y psiquiátrica o (8) medicamentos o suplementos nutricionales utilizados para tratar los síntomas del trastorno del espectro autista. Es posible que algunos servicios necesiten la Autorización previa del plan.

Servicios de atención médica a domicilio

Los servicios de atención médica a domicilio médicamente necesarios se cubren bajo ciertas condiciones. Debe estar confinado en su hogar, requerir atención especializada y no poder recibir atención médica ambulatoria. No es necesario estar confinado en un hospital u otra instalación de atención médica. Los servicios de atención médica domiciliaria deben ser proporcionados por un Proveedor autorizado y calificado. La cobertura es limitada bajo este plan. Revise su *Programa de Beneficios* para obtener detalles.

Los servicios de atención médica domiciliaria pueden incluir:

- Visitas de enfermeros profesionales, que incluye, entre otros, enfermeros registradas, enfermeros profesionales autorizadas y otros profesionales de la atención médica participantes, tales como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y respiratorios, patólogos del habla, asistentes de la atención médica en el hogar, trabajadores sociales y dietistas;
- La administración o el uso de suministros médicos consumibles y equipo médico duradero por personal profesional durante una visita de atención médica domiciliaria autorizada;
- Terapia de infusión a domicilio;
- Medicamentos cubiertos y medicamentos con receta por un Proveedor participante durante el tiempo que duren los servicios de atención médica a domicilio.

El plan cubrirá la terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla provista en el hogar, lo cual se limita a los servicios proporcionados en la orden por escrito de un proveedor siempre que la orden se renueve al menos cada sesenta (60) días.

Servicios para pacientes hospitalizados

El plan cubre los Servicios para pacientes hospitalizados cuando son médicamente necesarios. Los servicios incluyen el tratamiento y la evaluación de las afecciones para las cuales la atención médica ambulatoria no sería apropiada.

Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen:

- Habitación semiprivada y alimentación;
- Uso de servicios de la unidad de cuidados intensivos;
- Pruebas previas a la admisión;
- Medicamentos, productos biológicos, líquidos y quimioterapia;
- Comidas;
- Suplementos dietéticos y nutricionales especiales médicamente necesarios;
- Vendajes y yesos;
- Atención de enfermería general y enfermería para servicios especiales médicamente necesarios;
- El uso de la sala de operaciones e instalaciones relacionadas;
- Sangre completa y sangre, incluido el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma sanguíneo que no son reemplazables por o para el Miembro;
- Administración de sangre completa y plasma sanguíneo;
- Radiografías, laboratorios y otros servicios de diagnóstico;
- Servicios de anestesia y oxígeno;
- Terapia por inhalación (terapia respiratoria);
- Terapia de radiación y
- Otros servicios brindados en un hospital de cuidados intensivos.

Los servicios hospitalarios de cuidados intensivos para pacientes hospitalizados requieren Autorización previa; consulte la Sección de Autorización previa para obtener más información.

Cuidados intensivos a largo plazo para pacientes hospitalizados

El plan cubre hospitalizaciones para prestar atención intensiva a largo plazo (LTCA, por sus siglas en inglés) cuando es médicamente necesario. Los Hospitales LTAC brindan atención a los Miembros que requieren atención a largo plazo para pacientes hospitalizados debido a afecciones complejas que no se pueden tratar en un centro con un menor nivel de atención. LTAC puede incluir atención pulmonar, atención avanzada de heridas y servicios de atención crítica.

Los servicios que el Plan cubre incluyen:

- Exámenes de laboratorio;
- Terapia respiratoria;
- 3 o más antibióticos por vía intravenosa, otros medicamentos por vía intravenosa, nutrición parenteral total y líquidos por vía intravenosa;
- Manejo del dolor;
- Rehabilitación limitada, que incluye terapia física, ocupacional, cognitiva y del habla;
- Chequeos frecuentes de los signos vitales, signos neurológicos o vasculares;
- Monitoreo cardíaco;
- Monitoreo de medicamentos;
- Manejo nutricional;
- Manejo de fluidos, ingesta y eliminación y registro de su peso diario y
- Educación para el paciente, la familia y/o los encargados del cuidado del paciente.

Los servicios de cuidados intensivos a largo plazo para pacientes hospitalizados requieren Autorización previa; consulte la Sección de Autorización previa para obtener más información.

Servicios médicos para pacientes hospitalizados

El plan cubre los servicios para pacientes hospitalizados proporcionados por médicos u otros profesionales de la salud. Estos servicios deben ser médicamente necesarios. Los Servicios médicos para pacientes hospitalizados incluyen servicios que hayan sido realizados, recetados o supervisados por médicos u otros profesionales de la salud, que incluyen:

- Diagnóstico;
- Terapéuticos;
- Médicos;
- Quirúrgicos;
- Preventivos;
- Remisión;
- Servicios de atención médica de asesoramiento.

Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados

El plan cubre los servicios para pacientes hospitalizados en un centro de rehabilitación para pacientes agudos. Estos servicios deben ser médicamente necesarios. Estos servicios también son Servicios cubiertos para niños con retrasos en el desarrollo e incluyen evaluaciones y servicios de terapia ocupacional, evaluaciones y servicios de fisioterapia, evaluaciones y servicios de terapia del habla y evaluaciones alimentarias o nutricionales.

Un proveedor autorizado y calificado debe prestar los servicios, los cuales incluyen lo siguiente:

- Habitación semiprivada y alimentación;
- Servicios médicos;

- Servicios de enfermería especializada;
- Servicios de terapia especializada;
- Servicios de equipo multidisciplinario (servicios de dietista y trabajadores sociales médicos);
- Medicamentos, productos biológicos, líquidos;
- Comidas, incluida dietas Médicamente necesarias y suplementos nutricionales;
- Radiografías, laboratorios y otros servicios de diagnóstico y
- Oxígeno y terapia por inhalación (servicios de terapia respiratoria).

Los Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados requieren Autorización previa, consulte la Sección de Autorización previa para obtener más información.

Servicios de intérprete para personas sordas y con dificultad auditiva

Incluye cobertura para los gastos incurridos por cualquier Miembro que sea sordo o con dificultad auditiva por servicios prestados por un intérprete o transcriptor calificado, que no sea un miembro de la familia del Miembro, cuando el Miembro utiliza dichos servicios en el curso de un tratamiento médico o consultas de diagnóstico realizadas por un Proveedor de atención médica.

Terapia de oxigenación hiperbárica

La terapia de oxigenación hiperbárica es un beneficio cubierto solo si la terapia se propone para una afección reconocida como una de las indicaciones aceptadas dentro de las definiciones del Comité de Terapia de Oxigenación Hiperbárica (Hyperbaric Oxygen Therapy Committee) de la Sociedad Médica Hiperbárica y Subacuática (Undersea and Hyperbaric Medical Society, UHMS). La terapia de oxigenación hiperbárica se excluye para cualquier otra afección. La terapia de oxigenación hiperbárica requiere Autorización previa. Para que los servicios puedan ser cubiertos, los mismos deben ser provistos por un proveedor participante.

Servicios de salud mental, tratamiento de salud conductual, abuso del alcohol y de sustancias

Servicios por abuso de alcohol y de sustancias

Este plan cubrirá el diagnóstico y el tratamiento del abuso de sustancias, que incluye los trastornos por abuso de alcohol y drogas, en un entorno de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen la Hospitalización para la desintoxicación por Abuso de alcohol y sustancias y hospitalización parcial. Los servicios para pacientes hospitalizados requieren Autorización previa y todos los servicios deben ser proporcionados por un proveedor autorizado y calificado.

Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen la evaluación, desintoxicación ambulatoria, terapia y consejería individual, familiar o de pareja, programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP), terapia grupal, así como el manejo de medicamentos por un proveedor autorizado y calificado.

Tratamiento de salud conductual

Este plan cubrirá el diagnóstico y el tratamiento de trastornos conductuales o trastornos mentales en un entorno de pacientes hospitalizados y ambulatorios

Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen hospitalización, hospitalización parcial y terapia electroconvulsiva (ECT). Los servicios para pacientes hospitalizados y de ECT requieren Autorización previa y todos los servicios deben ser proporcionados por un proveedor autorizado y calificado. La estadía continuada debe cumplir con los criterios de necesidad médica y las leyes estatales aplicables.

Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen evaluación, terapia y consejería individual, grupal, familiar o de pareja, programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP, en inglés), terapia electroconvulsiva (ECT, en inglés) y manejo de medicamentos. Todos los servicios deben ser proporcionados por un proveedor autorizado y calificado.

Suplementos y apoyo nutricional

Este plan cubrirá los siguientes Suplementos nutricionales que han sido recetados por un proveedor autorizado y calificado.

- Suplementos nutricionales para la atención prenatal de un Miembro embarazada;
- Suplementos nutricionales cuando sean médicamente necesario para reemplazar una deficiencia específica documentada;
- Suplementos nutricionales cuando sean médicamente necesarios y su administración sea por inyección en el consultorio de un proveedor;
- Fórmulas o productos enterales, como soporte nutricional, cuando se administran mediante alimentación por sonda enteral;
- Nutrición parenteral total (TPN, en inglés) a través de catéteres intravenosos que se introducen en las venas centrales o periféricas y
- Alimentos médicos especiales que se incluyen en la sección de Beneficios de IEM de esta Póliza.

Algunos suplementos y apoyo nutricional requieren Autorización previa; vea en su Sección de Autorización previa para obtener más información.

Evaluación nutricional

El Plan cubre evaluaciones y asesoramiento nutricional para el manejo médico de una enfermedad documentada. Esto incluye la cobertura de la obesidad. Estos servicios deben obtenerse de un proveedor autorizado y calificado de un nutricionista registrado. Consulte la sección de Exclusiones de este Contrato para obtener más información.

Tumores metastásicos o irresecables

El Plan cubre tumores metastásicos o irresecables con un fármaco médicamente necesario recetado por un médico únicamente sobre la base de que el medicamento no está indicado para la ubicación del cáncer en el cuerpo paciente si el fármaco está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para el tratamiento de la mutación específica del cáncer del paciente. La cobertura se incluye por un período de tratamiento inicial de tres (3) meses. La cobertura continuará después del período de tratamiento inicial, si el médico tratante certifica que el fármaco es médicamente necesario basándose en la mejoría documentada del paciente.

Medicamentos orales contra el cáncer

El plan cubre un medicamento oral contra el cáncer que se usa para matar o retrasar el crecimiento de células cancerosas bajo los mismos términos de cobertura que los medicamentos contra el cáncer administrados por vía intravenosa o inyectados que corresponden a los Servicios cubiertos. Requiere Autorización previa.

Cirugía bucal

El plan cubre los beneficios de cirugía bucal solo para los siguientes servicios o procedimientos:

- Extirpación de tumores o quistes (no incluye quistes odontogénicos) de mandíbula, encías, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca.
- Extracción de dientes dañados.
- Atención y tratamiento dental, incluyendo cirugía y aparatos dentales necesarios para corregir las lesiones accidentales en la mandíbula, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar o la base de la boca y en dientes naturales sanos. (En esta sección, los dientes naturales sanos incluyen aquellos que están recubiertos, con corona o unidos con una corona o capuchón a un puente y pueden tener empastes o un tratamiento de conducto).
- Escisión de exostosis o torus o exostosis óseas de los maxilares y paladar duro.
- Incisión y drenaje de abscesos y tratamiento de celulitis.
- Incisión de senos nasales accesorios, glándulas salivales y conductos salivales.
- Anestesia para los servicios o procedimientos anteriores cuando los preste un cirujano oral.
- Anestesia para los servicios o procedimientos anteriores cuando los preste un dentista que cuente con todos los permisos o la capacitación necesarios para administrar dicha anestesia.
- Anestesia cuando se administra en un ámbito hospitalario y por los cargos hospitalarios asociados cuando la enfermedad mental o física de un Miembro requiere que el tratamiento dental se realice en un ámbito hospitalario. Los beneficios de la anestesia no están disponibles para el tratamiento de los trastornos de las articulaciones y de los músculos temporomandibulares (ATM).
- Los beneficios están disponibles para servicios dentales que el Plan no cubre de otra manera, cuando se requieren específicamente para pacientes con cáncer de cabeza y

cuello. Los beneficios se limitan a la preparación o el seguimiento de la radioterapia en la boca.

Servicios médicos ambulatorios

El Plan cubre hospitalización y/o procedimientos ambulatorios para pacientes ambulatorios. Estos servicios deben ser médicamente necesarios y recetados por su médico de atención primaria o un profesional de la atención de la salud tratante. Los servicios pueden prestarse en un hospital, el consultorio de un médico o cualquier otro centro certificado apropiado. El proveedor que presta los servicios debe estar facultados para ejercer, y debe hacerlo conforme a la autoridad conferida por el plan de atención médica, un grupo médico, una asociación de práctica independiente u otra autoridad, según lo que determine la ley del estado.

Los procedimientos y servicios en un hospital para pacientes ambulatorios o cirugía ambulatoria podrían incluir:

- Servicios de atención primaria y médico especialista;
- Servicios para pacientes ambulatorios por otros proveedores;
- Pruebas previas a la admisión;
- Servicios de diagnóstico, incluidos los servicios de laboratorio, imagenológicos y de radiología;
- Servicios de radiología terapéutica;
- Servicios prenatales;
- Terapias de rehabilitación para pacientes ambulatorios, que incluyen Terapia física, Terapia del habla y Terapia ocupacional;
- Servicios de atención médica a domicilio, según lo prescrito o dirigido por el médico responsable u otra autoridad que el Plan haya designado;
- Servicios preventivos obligatorios por ley, que incluyen ciertos exámenes periódicos de salud para adultos, vacunas para niños, cuidado del niño sano desde el nacimiento, exámenes de detección de cáncer relacionados con mamografías, cáncer de próstata o cáncer colorrectal, exámenes de ojos y oídos para niños de hasta 17 años y vacunas para adultos;
- Tratamiento para trastorno genético fenilcetonuria (PKU, en inglés) y otros trastornos genéticos;
- Consultas de salud mental para pacientes ambulatorios;
- Servicios de emergencia;
- Servicios de médicos y cirujanos;
- Pruebas de laboratorio de diagnóstico, radiografías y servicios de patología;
- Pruebas prequirúrgicas;
- Sangre completa, incluido el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma sanguíneo que no son reemplazables por o para el Miembro;
- Administración de sangre, plasma sanguíneo y otros productos biológicos;
- Vendajes, yesos y servicios de bandejas esterilizadas;
- Suministros médicos;
- Servicio privado de enfermería;

- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios de tratamiento, servicios de cirugía ambulatoria, servicios de diagnóstico (incluidos los servicios de laboratorio, radiología e imagenológicos) y
- Anestésicos y/o servicios de anestesia;
- Pruebas de diagnóstico de COVID-19, pruebas de anticuerpos y medicamentos antivirales cuando los solicita un médico.

Algunos servicios de hospitalización y/o procedimientos ambulatorios para pacientes ambulatorios requieren Autorización previa; vea en su Sección de Autorización previa para obtener más información.

Servicios del médico/proveedor

Los servicios del médico/proveedor son aquellos servicios que razonablemente se requieran para mantener una buena salud. Estos servicios incluyen, entre otros, exámenes periódicos y visitas a consultorios.

Visitas al consultorio médico

El plan cubrirá servicios de atención primaria y de especialidad para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Las visitas al consultorio de atención primaria y de especialistas no están sujetas al deducible aparte de:

- Quimioterapia realizada en el consultorio de un médico
- Otros elementos detallados en su *Resumen de beneficios y cobertura*

Tratamiento de alergias

Se proporciona cobertura para consultas, pruebas, tratamientos e inyecciones contra alergias aplicadas por un especialista en alergias o un inmunólogo.

Segunda opinión

Se puede obtener segundas opiniones de proveedores participantes dentro de la red sin necesidad de una Autorización previa. Si determinamos, en una consulta con un proveedor participante, que dentro de la red no se dispone de una Segunda opinión, la cobertura está limitada a una consulta fuera de la red por diagnóstico. Una segunda opinión fuera de la red requiere que le emitamos una Autorización previa.

Medicamentos/fármacos recetados

El Plan proporcionará cobertura de medicamentos, suministros, suplementos y administración de un medicamento (si dichos servicios no estuvieran excluidos de otra forma de la cobertura) cuando los recete un proveedor autorizado y calificado y que usted los obtenga en una farmacia o a través del programas para hacer pedidos por correo del Plan. La cobertura de medicamentos recetados incluye medicamentos genéricos, de marca o no preferidos.

Usamos una Lista de medicamentos (Formulary, que es una Lista de medicamentos recetados e infusiones intravenosas cubiertos por el Plan. La *Lista de medicamentos* incluye medicamentos para una variedad de estados y condiciones de la enfermedad. La Lista de medicamentos se actualiza periódicamente. Puede ver nuestra Lista de medicamentos ingresando a nuestro sitio web www.christushealthplan.org. También puede llamar a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025 y preguntar sobre un proveedor participante. La *Lista de medicamentos* se revisa y actualiza periódicamente para asegurar que se utilicen las terapias con medicamentos más actuales y clínicamente apropiadas. Cualquier medicamento o infusión intravenosa que esté en el listado de medicamentos cuando inició el plan estará disponible hasta que finalice el contrato en el que se encuentra. En ocasiones es Medicamento necesario que un Miembro use un medicamento o infusión intravenosa que no está en la *Lista de medicamentos*. Si esto le ocurre, el médico que realiza la receta podría solicitar una excepción de la cobertura a través del Centro de excepciones de farmacia del Plan. Además, algunos de los medicamentos o infusiones intravenosas de la *Lista de medicamentos* podrían requerir una Autorización previa, un requisito de terapia gradual o podrían tener límites de cantidad antes de la cobertura. Consulte la Sección de exclusiones para obtener más información sobre los Medicamentos recetados que no están cubiertos. Si tiene preguntas sobre la *Lista de medicamentos* o sobre sus beneficios de Medicamentos recetados, llame a Servicio al Miembro para obtener ayuda. Puede encontrar información adicional sobre sus gastos compartido de medicamentos con receta, incluidos los copagos, límites de desembolso directo, programas para hacer pedidos por correo, limitaciones y exclusiones en el *Programa de beneficios*. Puede encontrar información sobre el Programa de pedidos por correo en <https://www.christushealthplan.org/member-resources/pharmacy>.

Cualquier impuesto sobre las ventas vigente aplicable a los medicamentos recetados se incluirá en el costo de los medicamentos recetados al determinar el coseguro del Miembro y nuestra responsabilidad financiera. Cubriremos el costo del impuesto sobre las ventas aplicable a los medicamentos recetados elegibles, a menos que el costo total del medicamento recetado sea menor que el Copago del miembro, en cuyo caso, el Miembro debe pagar el costo del medicamento recetado y el impuesto sobre las ventas.

El protocolo de Terapia escalonada cumple con todos los requisitos obligatorios, que incluyen poner a su disposición un proceso de solicitud de excepciones, así como de informarle sus derechos de apelación acelerada sobre una Determinación adversa y sus derechos de Revisión externa para denegaciones de solicitudes de excepción. Daremos respuesta respecto a la aprobación o rechazo acelerado de una solicitud de anulación del protocolo de terapia escalonada o de primera falla dentro de las setenta y dos horas posteriores a la recepción. Si el plan de salud no cumple con los plazos estipulados, la solicitud de anulación se considerará aprobada.

Los protocolos de terapia escalonada o de primera falla no se requieren para el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en etapa cuatro o afecciones asociadas si se cumple al menos uno de los siguientes criterios:

- (a) El medicamento o régimen de medicamentos recetado cuenta con la indicación de aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos.
- (b) El medicamento o régimen de medicamentos recetado cuenta con la indicación del

Compendio de medicamentos y productos biológicos de la Red Nacional Integral del Cáncer.

(c) El medicamento o régimen de medicamentos recetado está respaldado por literatura médica revisada por pares y basada en evidencia.

Algunos medicamentos recetados pueden estar limitados a una Farmacia especializada o a una farmacia específica, según la aprobación de la FDA. Estos medicamentos se designarán en la *Lista de medicamentos* con tales limitaciones.

Si un Miembro recibió Atención de emergencia fuera del área y se le surtió una receta, el Plan requiere que la Reclamación se presente para su reembolso a más tardar 1 año (365 días) después de la fecha del servicio. La reclamación debe contener una declaración detallada de los gastos.

Se le solicitará que pague sus Medicamentos recetados cubiertos, de acuerdo con el que resulte menor de:

- El copago;
- El monto de la reclamación permitida para el medicamento recetado o
- El monto que pagaría por el medicamento recetado si usted lo compró sin usar su cobertura médica

Si recibe un suministro parcial de un medicamento recetado de su farmacia, sus costos compartidos se distribuirán de manera proporcional en función de la cantidad de días en que efectivamente se despachó el suministro del medicamento. Si necesita gotas para ojos para tratar una enfermedad o afección crónica de los ojos, podrían volver a surtirle sus gotas el o antes del último día del período de la dosis recetada y:

- No antes del 21° día después de la fecha en que se despacha una receta para un suministro de 30 días de gotas para los ojos;
- No antes del 42° día después de la fecha en que se despacha una receta para un suministro de 60 días de gotas para los ojos o
- No antes del 63° día después de la fecha en que se despacha una receta para un suministro de 90 días de gotas para los ojos.

Hemos establecido un plan de sincronización de medicación. Este plan se estableció con el propósito de sincronizar el surtido o el resurtido de múltiples recetas.

Los montos de costo compartido de este Plan pueden resultar en una carga excesiva de costos para el consumidor por los medicamentos recetados cubiertos. *Carga excesiva de costos para el consumidor* significa un monto cobrado a un Miembro por un medicamento recetado cubierto que es mayor que el monto que paga el Plan, o pagaría en ausencia de los costos compartidos de los Miembros, después de considerar la estimación del Plan de al menos el cincuenta por ciento de los pagos futuros de reembolso para la reclamación de medicamentos recetados del Miembro en el punto de venta real.

Cirugía reconstructiva

Este plan cubrirá los servicios Médicamente necesarios para cirugía por medio de los cuales se puede esperar u obtener una mejora razonable en la función fisiológica para la corrección de los trastornos funcionales que resultan de una lesión accidental o de defectos congénitos o enfermedad.

Cirugías reconstructivas para anomalías craneofaciales

El plan cubre la "cirugía reconstructiva para anomalías craneofaciales". Esta es una cirugía para mejorar la función de, o intentar crear una apariencia normal de una estructura anormal causada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumas, tumores, infecciones o enfermedades.

Terapia de rehabilitación

La terapia de rehabilitación incluye terapia física, del habla, ocupacional y cardiaca y pulmonar. El Plan cubre estas terapias cuando se haya determinado que se puede esperar que causen una mejora significativa de la afección física de un Miembro. Estos servicios podrían necesitarse como resultado de una lesión, cirugía o una afección médica aguda. Se proporciona Terapia ocupacional relacionada para capacitar a los Miembros a fin de que puedan desempeñar sus actividades cotidianas.

Centro de enfermería especializada

Su Plan cubre los servicios para pacientes hospitalizados en un Centro de enfermería especializada. Estos servicios deben ser Médicamente necesarios, tener una Autorización previa y que un proveedor autorizado y calificado los suministre. Los servicios cubiertos están limitados según lo establecido en el *Programa de beneficios* e incluyen:

- Habitación semiprivada y alimentación;
- Servicios de enfermería general y especializada;
- Consultas con el médico;
- Terapia de rehabilitación limitada;
- Radiografías y
- Administración de medicamentos cubiertos, medicación, productos biológicos y líquidos.

Programa/asesoría para dejar de fumar

Servicios de diagnóstico y asesoramiento para dejar de fumar, de conformidad con lo dispuesto a continuación, y ciertos medicamentos para dejar de fumar indicados en la *Lista de medicamentos*.

Servicios de diagnóstico necesarios para identificar el consumo de tabaco, las afecciones relacionadas con el uso y la dependencia.

La consejería grupal, incluidas las clases o la Línea de ayuda para dejar el tabaco están cubiertas a través de un proveedor participante. No aplican los costos compartidos y no hay límite monetario ni máximos de consultas.

Comuníquese con Servicio al Miembro al 1-844-282-3025 para obtener más información.

Trasplantes

El Plan cubrirá los servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos cuando se hayan autorizado previamente; y los servicios se reciban en centros aprobados por el Plan dentro de los Estados Unidos.

El receptor de un trasplante de órgano debe ser un Miembro al momento de la prestación de los servicios. El término receptor se define para incluir a un Miembro que recibe servicios autorizados relacionados con el trasplante durante cualquiera de lo siguiente: (a) evaluación, (b) candidatura, (c) evento de trasplante o (d) atención posterior al trasplante. La cobertura está sujeta a las condiciones y limitaciones descritas en este Contrato.

Definición de servicio de trasplante

Los servicios de trasplante incluyen servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios para el receptor. Este plan cubre también la obtención de órganos que se requieren para el trasplante de órganos, huesos o tejidos de persona a persona.

Los tipos de trasplantes de órganos humanos sólidos cubiertos incluyen, entre otros, riñón, riñón/páncreas, córnea, médula ósea, algunas células madre, corazón, corazón/pulmón, hígado, intestino, páncreas y otros procedimientos de trasplante de órganos sólidos que determinemos que se han convertido en una práctica estándar y efectiva y que la literatura de revisión por pares, así como otros recursos utilizados para evaluar nuevos procedimientos han determinado que son procedimientos efectivos. Estos casos de órganos sólidos se determinarán caso por caso.

Los tipos de trasplantes de tejido cubiertos incluyen, entre otros, transfusiones de sangre, trasplantes de paratiroides autólogos, trasplantes de córnea, injertos de hueso y cartílago, injertos de piel, trasplantes autólogos de células islotas y otros procedimientos de trasplante de tejidos que, según nuestra determinación se han convertido en una práctica estándar y efectiva y que se ha determinado que son procedimientos efectivos por la literatura de revisión por pares, así como otros recursos utilizados para evaluar nuevos procedimientos. Estos procedimientos de trasplante de tejido se determinarán caso por caso.

Los tipos de trasplantes de tejido cubiertos incluyen, entre otros, trasplantes alogénicos, autólogos y singénicos de médula ósea, incluidos los trasplantes en tándem, los minitrasplantes (trasplante ligero) y las infusiones de linfocitos de donantes. También se cubren otros

procedimientos de trasplante de médula ósea que, según nuestra determinación se han convertido en una práctica estándar y efectiva y que se ha determinado que son procedimientos efectivos según la literatura de revisión por pares, así como otros recursos utilizados para evaluar nuevos procedimientos. Estos procedimientos de trasplante de médula ósea se determinarán caso por caso.

Autorización previa

Los servicios de trasplante deben tener una Autorización previa del Pan. La Autorización previa se basa en una evaluación realizada por un centro de trasplantes aprobado por el Plan y con base en las regulaciones médicas relevantes basadas en la evidencia.

Un Miembro puede solicitar la autorización del plan de salud para la inclusión en una lista de espera doble para trasplantes. La segunda lista debe ser de una Organización de adquisición de órganos separada o diferente. Si bien se autoriza la inclusión en dos listas, el pago se realizará a un solo centro para el evento efectivo del trasplante.

Costo de la adquisición de órganos

El Plan cubrirá los costos directamente relacionados con la adquisición de un órgano de un cuerpo muerto o de un donante vivo. El plan cubre también la cirugía necesaria para la eliminación de órganos; el tránsito y transporte del órgano, la hospitalización y la cirugía de un donante vivo. Las pruebas de compatibilidad que se realizan antes de la adquisición se cubren si el Plan determina que son Médicamente necesarias.

Viaje para trasplante

Los gastos de viaje incurridos en relación con un trasplante con Autorización previa se cubren hasta \$10,000 de por vida. Los beneficios para el transporte, alojamiento y alimentación están a disposición de los Miembros solo si son receptores de un trasplante de órgano/tejido con Autorización previa de un proveedor aprobado por el Plan. El viaje para trasplante debe tener una Autorización previa del Pan.

Los gastos de viaje cubiertos para que un Miembro reciba un trasplante incluirán cargos por:

- Transporte hacia y desde el sitio del trasplante, incluidos los cargos por el alquiler de un automóvil utilizado durante un período de atención en el centro de trasplantes,
- Alojamiento mientras está en el sitio de trasplantes, o cuando viaja hacia y desde el mismo;
- La alimentación mientras está en el sitio de trasplantes, o cuando viaja hacia y desde el mismo.

El Plan también cubrirá los gastos de viaje de un acompañante que acompañe al paciente en los casos descritos anteriormente. Los pacientes menores de edad pueden recibir beneficios de viaje para ellos, uno o ambos padres, o un padre y un acompañante designado. Un acompañante puede ser un cónyuge, un Miembro de la familia, un tutor legal o cualquier persona que no sea de la familia del Miembro, pero que esté activamente involucrada en la atención del Miembro.

Los siguientes gastos de viaje se excluyen de la cobertura:

- los gastos de viaje incurridos debido a viajes dentro de las sesenta (60) millas de la casa del Miembro;
- facturas por lavandería;
- Facturas telefónicas;
- alcohol o productos de tabaco y
- cargos por transporte que exceden las tarifas de un autobús interurbano.

Medicamentos inmunosupresores para los trasplantes de órganos

El plan cubrirá medicamentos inmunosupresores para pacientes hospitalizados para trasplantes de órganos. Los medicamentos recetados podrían cubrirse. Consulte su *Programa de beneficios* para obtener información sobre sus beneficios de medicamentos recetados.

Atención de la vista (Pediátrica)

Para obtener más información, consulte el Anexo de Servicios para la Vista

Este plan cumple con el Plan de beneficios de la vista de FEDVIP 2014

- Un examen de bienestar visual cada doce (12) meses.
- Un par de anteojos (armazones y lentes) o lentes de contacto, en lugar de anteojos, cada doce (12) meses.
 - Elección de lentes de vidrio o plástico, lentes lenticulares, tintes de moda y degradados, recubrimiento protector ultravioleta, lentes de sol recetados de gran tamaño y de color gris-espejo (número 3), lentes de policarbonato, recubrimiento resistente a los rayones y beneficios de visión reducida.
 - Reparaciones menores de anteojos, cubiertas en su totalidad
 - Lentes y armazón de repuesto, cubiertos por completo
- Una evaluación integral de visión cada cinco (5) años, que incluye ayudas para la visión reducida y cuatro (4) visitas de seguimiento.

Atención médica de la mujer

Consulte la sección de AVISO ESPECIAL SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN Y REPRODUCCIÓN FAMILIAR de este Contrato.

El plan cubre ciertos servicios relacionados con la atención médica de la mujer. Algunos de los servicios cubiertos son:

- Atención prenatal, incluidos los suplementos nutricionales que sean Medicamento necesarios y recetados por un médico.
- Mamografías o ultrasonido del seno para detección y diagnóstico. Estos servicios incluyen, entre otros, exámenes de mamografía en dosis bajas, que incluyen mamografía digital o tomosíntesis de seno, realizados en un centro de diagnóstico por imágenes

designado. Como mínimo, el Plan cubrirá una mamografía anual a mujeres de treinta y cinco (35) años y mayores; asesoramiento sobre quimioprevención del cáncer de seno para mujeres con mayor riesgo.

- Exámenes citológicos (pruebas de Papanicolaou) que incluyen una prueba de detección del virus del papiloma para determinar la presencia de afecciones precancerosas o cancerosas y otros problemas de salud, al igual que el examen de sangre CA 125. Estas pruebas están disponibles para mujeres de trece (13) años o más; y para mujeres que están en riesgo de desarrollar cáncer o en riesgo de otras afecciones de salud que pueden identificarse a través de un examen citológico.
- La vacuna contra el virus del papiloma humano está disponible para Miembros femeninas de nueve (9) a catorce (14) años de edad.
- Pruebas genéticas de cáncer de seno y de ovario y asesoramiento genético basado en la historia familiar.
- Prueba de detección de diabetes gestacional.
- Asesoramiento y pruebas de detección del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Pruebas de detección y asesoramiento para violencia y abuso interpersonal y doméstico.
- Cuarenta y ocho (48) horas de atención como paciente hospitalizado después de una mastectomía, y veinticuatro (24) horas de atención como paciente hospitalizado después de la disección de los ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de seno; y
- Servicios relacionados con mastectomía que incluyen todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y complicaciones derivadas de una mastectomía, incluido el linfedema, mastectomías profilácticas contralaterales y una mastectomía parcial (una mastectomía unilateral o bilateral completa a elección del paciente y el médico), acceso directo a la atención obstétrica y ginecológica calificada para mujeres Miembros.
- Diagnóstico por imágenes, ya sea una mamografía de diagnóstico o un examen por ultrasonido del seno, diseñado para evaluar una anomalía por cáncer de seno.
- La cobertura para diagnóstico por imágenes se proporciona al mismo nivel de cobertura que se proporciona para el examen mínimo de mamografía.

Atención de maternidad

La atención de maternidad está cubierta tal como se muestra en su *Programa de beneficios*. Usted tiene derecho a recibir los servicios y beneficios de maternidad enumerados en esta sección. El Plan podría requerir una Autorización previa para los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados antes de que se brinden tales servicios; disponiéndose, sin embargo, que no se requiere Autorización previa para (1) cuarenta y ocho (48) horas de atención para pacientes hospitalizados después de un parto vaginal o noventa y seis (96) horas de atención para pacientes hospitalizados después de una cesárea o (2) atención posparto.

Atención prenatal

La cobertura de atención prenatal incluye:

- Un mínimo de una visita al consultorio prenatal por mes durante los primeros dos trimestres del embarazo;
- Un mínimo de dos visitas al consultorio por mes durante el séptimo y octavo mes y
- Un mínimo de una visita al consultorio por semana durante el noveno mes y hasta el término por un proveedor participante.

Cada visita al consultorio también incluirá asesoramiento y educación prenatal, pruebas de detección necesarias y adecuadas, incluido el historial, exámenes físicos y procedimientos de laboratorio y diagnóstico que el proveedor/Profesional participante considere apropiados. Esto se basa en criterios médicos reconocidos para el grupo de riesgo al del cual el paciente es un Miembro.

Las complicaciones del embarazo están cubiertas bajo este Contrato de la misma manera que otros padecimientos o enfermedades. El término complicaciones del embarazo significa las condiciones que requieren confinamiento en un hospital (estando aún embarazada la paciente), cuyos diagnósticos difieren del embarazo per sé, pero que resultan o empeoran con el embarazo, tales como nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, aborto retenido y afecciones médicas y quirúrgicas similares comparables en cuanto a su gravedad, pero no deben incluir parto falso, manchado ocasional, descanso ordenado por el médico durante el embarazo, náuseas matutinas, hiperémesis gravídica, preeclampsia y condiciones similares asociadas con el manejo de un embarazo difícil que no constituyen una complicación nosológicamente distinta del embarazo; y cesárea no electiva, terminación del embarazo ectópico e interrupción espontánea del embarazo, que ocurre durante un período de gestación en el que no es posible un parto viable.

Atención obstétrica

La atención de maternidad incluye la cobertura de atención obstétrica, que incluye a los médicos participantes, la enfermera partera certificada autorizada participante y la sala de partos participante, así como otros servicios médicamente necesarios directamente asociados con el parto.

Servicios prestados por una Enfermera partera certificada

Los servicios de una Enfermera partera certificada están cubiertos, sujetos a las siguientes limitaciones:

- La Enfermera partera certificada es un proveedor participante.
- Los servicios de la enfermera partera certificada deben ser prestados bajo la supervisión de un obstetra autorizado participante o un proveedor de atención médica familiar autorizado.

- Los servicios deben prestarse para fines de preparación y nacimiento de un bebé recién nacido en un sitio que está cubierto por este beneficio de Maternidad.
- A los efectos de este beneficio de Maternidad, los únicos sitios permitidos para el parto son un Hospital participante o un centro de maternidad autorizado. Las tarifas combinadas de la Enfermera partera certificada y de cualquier médico tratante o supervisor, para todos los servicios que se hayan prestado durante y después del nacimiento, no pueden exceder las tarifas permitidas que se hubiesen pagado al médico si él/ella hubiese sido el único proveedor de esos servicios.

Servicios de alumbramiento

Se cubre la atención médica, quirúrgica y hospitalaria durante el período del embarazo, en el momento del parto y durante el período de posparto para un parto normal, el aborto espontáneo (aborto espontáneo) y las complicaciones del embarazo. La cobertura para una madre debe estar disponible durante un mínimo de cuarenta y ocho (48) horas de atención para pacientes hospitalizados después de un parto vaginal y un mínimo de noventa y seis (96) horas de atención para pacientes hospitalizados después de una cesárea. Cualquier decisión de acortar el período de atención como paciente hospitalizado para la madre o el recién nacido debe tomarla el médico o proveedor que lo atiende en consulta con la madre y debe incluir el cuidado posparto apropiado en el hogar de la madre, el consultorio del médico o en un centro de atención médica u otra ubicación apropiada.

El transporte, incluido el transporte aéreo al centro de atención médica contratada autorizada más cercana está disponible para mujeres embarazadas de alto riesgo con un parto inminente de un bebé potencialmente viable. Se cubre el transporte, incluido el transporte aéreo, al centro de atención terciaria disponible más cercana cuando sea necesario para proteger la vida del bebé.

Atención posparto

La atención de maternidad incluye visitas posparto. Se cubre la atención posparto en el hogar de acuerdo con las evaluaciones aceptadas del médico materno y neonatal, por una persona con la acreditación, capacitación y experiencia apropiadas para proporcionar atención posparto. Los servicios prestados por dicha persona incluirán, entre otros, la educación para padres, asistencia y capacitación en lactancia materna y con biberón y la realización de las pruebas clínicas necesarias y apropiadas.

La cobertura de la atención posparto en el hogar incluye un mínimo de tres visitas a domicilio, a menos que el médico tratante o la persona con la acreditación apropiada determine que una o dos visitas domiciliarias son suficientes para brindar atención posparto a la madre. Las visitas domiciliarias se realizan dentro del plazo ordenado por el médico tratante o la persona con la acreditación, capacitación y experiencia apropiadas para proporcionar atención posparto.

Apoyo durante la lactancia, suministros y asesoría

Los siguientes beneficios y servicios están cubiertos sin costo para el Miembro cuando se reciben de un proveedor participante:

- El Miembro debe contar con una receta para un extractor manual de leche, suministros y asesoramiento para comprobar que el Miembro dio a luz.
- El Miembro recibirá un (1) extractor manual de leche. Se permite un (1) reemplazo del extractor manual de leche para cada parto posterior. Se permite un reemplazo del juego de suministros asociados por Miembro por año. Los suministros incluyen artículos tales como extractor de leche, tubos y paños.
- Si se considera médicamente necesario que el Miembro use un extractor de leche eléctrico, el beneficio del Equipo médico duradero del Miembro aplicaría y podría incluir un costo compartido.
- Los servicios de asesoría de lactancia están limitados a una duración de un año.

Prueba de detección cuádruple

La prueba de detección cuádruple para mujeres embarazadas. La prueba determina ciertas anomalías genéticas en el feto. Esta prueba generalmente se realiza entre la decimosexta (16) y la vigésima (20) semana del embarazo.

Cobertura para hijos recién nacidos y adoptados

El plan cubrirá lesiones o enfermedades de un niño recién nacido. El niño puede ser propio o adoptado o estar en un estado de "colocación para adopción". Esto incluye la circuncisión para niños recién nacidos y la atención y tratamiento necesarios de defectos congénitos diagnosticados médicamente y anomalías en el nacimiento. El transporte terrestre o aéreo al centro de atención terciaria disponible más cercana se cubre cuando es necesario para proteger la vida del bebé.

Suplementos nutricionales

Este beneficio de maternidad incluye la cobertura de los suplementos nutricionales médicamente necesarios que figuran en la *Lista de medicamentos* (según las indicaciones del profesional/proveedor participante que lo atiende).

Continuidad de la atención

Si un proveedor/Profesional participante cancela su relación con el plan, continuaremos reembolsando al proveedor/profesional por brindar el tratamiento médicamente necesario a un Miembro en una "circunstancia especial". Una "circunstancia especial" significa una afección en la que el proveedor o profesional tratante, razonablemente considera que discontinuar la atención del proveedor o profesional puede causarle daño al Miembro (incluyendo, pero sin

limitarse a: discapacidad, una afección aguda, una enfermedad que ponga en riesgo la vida o un embarazo de alto riesgo o un embarazo después de las 24 semanas).

El plan continuará cubriendo los servicios cubiertos hasta: (a) el día número 90 después de la fecha de entrada en vigor de la cancelación en la red de proveedores; (b) si el Miembro ha sido diagnosticado con una enfermedad terminal al momento de la cancelación, la expiración del período de nueve meses después de la fecha de entrada en vigor de la cancelación; (c) si al Miembro femenino se le ha diagnosticado un embarazo de alto riesgo o (d) si el Miembro femenino tiene más de 24 semanas de embarazo al momento de la cancelación, hasta el nacimiento del niño, atención inmediata posparto y el chequeo de seguimiento de seis semanas.

Beneficios adicionales de atención médica para mujeres.

Atención para mastectomía

El plan ofrecerá cuarenta y ocho (48) horas de atención como paciente hospitalizado por una mastectomía, y veinticuatro (24) horas de atención como paciente hospitalizado después de la disección de los ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de mama. El plan también cubrirá los servicios relacionados con la mastectomía, que incluye todas las etapas de la reconstrucción mamaria y la cirugía para lograr la simetría entre los senos, así como prótesis y cualquier complicación resultante de una mastectomía, incluyendo el linfedema y las mastectomías profilácticas contralaterales. Las solicitudes de reconstrucciones después de la reconstrucción postmastectomía inicial requieren Autorización previa, y un director médico debe revisar la información clínica para determinar la necesidad médica. Las solicitudes que no son una reconstrucción inicial y cuya naturaleza es cosmética no corresponden a un Beneficio cubierto.

Cobertura para osteoporosis

Los servicios relacionados con el diagnóstico, tratamiento y manejo apropiado de la osteoporosis cuando sea médicamente necesario para las siguientes personas calificadas:

- Una mujer con deficiencia de estrógenos con riesgo clínico de osteoporosis que considere someterse a un tratamiento;
- Una persona que recibe esteroides inyectados por un tiempo prolongado y
- Una persona que está siendo monitoreado para evaluar la respuesta o la eficacia de los tratamientos con medicamentos aprobados para la osteoporosis.

AVISO ESPECIAL SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN Y REPRODUCCIÓN FAMILIAR

CHRISTUS Health Plan Louisiana es un afiliado de un sistema de atención médica católica, que se adhiere a las Directivas éticas y religiosas para los servicios de atención médica católicos. Nuestras creencias religiosas no nos permiten promover ni aprobar la prestación de ciertos servicios. Dichos servicios incluyen la esterilización, ligadura de trompas y anticonceptivos artificiales, o cualquier asesoramiento o referencia para tales servicios, cuando se realiza con fines de planificación familiar. Sin embargo, la ley federal designa a algunos de estos servicios como Beneficios médicos esenciales cubiertos para mujeres con capacidad reproductiva; estos servicios cubiertos pueden incluir:

- Métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) (sin incluir medicamentos abortivos), como:
 - métodos de barrera (utilizados durante las relaciones sexuales), como diafragmas y esponjas
 - métodos hormonales, como píldoras anticonceptivas y anillos vaginales
 - dispositivos implantados, como dispositivos intrauterinos (IUD, en inglés)
 - anticoncepción de emergencia, como Plan B® y Ella®
 - procedimientos de esterilización
 - educación y asesoramiento al paciente
- Procedimientos de esterilización aprobados por la FDA
- Educación y asesoramiento al paciente

Estos servicios están cubiertos sin el copago o deducible de un miembro cuando los brinda un proveedor de la red, incluso si usted no ha alcanzado su deducible.

El aborto directo no es un beneficio cubierto. La terminación de un embarazo es un beneficio cubierto solo en las siguientes circunstancias: 1) como resultado del tratamiento de una condición patológica proporcionalmente grave de una mujer embarazada y 2) cuando la intervención no se puede posponer sin riesgo hasta que el feto sea viable.

Si Usted necesita estos servicios, consulte a su Médico de atención primaria.

AVISO ACERCA DE ALGUNOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

Este aviso es para informarle de cierta cobertura y/o beneficios provistos por su Contrato con nosotros.

Mastectomía o disección de ganglios linfáticos

Estadía mínima de paciente hospitalizado: Si debido al tratamiento del cáncer de seno, cualquier persona cubierta por nosotros tiene una mastectomía o una disección de ganglios linfáticos, proporcionaremos cobertura para la atención como paciente hospitalizado por un mínimo de:

- (a) 48 horas después de una mastectomía, y
- (b) 24 horas después de una disección de ganglios linfáticos.

No se requiere la cantidad mínima de horas de hospitalización si la persona que recibe el tratamiento y el médico a cargo determinan que es adecuado un período más corto de hospitalización.

Prohibiciones: No podemos (a) denegar la elegibilidad o la elegibilidad continuada de cualquier persona cubierta o la renovación de este plan solo para evitar proporcionar el mínimo de horas de hospitalización; (b) proporcionar pagos de dinero o bonificaciones para alentar a cualquier persona cubierta a aceptar menos que el mínimo de horas de hospitalización; (c) reducir ni limitar el monto pagado al médico tratante, ni penalizar al médico de algún modo, porque el médico requirió que una persona cubierta reciba el mínimo de horas de hospitalización; ni (d) proporcionar incentivos económicos o de otra índole al médico a cargo para alentar al médico a proporcionar atención médica menor que el mínimo de horas.

Cobertura y/o beneficios para la cirugía reconstructiva después de la mastectomía - Inscripción

La cobertura y los beneficios se proporcionan a toda mujer cubierta para la cirugía reconstructiva después de una mastectomía. Se cubrirán todas las etapas de la reconstrucción del seno en el que se realizó mastectomía, incluyendo, entre otros:

- (a) liposucción realizada para transferir a un seno reconstruido o para reparar una deformidad de la parte donante;
- (b) tatuaje de la areola del seno;
- (c) ajustes quirúrgicos del seno no sometido a mastectomía y
- (d) complicaciones médicas imprevistas, que pueden requerir una reconstrucción adicional en el futuro, así como prótesis y complicaciones físicas, incluyendo, entre otros, los linfedemas.

La cobertura y los beneficios se deben proporcionar de una manera apropiada en consulta con el asegurado y el médico tratante.

La cobertura y los beneficios se proporcionan a toda mujer cubierta para la cirugía reconstructiva después de una mastectomía, y que incluye:

- (a) todas las etapas de la reconstrucción del seno en el que se realizó mastectomía;
- (b) cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica y
- (c) prótesis y el tratamiento de complicaciones físicas, incluyendo los linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía;
- (d) y mastectomías profilácticas contralaterales.

La cobertura y los beneficios se deben proporcionar de una manera apropiada en consulta con el asegurado y el médico tratante.

Cobertura v/o beneficios para la cirugía reconstructiva después de la mastectomía - Anual

De conformidad con La. R.S. 22:1077.1, CHRISTUS cubrirá las pruebas preventivas de detección de cáncer anuales para un Miembro a quien se le diagnosticó previamente cáncer de seno, completó el tratamiento para el cáncer de seno, se sometió a una mastectomía bilateral y posteriormente se determinó estar libre de cáncer.

Adicionalmente, su contrato, según lo dispuesto por Ley de Derechos de la Mujer relativos a la Salud y al Cáncer promulgada en el año 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act of 1998), proporciona beneficios por servicios relacionados con una mastectomía, incluida la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, prótesis y tratamiento de complicaciones de la mastectomía (incluyendo linfedema y mastectomías profilácticas contralaterales).

Prueba para la detección del cáncer de próstata

Los beneficios se proporcionan a cada Miembro del sexo masculino para un examen de diagnóstico anual médicamente reconocido para la detección del cáncer de próstata. Los beneficios incluyen:

- (a) un examen físico para la detección del cáncer de próstata y
- (b) una prueba de antígeno prostático específico por cada miembro del sexo masculino que tenga al menos:
 - (1) 50 años de edad o
 - (2) 40 años de edad con un antecedente de cáncer de próstata en la familia u otro factor de riesgo de desarrollo de cáncer de próstata.

Estadía de paciente hospitalizado después del nacimiento del bebé

Por cada persona cubierta por los beneficios de maternidad/parto, proporcionaremos la atención como paciente hospitalizado para la madre y el niño recién nacido en un centro de atención médica por un mínimo de:

- (a) 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y
- (b) 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones

Este beneficio no requiere que un Miembro cubierto del sexo femenino elegible para los

beneficios de maternidad/parto (a) dé a luz en un hospital u otro centro de atención médica o (b) permanezca en un hospital u otro centro de atención médica por la cantidad mínima de horas después del nacimiento de su hijo.

Si a una madre o a su bebé recién nacido, ambos con cobertura, se le da el alta antes de que hayan finalizado las 48 o 96 horas, les proporcionaremos cobertura para la atención médica posparto. La atención médica posparto incluye la educación parental, la ayuda y la capacitación para la lactancia, ya sea por amamantamiento o alimentación con biberón y la realización de todas las pruebas clínicas necesarias y apropiadas. La atención será proporcionada por un médico, un enfermero registrado u otro proveedor médico habilitado apropiadamente, y la madre tendrá la opción de recibir la atención en su casa, en el consultorio del proveedor médico o en el centro de atención médica.

Prohibiciones: No podemos (a) modificar los términos de esta cobertura con base en la solicitud de cualquier persona cubierta por una cobertura menor que la cobertura mínima requerida; (b) ofrecer a la madre incentivos económicos u otra compensación por renunciar a la cantidad mínima de horas requeridas; (c) negarnos a aceptar la recomendación de un médico para un período específico de atención como paciente hospitalizado en consulta con la madre si el período recomendado por el médico no excede las pautas para la atención médica prenatal desarrolladas por asociaciones profesionales de obstetras y ginecólogos o pediatras reconocidas en el ámbito nacional; (d) reducir los pagos o los reembolsos por debajo de la tarifa habitual; ni (e) penalizar a un médico por recomendar la atención hospitalaria para la madre o el bebé recién nacido.

Cobertura de las pruebas para la detección de cáncer colorrectal

Los beneficios se proporcionan a cada persona inscrita en el plan que tenga 50 años o más y con un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon, por los gastos incurridos en la realización de un examen médicamente reconocido para la detección del cáncer colorrectal. Los beneficios incluyen la elección a cargo del asegurado entre:

- (a) FIT anual (prueba inmunoquímica fecal para detectar sangre);
- (b) o sigmoidoscopia flexible cada 5 a 10 años, colonografía por TC cada cinco años o la prueba FIT-ADN en heces cada tres años o colonoscopia con cápsula cada cinco años;
- (c) una colonoscopia cada 10 años a partir de los 50 años (o 45 para los afroamericanos)

Cobertura de pruebas para la detección de virus del papiloma humano, cáncer de ovario y cáncer cervical

La cobertura se proporciona a cada mujer inscrita en el plan que tenga 18 años o más por los gastos incurridos en un examen de diagnóstico anual médicamente reconocido para la detección temprana del cáncer cervical. La cobertura requerida en esta sección incluye un análisis de sangre de CA 125 y, como mínimo, un examen convencional de Papanicolaou o un examen usando los métodos citológicos basados en fluidos corporales, tal como lo aprobó la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA), solo o en combinación con una prueba aprobada por la FDA para la detección del virus del papiloma humano.

Si alguna persona cubierta por este plan tiene preguntas sobre lo anterior, llámenos al 1- 844- 282- 3025 o escribanos a:

CHRISTUS Health Plan Atn:
Member Service Department
919 Hidden Ridge
Irving, Texas 75038

EXCLUSIONES

Este Contrato solo cubre ciertos beneficios de atención médica médicamente necesarios. Esta Sección de EXCLUSIONES enumera los servicios que están específicamente excluidos de la cobertura bajo este Contrato. Todos los demás beneficios y servicios que no se enumeran específicamente en la sección BENEFICIOS CUBIERTOS de este Contrato también son Servicios Excluidos.

Si no está seguro acerca de si un servicio o artículo está cubierto por este Contrato, comuníquese con Servicio al Miembro al 1-844-282-3025 antes de que se proporcione el servicio o artículo.

Lo siguiente está específicamente excluidos de la cobertura:

- **Abandono del hábito de fumar, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.**
 - Hipnoterapia para el asesoramiento para dejar de fumar.
 - Medicamentos de venta libre, a menos que figuren en la *Lista de medicamentos*.
 - Acupuntura para dejar de fumar.
- **Abortos**
- **Acupuntura**
- **Antes o después del Período de cobertura**
 - Los servicios recibidos, artículos comprados, recetas surtidas o gastos incurridos antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura bajo estas Pólizas o después de la fecha de entrada en vigor de la cancelación de la Cobertura.
- **Aparatos ortopédicos**
 - Ortesis funcional para el pie, incluidos los de fascitis plantar, pie plano, espolón del talón y otras afecciones, zapatos ortopédicos o correctivos, soportes para el arco, aparatos para zapatos, equipo ortopédico para el pie y soportes o tablillas personalizadas, salvo para los Miembros con diabetes u otras neuropatías periféricas significativas.
 - Ortopedia personalizada para pies, excepto la órtesis de rodilla, tobillo y pie (KAFO, inglés) y/o la órtesis de tobillo y pie (AFO, en inglés) para los Miembros que cumplan con los lineamientos reconocidos a nivel nacional.
- **Atención a largo plazo:**
 - No están cubiertos para adultos ni para niños.

- **Atención de la vista**
 - Cuidado de rutina de la vista y refracciones de la vista, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Anteojos correctivos o gafas de sol, armazones, lentes, lentes de contacto o accesorios, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Procedimientos de refracción de la vista, incluida la queratotomía radial, procedimientos con láser y otras técnicas.
 - Terapia de movimiento ocular.

- **Atención médica de la mujer**
 - Abortos electivos bajo cualquier circunstancia.
 - Medicamentos abortivos.
 - Servicios de planificación familiar, salvo los especificados en la sección de AVISO ESPECIAL SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN Y REPRODUCCIÓN FAMILIAR de este Contrato.

- **Atención médica para hombres**
 - Cobertura de anticonceptivos
 - Servicios de planificación familiar
 - Procedimientos de esterilización

- **Autopsias y servicios de ambulancia**
 - Costos de autopsia para miembros fallecidos.
 - Los servicios de ambulancia al consultorio del forense o a la morgue, salvo que la ambulancia haya sido despachada antes de que sea pronunciada la muerte por una persona autorizada por la ley del estado para hacerlo.

- **Beneficios de atención en un hospital certificado**
 - Alimentación, alojamiento y reparto de comidas.
 - Servicios de voluntarios
 - Artículos personales y de conveniencia
 - Servicios de ama de casa o de tareas domésticas
 - Servicio privado de enfermería.

- **Caída de cabello**
 - Tratamientos para la caída del cabello o la calvicie, medicamentos, suministros y dispositivos, independientemente de la causa médica de la caída de cabello o la calvicie.

- **Cargos excesivos**
 - Cargos o costos que excedan los Cargos usuales, habituales y razonables.

- **Centro de enfermería especializada**
 - Cuidado de custodia o domiciliaria.

- **Circuncisiones**
 - Realizadas a recién nacidos que no estén hospitalizados, a menos que sean Médicamente necesarias.
- **Cirugía bariátrica**
- **Cirugía cosmética**
 - Terapia cosmética, medicamentos o procedimientos con el propósito de cambiar su apariencia.
 - Cualquier procedimiento quirúrgico o no quirúrgico que tenga como objetivo principal alterar la apariencia y no se realice con el propósito de corregir trastornos funcionales derivados de una lesión, defectos congénitos o enfermedad. La cirugía reconstructiva después de una mastectomía no se considera Cirugía Estética y estará cubierta.
- **Cirugía reconstructiva con fines cosméticos**
 - Cirugía cosmética (entre otros, el aumento de senos, dermoabrasión, dermaplaning, escisión de cicatrices de acné, cirugía para el acné, revisión de cicatriz asintomática, microflebectomía, escleroterapia (excepto para venas tronculares) y rinoplastia nasal.
- **Cuidado del pie**
 - Cuidado de rutina del pie, como el tratamiento de pies planos u otras desalineaciones estructurales por la extracción de durezas o callos, a menos que sea médicamente necesario debido a la diabetes u otras neuropatías periféricas significativas.
- **Discapacidades por servicio militar**
 - Atención para discapacidades relacionadas con el servicio militar a las que usted tiene derecho legalmente y la cual se brinda en instalaciones que se encuentran a su disposición.
- **Disfunción sexual**
 - Tratamiento para la disfunción sexual, incluidos medicamentos, asesoramiento y clínicas.
- **Enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo**, bajo cualquier circunstancia.
- **Ensayos clínicos**
 - Cualquier ensayo clínico que se realice fuera de Louisiana, así como aquellos que no cumplan con los requisitos de la sección de BENEFICIOS CUBIERTOS de este Contrato.
 - Costos de los ensayos clínicos que habitualmente pagan fuentes gubernamentales, biotecnológicas, farmacéuticas o del sector de dispositivos médicos.

- Servicios de proveedores no participantes, a menos que los servicios no estén disponibles a través de un proveedor participante. Se requiere una Autorización previa para cualquier servicio fuera de la red, el cual se debe proporcionar en Louisiana.
 - Costos de un medicamento, dispositivo o procedimiento de investigación no aprobado por la FDA que no esté exento de tener una aplicación nueva de medicamento de investigación.
 - Costos asociados con la gestión de la investigación asociada con el ensayo clínico.
 - Costos de las pruebas necesarias para la investigación del ensayo clínico.
 - Costos pagados o no cobrados por los proveedores de ensayos clínicos.
- **Equipo médico duradero**
 - Equipo médico duradero mejorado o de lujo
 - Artículos de conveniencia, que incluyen artículos para mayor comodidad y facilidad, y que no son principalmente de naturaleza médica, como asientos de ducha, barras de sujeción para el baño, protectores de sol para sillas de ruedas, almohadas, ventiladores, camas y sillas especiales y otros artículos.
 - Artículos duplicados de equipo médico duradero
 - Reparación o reemplazo de Equipo médico duradero debido a la pérdida, negligencia, abuso, maltrato o para mejorar la apariencia o la comodidad.
 - Reparación o reemplazo de artículos bajo la garantía del fabricante o del proveedor.
 - Sillas de ruedas adicionales, si el Miembro tiene una silla de ruedas funcional.
- **Equipos y servicios para hacer ejercicios**
 - Equipo de ejercicios, videos, entrenadores personales, membresías de clubes y programas de reducción de peso.
 - Los abortos directos no son un beneficio cubierto.
- **Medicamentos, tratamientos, procedimientos, dispositivos y servicios experimentales, de investigación.**
 - **A menos que esté cubierto de otra manera en la póliza.**
- **Medicamentos/fármacos recetados**
 - Medicamentos/fármacos con receta compuestos.
 - Nuevos medicamentos para los cuales aún no hemos establecido la determinación de los criterios de Cobertura.
 - Medicamentos y fármacos sin receta (OTC, en inglés), salvo los incluidos en la *Lista de medicamentos*;
 - Medicamentos o fármacos recetados que requieren una Autorización previa si no se obtuvo Autorización previa.
 - Medicamentos o fármacos recetados comprados fuera de los Estados Unidos.
 - Reemplazo de medicamentos recetados como resultado de la pérdida, robo o destrucción de estos.

- Medicamentos o fármacos recetados, tratamientos, procedimientos o dispositivos que hemos determinado como experimentales o de investigación.
 - Tratamientos y medicamentos con el propósito de reducir o controlar el peso, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Suplementos nutricionales prescritos por el proveedor tratante o como única fuente de nutrición.
 - Fórmula infantil, bajo cualquier circunstancia.
 - Medicamentos o fármacos recetados para el tratamiento de la disfunción sexual o la infertilidad.
 - Medicamentos/fármacos recetados para fines cosméticos.
- **Programas para perder peso**
 - No están cubiertos para adultos ni para niños.
- **Prótesis**
 - Ayudas artificiales que incluyen dispositivos de síntesis del habla, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Rehabilitación y Terapia**
 - Entrenadores atléticos o tratamientos por entrenadores atléticos.
 - Servicios de rehabilitación vocacional.
 - Tratamiento de afecciones crónicas (como distrofia muscular, síndrome de Down, parálisis cerebral).
- **Ropa o dispositivos de protección**
 - Ropa u otros dispositivos de protección, incluida la ropa fotoprotectora, el oscurecimiento del parabrisas, accesorios de iluminación u otros artículos o dispositivos, recetados o no.
- **Salud mental y abuso de sustancias y alcohol**
 - Duelo y asesoramiento sexual.
 - Pruebas psicológicas cuando no sean Médicamente necesarias.
 - Educación especial, exámenes o evaluaciones escolares, asesoramiento, terapia o atención para deficiencias de aprendizaje o problemas disciplinarios o de conducta.
 - Tratamiento en un hogar de transición.
- **Servicios cubiertos bajo otro Programa**
 - Servicios por los cuales usted o su dependiente cumplen con los requisitos de elegibilidad bajo cualquier programa gubernamental (excepto Medicaid), en la medida que lo determine la ley.
 - Servicios por los cuales, en ausencia de un plan de servicios de salud, no se le cobraría a usted ni a su dependiente.

- **Servicios de atención médica a domicilio**
 - Necesidades de cuidado de custodia que puede realizar el personal médico sin licencia para ayudarlo con las actividades cotidianas.
 - Atención médica de relevo.

- **Servicios de infertilidad**

- **Servicios de trasplante**
 - Trasplantes de órganos no humanos, a excepción de la válvula cardíaca porcina (porcina).
 - Costos de transporte para Miembros fallecidos.
 - Servicios médicos y hospitalarios de un donante de trasplante de órgano cuando el receptor del trasplante no es un Miembro o el procedimiento de trasplante no es un Beneficio cubierto.
 - Viajes y alojamiento, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.

- **Servicios del proveedor**
 - Servicios brindados por un proveedor excluido.
 - Visitas telefónicas, salvo lo establecido en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Correo electrónico de un proveedor o consulta telefónica por la cual se le hizo un cargo al paciente.
 - Primera visita de contacto sin evaluación física o diagnóstica o intervención terapéutica.

- **Servicios dentales**
 - No hay cobertura de servicios dentales de rutina para adultos. Los servicios dentales relacionados con una lesión accidental son BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - La atención dental y las radiografías dentales están permitidas solo para los niños con arreglo a lo especificado en los BENEFICIOS CUBIERTOS.

- **Servicios fuera de la red no autorizados**
 - Los servicios recibidos fuera de la red que requieren Autorización previa, si no se obtuvo la Autorización previa.

- **Suplementos y apoyo nutricional**
 - Alimentos para bebés (incluida la leche de fórmula o leche materna) u otros comestibles y provisiones regulares que se pueden usar con el sistema enteral para la alimentación oral o por sonda.

- **Terapia de ondas de choque extracorpórea**

- **Terapia del habla**
 - Beneficios adicionales además de los enumerados en los BENEFICIOS CUBIERTOS.

- **Terapias complementarias**
 - Servicios quiroprácticos, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Biorretroalimentación, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.

- **Tratamiento mientras está en prisión**
 - Los servicios o suministros que un Miembro recibe mientras se encuentra bajo custodia de las autoridades policiales estatales o federales, incluso mientras está en la cárcel o prisión, después de haber sido juzgado o condenado por un delito.

RECLAMACIONES

Aviso de reclamación

Se debe dar a la Compañía un aviso escrito de la reclamación en un plazo de **20 días** después de la ocurrencia o inicio de cualquier pérdida cubierta por el Plan o tan pronto como sea razonablemente posible. El incumplimiento para dar aviso dentro del plazo de 20 días no invalidará o reducirá una reclamación, si el aviso se hace tan pronto como sea razonablemente posible.

El aviso proporcionado a nosotros o a cualquier agente autorizado del Plan por o en nombre del Miembro, con información suficiente para identificar al Miembro, se debe considerar como aviso para nosotros.

Formularios de reclamación

Usted puede llamarnos o escribirnos para notificarnos de una reclamación. Al recibir el aviso de su parte, le proporcionaremos a usted o al Miembro que es titular de este Contrato, los formularios necesarios para presentar evidencia de la pérdida (una "reclamación"). Los formularios serán enviados dentro de los 15 días después de haber recibido el aviso por parte suya. También puede acceder a nuestro sitio web ingresando a www.christushealthplan.org, para obtener un formulario de reclamación.

Envío de la reclamación

Las reclamaciones por escrito deben ser enviadas a nosotros dentro de los 365 días siguientes a la fecha del servicio. Sin embargo, en caso de una reclamación de pérdida para la cual nosotros proporcionemos un pago periódico que dependa de una pérdida continua, esta reclamación puede ser enviada dentro de un plazo de 365 días después de la cancelación cada período por el cual somos responsables. El incumplimiento para dar aviso dentro del plazo requerido no invalidará o reducirá ningún beneficio, si no es razonablemente posible enviar la reclamación dentro del plazo de 365 días provisto.

- 1) Si no fue razonablemente posible enviar la evidencia en ese lapso y
- 2) La evidencia se proporciona dentro del lapso de un año contando desde la fecha en que fue requerida dicha evidencia de la pérdida. Este límite de un año no aplica si existe incapacidad legal.

Le enviaremos un aviso de aceptación o rechazo de una reclamación a más tardar en 15 días laborales después de haber recibido toda la documentación.

Pago de las Reclamaciones

Los beneficios que son pagaderos bajo este Contrato serán pagados dentro de un plazo de veinticinco (25) días después del aviso de aceptación de su reclamación. En donde el Contrato

contemple pagos periódicos, los beneficios se acumularán y pagarán mensualmente, sujetos al envío de la reclamación limpia.

Una reclamación será considerada "limpia" si contiene toda la información que solicitamos para procesar el pago, de acuerdo con los beneficios, sin información adicional. Por ejemplo, una reclamación no será considerada "limpia" si está incompleta, le hace falta documentos del expediente médico, es sospechosa, aparenta ser falsa o sugiere que un proveedor realice una práctica inapropiada.

Las reclamaciones enviadas por los servicios recibidos por un Miembro que falleció serán pagaderas de acuerdo con la designación de beneficiarios y las disposiciones relacionadas con dichos pagos. Si no se nos proporciona la mencionada designación o disposición, las reclamaciones serán pagadas al estado del Miembro. Cualquier otra reclamación que no se hayan pagado al Miembro que falleció, se pagarán al beneficiario, a nuestra discreción. Todas las otras reclamaciones serán pagaderas al Miembro o al proveedor, a nuestra discreción.

Reclamaciones y pagos de emergencias fuera de la red

Si usted recibió servicios de atención de emergencia de proveedores no participantes, usted es responsable de enviar una reclamación. La reclamación debe contener una declaración detallada del tratamiento, los gastos y el diagnóstico. Debe enviarnos la reclamación o declaración detallada tan pronto como sea posible, a la siguiente dirección.

CHRISTUS Health Plan
Atención: Claims Department
919 Hidden Ridge
Irving, Texas 75038

Fraude y abuso

Cualquier persona que deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida, cometa engaño o presente información falsa para obtener un beneficio no autorizado, puede ser culpable de un delito y quedar sujeto a multas civiles y sanciones penales.

En caso de cualquier tipo de actividad fraudulenta, suya o de los Miembros cubiertos por este Contrato, es posible que terminemos la cobertura.

Subrogación

Esta sección se aplicará cuando otra parte sea, o pueda ser considerada, responsable de la lesión, enfermedad u otra afección de un Miembro. Esto incluye a las compañías aseguradoras financieramente responsables; acuerdos o adjudicaciones relacionados con la lesión, enfermedad u otra afección del Miembro; demandas por negligencia médica y otras fuentes de responsabilidad distintas de esta Póliza.

Estamos subrogados en todos los derechos del Miembro contra cualquier parte responsable de la lesión o enfermedad del Miembro; o bien es o puede ser responsable del pago del tratamiento médico de dicha lesión o enfermedad ocupacional (incluida cualquier compañía aseguradora), en la medida del valor de los beneficios médicos que pudiéramos haber pagado. Podemos hacer valer este derecho sin el consentimiento del Miembro.

Este derecho incluye, pero no se limita a, los derechos del Miembro bajo la cobertura de conductor sin seguro o con seguro insuficiente; cualquier seguro sin determinación de culpabilidad, cobertura de pago médico (automóvil, propietarios de viviendas o de otro tipo); cobertura de compensación de los trabajadores u otro seguro, así como los derechos del Miembro bajo el Plan para iniciar una acción para aclarar sus derechos bajo ese seguro.

Cualquier derecho de recuperación de terceros por parte del Plan, ya sea por subrogación o reembolso, es secundario al derecho del Miembro a recibir una compensación completa por sus daños. El Plan compartirá los gastos legales incurridos.

No estamos obligados de ninguna manera a ejercer este derecho de forma independiente o en nombre del Miembro, pero podemos optar por ejercer nuestros derechos de reembolso a nuestra entera discreción.

El Miembro está obligado a cooperar con nosotros y sus agentes para proteger nuestros derechos de subrogación. La cooperación con nosotros significa que usted:

- Nos proporciona cualquier información relevante solicitada.
- Firma y entrega los documentos que razonablemente solicitemos para asegurar la reclamación de subrogación.
- Obtiene nuestro consentimiento del Plan o sus agentes antes de liberar a cualquier parte de la responsabilidad por el pago de los gastos médicos.

Si el Miembro entra en litigios o negociaciones de conciliación con respecto a las obligaciones de otras partes, el Miembro no debe menoscabar nuestros derechos de subrogación. Si un Miembro no obtiene nuestro consentimiento previo escrito y acepta llegar a un acuerdo o libera a alguna de las partes de la responsabilidad por el pago de los gastos médicos, o de otra manera no coopera con esta disposición, incluyendo la ejecución de cualquier documento requerido en este instrumento, el Miembro deberá reembolsar a CHP el valor de los beneficios que nosotros pagamos.

Si sufre un accidente y otra persona o entidad podría tener responsabilidad legal ante usted, notifique a los Servicios de subrogación del plan de inmediato a:

CHRISTUS Health Plan
Atención: COB, Subrogation and Recovery Department
PO Box 169001
Irving, Texas 75016-9001

Se debe proporcionar a la aseguradora un comprobante escrito de pérdida en sus oficinas en el caso del reclamo por pérdida por el cual esta póliza proporciona cualquier pago periódico que dependa de que la pérdida continúe en un plazo de noventa días después de la cancelación del período por el cual es responsable la aseguradora y en caso de reclamo por cualquier otra pérdida en un plazo de noventa días después de la fecha de dicha pérdida. El no proporcionar el comprobante dentro del plazo requerido no debe invalidar ni reducir ninguna reclamación si no fue posiblemente razonable proporcionar la prueba dentro de dicho tiempo, siempre que la prueba se proporcione tan pronto sea razonablemente posible y en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, a más tardar un año a partir del momento en que de lo contrario se requiere la prueba.

Las indemnizaciones pagaderas bajo esta póliza por cualquier pérdida que no sea la pérdida por la que esta póliza dispone un pago periódico se pagarán inmediatamente después de recibir la debida prueba por escrito de dicha pérdida. Sujeto a la prueba suficiente por escrito de la pérdida, todas las indemnizaciones acumuladas por las pérdidas por las cuales esta póliza dispone pagos periódicos se pagarán mensualmente y cualquier saldo pendiente de pago al finalizar la responsabilidad se pagará inmediatamente después de recibir la prueba suficiente por escrito.

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS

La disposición de Coordinación de Beneficios (COB, en inglés) se aplica cuando una persona tiene cobertura médica bajo más de un Plan. El Plan se define más adelante.

Las reglas para determinar el orden de los beneficios rigen el orden en el que cada Plan pagará una reclamación de beneficios. El plan que paga primero se conoce como el plan primario. El plan primario debe pagar los beneficios conforme a los términos de su póliza sin importar la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga a fin de que los pagos de todos los planes no excedan el 100% del total de gastos permitidos según lo dispuesto en la Regulación 32 §303A. (A.-e.).

DEFINICIONES

A. Un plan es cualquiera de los siguientes que proporciona beneficios o servicios para un tratamiento o atención médica o dental. Si se usan contratos separados para proporcionar cobertura coordinada para los miembros de un grupo, los contratos separados se consideran partes del mismo plan y no hay COB entre esos contratos separados.

El plan incluye: contratos de seguro colectivos y no colectivos, contratos de organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO), planes de panel cerrado u otras formas de cobertura colectiva o de tipo colectivo (ya sea asegurada o no); componentes de atención médica de los contratos de atención a largo plazo, como la atención de enfermería especializada, beneficios médicos bajo contratos de seguro de automóvil colectivos o individuales y Medicare o cualquier otro plan gubernamental federal, en la medida de lo permitido por la ley.

El plan no incluye: cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija; cobertura solo de accidentes; cobertura de una enfermedad específica o un accidente específico; cobertura de salud de beneficios limitados, como lo define la ley estatal; cobertura de tipo de accidente escolar, excepto los enumerados en LSA-R.S. 22:1000 A.3C; beneficios para componentes no médicos de pólizas de atención a largo plazo; pólizas complementarias de Medicare; pólizas de Medicaid o cobertura bajo otros planes gubernamentales federales, excepto en los casos permitidos por la ley.

Cada contrato de cobertura bajo los puntos (1) o (2) es un plan separado. Si un plan tiene dos partes y las reglas de COB aplican solamente a uno de los dos, cada una de las partes se trata como un plan separado.

B. Este plan significa, en una disposición de COB, la parte del contrato que proporciona los beneficios médicos a la cual aplica la disposición de COB y la cual se puede reducir debido a los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que proporcione

los beneficios médicos es separada de este plan. Un contrato puede aplicar una disposición de COB a ciertos beneficios, tales como los beneficios dentales, coordinando únicamente con beneficios similares, y puede aplicar otra disposición de COB para coordinar otros beneficios.

C. Las reglas para definir el orden de los beneficios determinan si este Plan es un plan primario o secundario cuando la persona tiene cobertura médica bajo más de un plan. Cuando este Plan es el primario, determina el pago por sus beneficios antes que los de cualquier otro plan de salud sin considerar los beneficios de cualquier otro plan. Cuando este Plan es el secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan de salud y puede reducir los beneficios que paga, de manera que los beneficios del plan no excedan el 100% del total de gastos permitidos.

D. Gasto permitido es un servicio o gasto de atención médica, incluyendo los deducibles, coseguro y copagos que están cubiertos del todo o 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 permitido y un beneficio pagado. Un gasto o servicio no permitido es aquel que no es cubierto por ningún plan que cubra a la persona.

Los siguientes son ejemplos de gastos que son y no son gastos permitidos:

- La diferencia entre el costo de una habitación semiprivada en el hospital y una habitación privada en el hospital no es un gasto permitido, a menos que uno de los planes proporcione cobertura para los gastos de habitación privada en el hospital.
- Si una persona está cubierta por dos o más planes que calculan los pagos de sus beneficios con base en las tarifas regulares y acostumbradas o la metodología de reembolso del sistema de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier monto que exceda el monto más alto de reembolso para un beneficio específico no es un gasto permitido.
- Si una persona está cubierta por dos o más planes que brindan beneficios o servicios con base en tarifas negociadas, un monto que exceda la tarifa negociada más alta no es un gasto permitido.
- Si una persona está cubierta por un plan que calcula sus beneficios o servicios con base en las tarifas regulares y acostumbradas o la metodología de reembolso del sistema de valor relativo u otra metodología de reembolso similar y otro plan que brinde beneficios o servicios con base en tarifas negociadas, la negociación del pago del plan primario debe ser el gasto permitido para todos los planes.
- El monto de cualquier reducción de beneficios por parte del plan primario debido a que el asegurado no cumplió con las disposiciones del plan no es un gasto permitido. Los ejemplos de estos tipos de disposiciones del plan incluyen segundas opiniones sobre cirugías, precertificación de admisiones y negociaciones con proveedores preferidos.

Un plan de panel cerrado es un plan que proporciona beneficios médicos a los asegurados principalmente en forma de servicios por medio de un panel de proveedores que tienen contrato o que están empleados por el plan, y que excluye la cobertura por los servicios que proporcionan otros proveedores, salvo en casos de emergencia o una orden médica de un miembro del panel.

El padre con custodia es el padre al que se le otorga la custodia por un decreto de la corte o, en ausencia de un decreto de la corte, es el padre con quien el niño reside más de la mitad del año calendario, lo cual no incluye cualquier visita temporal.

REGLAS PARA DETERMINAR EL ORDEN DE LOS BENEFICIOS

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

A. El plan primario paga o proporciona sus beneficios conforme a sus términos de cobertura y sin tomar en consideración los beneficios bajo cualquier otro plan.

Salvo por lo que se contempla en el Párrafo (2), un plan que no contiene una disposición de coordinación de beneficios que sea coherente con esta regulación siempre es el primario, a menos que las disposiciones de ambos planes indiquen que el plan que cumple es el primario.

La cobertura que se obtiene en virtud de la membresía en un grupo que está diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y dispone que esta cobertura complementaria será superior a cualquier otra parte del Plan que proporciona el titular del contrato. Los ejemplos de estos tipos de situaciones son coberturas médicas mayores que se superponen a los beneficios hospitalarios y quirúrgicos del plan base, y coberturas de tipo seguro que se redactan en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios que no forman parte de la red.

B. Un plan puede considerar los beneficios que pagó o proporcionó otro plan al calcular el pago de sus beneficios solamente cuando es secundario a ese otro plan.

C. Cada plan determina el orden de sus beneficios usando la primera de las siguientes reglas que aplican:

(1) No dependientes o dependientes. El plan que cubre a la persona que no sea dependiente, por ejemplo, un empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado es el plan primario y el plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es un beneficiario de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al Plan que cubre a la persona como dependiente; y es primario al Plan que cubre a la persona que no sea dependiente (por ejemplo, un empleado jubilado); luego, el orden de los beneficios entre los dos planes se invierte de manera que el Plan que cubre a la persona que es un empleado, miembro, titular de póliza, suscriptor o jubilado es el plan secundario y el otro plan es el plan primario.

(2) Hijos dependientes cubiertos bajo más de un plan. A menos que exista un decreto judicial que indique lo contrario, cuando un hijo dependiente está cubierto por más de un Plan, el orden de los beneficios se determina de la siguiente manera:

(a) Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, ya sea que se hayan casado o no alguna vez:

- El plan del padre cuyo cumpleaños ocurra primero en el año calendario es el plan primario; o
- Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan que ha cubierto al padre durante más tiempo es el plan primario.

(b) Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados o no viven juntos, ya sea que se hayan casado o no alguna vez:

- si un decreto judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica del hijo dependiente o la cobertura médica y el plan de ese padre efectivamente tenga conocimiento de esos términos, ese plan de salud es el primario. Esta regla se aplica a los años del plan que comienzan después de que se notifica el decreto judicial al Plan;
- si un decreto judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica del hijo dependiente o de la cobertura de la atención médica, las disposiciones del subpárrafo (a) anterior determinarán el orden de los beneficios;
- si un decreto judicial establece que los padres tienen la custodia conjunta sin especificar que uno de los padres es responsable de la cobertura médica o los gastos de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del subpárrafo (a) anterior determinarán el orden de los beneficios; o
- si no hay un decreto judicial que asigne la responsabilidad de la cobertura de la atención médica o los gastos de atención médica del hijo dependiente, el orden de los beneficios para el hijo es el siguiente:
 - el plan que cubre al padre con la custodia;
 - el plan que cubre al cónyuge del padre con la custodia;
 - el plan que cubre al padre sin la custodia y luego;
 - el plan que cubre al cónyuge del padre sin la custodia.

(c) Para un hijo dependiente cubierto bajo más de un plan de personas que no son los padres del niño, el orden de los beneficios se determinará de acuerdo con las disposiciones del subpárrafo (a) o (b) anterior, como si esas personas fueran los padres del niño.

(d) Para un hijo dependiente cubierto por el plan del cónyuge. Para un hijo dependiente que tiene cobertura bajo uno o ambos planes de sus padres y tiene su propia cobertura como dependiente bajo el plan del cónyuge, se aplica la regla en el Párrafo (5).

En caso de que la cobertura del hijo dependiente bajo el plan del cónyuge comenzara en la misma fecha que la cobertura del hijo dependiente bajo uno o ambos planes de los padres, el orden de los beneficios debe determinarse aplicando la regla de cumpleaños en el Subpárrafo (a) al padre o padres del hijo dependiente y al cónyuge del dependiente.

(3) Empleado activo o jubilado o empleado despedido sin causa. El plan primario será el que cubra a una persona que es un empleado activo, eso quiere decir, un empleado que no ha sido despedido sin causa ni está jubilado. El plan secundario será el que cubra a esa misma persona que es un empleado jubilado o despedido sin causa. Lo mismo aplicaría en el caso de una persona que es un dependiente de un empleado activo y esa misma persona es un derechohabiente de un empleado jubilado o despedido sin causa. Si el otro plan no tiene esta regla, y como resultado, los planes no concuerdan respecto al orden de los beneficios, esta regla no aplica. Esta regla no aplica si la regla denominada D (1) puede determinar el orden de los beneficios.

Continuación de la cobertura estatal o Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) Si una persona cuya cobertura se proporciona según COBRA o bajo un derecho de continuación contemplado por la ley estatal o federal, está cubierta bajo otro plan, el plan principal será el que cubra a la persona como empleado, Miembro, suscriptor o jubilado o que cubra a la persona como dependiente de un empleado, Miembro, suscriptor o jubilado, y la cobertura de COBRA o una continuidad de la cobertura según la ley estatal o federal, será el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta regla, y como resultado, los planes no concuerdan respecto al orden de los beneficios, esta regla no aplica. Esta regla no aplica si la regla denominada D (1) puede determinar el orden de los beneficios.

Mayor o menor duración de la cobertura. El plan que cubrió a la persona que es un empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado por más tiempo es el plan primario y el plan que cubrió a la persona por menos tiempo es el plan secundario.

Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos deberán compartirse equitativamente entre los planes que cumplan con la definición del plan. Además, este Plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan primario.

EFFECTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE ESTE PLAN

Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios de manera que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes durante un año del plan no superen el total

de gastos permitidos. Al determinar el monto a pagar por cualquier reclamación, el plan secundario calculará los beneficios que habría pagado si no existiera otra cobertura médica y aplicará dicho monto calculado a cualquier gasto permitido conforme a su plan que no sea pagado por el plan primario. El plan secundario puede entonces reducir su pago por esa cantidad, de manera que, al combinarlo con el monto pagado por el plan primario, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes por la reclamación no exceda el gasto total permitido para esa reclamación. Además, el plan secundario acreditará a su plan el deducible, coseguro, copagos y cualquier monto que hubiera acreditado a su deducible ante la ausencia de otra cobertura médica.

Si un asegurado está inscrito en dos o más planes de panel cerrado y si, por cualquier razón, incluyendo la provisión del servicio por parte de un proveedor que no sea del panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de panel cerrado, no debe aplicar el COB entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

Efecto sobre los Beneficios de este Plan

(1) Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios de manera que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes durante un año del plan o período de determinación de reclamaciones no superen el 100 por ciento del total de gastos permitidos. La diferencia entre los pagos de beneficios que este plan habría pagado si hubiera sido el plan primario y los pagos de beneficios que realmente pagó o proporcionó se registrarán como una reserva de beneficios para el asegurado y este plan los utilizará para pagar cualquier gasto permitido, que no se ha pagado de otra manera durante el período de determinación de reclamaciones. A medida que se presenta cada reclamación, este plan:

- Determinará su obligación de pagar o proporcionar beneficios bajo su contrato;
- Determinará si se ha registrado una reserva de beneficios para el asegurado y
- Determinará si hay gastos permitidos no pagados durante ese período de determinación de reclamaciones.

(2) Si hay una reserva de beneficios, el plan secundario utilizará la reserva de beneficios del asegurado para pagar hasta el 100 por ciento de los gastos totales permitidos incurridos durante el período de determinación de reclamaciones. Al final del período de determinación de reclamaciones, la reserva de beneficios vuelve a cero. Se debe crear una nueva reserva de beneficios para cada nuevo período de determinación de reclamaciones.

(3) Si un asegurado está inscrito en dos o más planes de panel cerrado y si, por cualquier razón, incluyendo la provisión del servicio por parte de un proveedor que no sea del panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de panel cerrado, no debe aplicar el COB entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

DERECHO A RECIBIR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN NECESARIA

Cierta información acerca de los servicios y la cobertura médica es necesaria para aplicar estas reglas de Coordinación de los Beneficios y para determinar los beneficios pagaderos mediante este plan y otros planes. CHRISTUS Health Plan puede obtener los datos que necesita o dárselos a otras organizaciones o personas con el fin de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos bajo este plan y otros planes que cubren a la persona que hace la reclamación de los beneficios. No necesitamos informar ni obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Cada persona que reclame beneficios bajo este plan debe darnos todos los datos necesarios para aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos.

FACILIDAD DE PAGO

Un pago realizado bajo otro plan puede incluir una cantidad que debería haberse pagado bajo este Plan. Si lo hace, podríamos pagar esa cantidad a la organización que realizó ese pago. Esa cantidad entonces será tratada como si fuera un beneficio pagado bajo este plan. No tendremos que pagar esa cantidad de nuevo. El término "pago realizado" incluye la provisión de beneficios en forma de servicios, en cuyo caso "pago realizado" significa el valor en efectivo razonable de los beneficios provistos en forma de servicios.

DERECHO DE RECUPERACIÓN

Si la cantidad de los pagos que nosotros realizamos es mayor a lo que debería haber pagado de acuerdo con esta disposición de la COB, puede recuperar el excedente de una o más de las personas a las que haya hecho los pagos o por quien haya realizado los pagos, o cualquier otra persona u organización que pueda tener una obligación con respecto a los beneficios o servicios provistos para el asegurado. La "cantidad de los pagos realizados" incluye el valor en efectivo razonable de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

FOLLETO DE EXPLICACIÓN AL CONSUMIDOR COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB, EN INGLÉS)

AVISO IMPORTANTE

Este es un resumen con solo algunas de las disposiciones de su Plan de salud para ayudarlo a comprender la COB, la cual puede ser muy complicada. Esta no es una descripción completa de todas las reglas y procedimientos de coordinación, y no cambia ni reemplaza el lenguaje contenido en su contrato de seguro, en el cual se determinan sus beneficios.

La disposición de COB se aplica cuando un Miembro tiene cobertura médica bajo más de un Plan. El Plan se define más adelante. Las reglas para determinar el orden de los beneficios rigen el orden en el que cada Plan pagará una reclamación de beneficios. El plan que paga primero se conoce como el plan primario. El plan primario debe pagar los beneficios conforme a los términos de su póliza sin importar la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga a fin de que los pagos de todos los planes no excedan el 100% del total de gastos permitidos según lo dispuesto en la Regulación 32 §303A. (A.-e.).

Consulte el Aviso de Coordinación de beneficios que se encuentra en el Apéndice C: Explicación de planes secundarios sobre el propósito y el uso de la Reserva de beneficios en el sitio web de LDI en el siguiente enlace: www.ldi.la.gov/consumers/resources-publications/consumer-publications. También puede solicitar que se le envíe por correo un Aviso de Coordinación de beneficios comunicándose con Servicio al Miembro al (844) 282-3025.

Cobertura doble

Es común que los miembros de la familia estén cubiertos por más de un plan de atención médica. Esto sucede, por ejemplo, cuando un esposo y una esposa trabajan y eligen tener cobertura familiar a través de ambos empleadores.

Cuando usted está cubierto por más de un plan de salud, la ley estatal les permite a sus aseguradoras seguir un procedimiento llamado "coordinación de beneficios" para determinar cuánto debe pagar cada uno cuando usted tiene una reclamación. El objetivo es asegurarse de que los pagos combinados de todos los planes no sumen más que sus gastos de atención médica cubiertos.

La COB es complicado y cubre una amplia variedad de circunstancias. Este es solo un resumen de algunas de las más comunes. Si situación no está descrita, lea su evidencia de cobertura o comuníquese con el Departamento de Seguros de Louisiana.

¿Primario o secundario?

Las reglas para definir el orden de los beneficios determinan si este Plan es un plan primario o

secundario cuando el Miembro tiene cobertura médica bajo más de un plan. Cuando este Plan es el primario, determina el pago por sus beneficios antes que los de cualquier otro plan de salud sin considerar los beneficios de cualquier otro plan. Cuando este Plan es el secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan y puede reducir los beneficios que paga, de manera que los beneficios del plan no excedan el 100% del total de gastos permitidos.

Se le pedirá que identifique todos los planes que cubren a los miembros de su familia. Nosotros debemos contar con esta información para determinar si somos el pagador "primario" o "secundario" de sus beneficios. El plan primario siempre es el primero en pagar cuando tiene una reclamación. Cualquier plan que no contenga las reglas de la COB siempre será el primario, a menos que las disposiciones de ambos planes establezcan que el plan que cumple con los requisitos es el primario.

Cuando este plan es el Primario

Si usted o un Miembro de su familia está cubierto por otro plan además de este, seremos el primario cuando:

Sus propios gastos

- La reclamación es por sus gastos propios de atención médica, a menos que esté cubierto por Medicare y tanto usted como su cónyuge estén jubilados.

Los gastos de su cónyuge

- La reclamación es para su cónyuge que está cubierto por Medicare, y usted no está jubilado.

Los gastos de su hijo

- La reclamación es por los gastos de atención médica de su hijo que está cubierto por este plan y:
 - usted está casado y su cumpleaños ocurre primero en el año que el de su cónyuge o usted vive con otra persona, independientemente de si alguna vez estuvo casado o no con esa persona, y su fecha de cumpleaños ocurre primero al cumpleaños de la otra persona. Esto se conoce como la "regla de cumpleaños"; o
 - usted está separado o divorciado y nos ha informado de una orden judicial que lo hace responsable de los gastos de atención médica del niño o
 - no hay una orden judicial, pero usted tiene la custodia del niño.

Otras situaciones

Seremos el plan primario cuando cualquier otra disposición de la ley estatal o federal así lo requiera.

Cómo pagamos las reclamaciones cuando somos el plan Primario

Cuando somos el plan primario, pagaremos los beneficios de acuerdo con los términos de su contrato, como si no tuviera otra cobertura médica bajo ningún otro plan.

Cuando este plan es el Secundario

Seremos el plan secundario siempre que las reglas no requieran que seamos el plan primario.

Cómo pagamos las reclamaciones cuando somos el plan Secundario

Cuando somos el plan secundario, no pagamos sino hasta después de que el plan primario haya realizado en pago de sus beneficios. Pagaremos entonces la parte o la totalidad de los gastos permitidos que no se hayan pagado, tal como se explica a continuación. Un "gasto permitido" es un gasto de atención médica, incluidos los copagos y sin reducción por cualquier deducible aplicable, que está cubierto en su totalidad o en parte por cualquiera de los planes que cubre a la persona.

Si existe una diferencia entre la cantidad que los planes permiten, generalmente nuestro pago se basará en la cantidad más alta. Sin embargo, si un plan tiene un contrato con el proveedor de atención médica o el médico y el otro no lo tiene, nuestros pagos combinados no superarán el monto contratado. Las organizaciones para el mantenimiento de la salud y las organizaciones de proveedores preferidos generalmente tienen contratos con sus proveedores.

Podríamos reducir nuestro pago en cualquier cantidad, de manera que, al combinarlo con el monto pagado por el plan primario, los beneficios totales pagados equivalen al 100 por ciento del gasto total permitido para su reclamación. Acreditaremos cualquier cantidad que hubiéramos pagado en ausencia de su otra cobertura médica de nuestro propio deducible del plan.

No pagaremos una cantidad que el plan primario no cubrió debido a que usted no siguió sus reglas y procedimientos. Por ejemplo, si su plan ha reducido su beneficio porque usted no obtuvo la Autorización previa requerida por ese plan, no pagaremos el monto de la reducción, debido a que este no es un gasto permitido.

PROCESO PARA QUEJAS Y APELACIONES

Usted tiene derecho a apelar cualquier determinación que hagamos que deniegue el pago de su reclamación o su solicitud de cobertura de un servicio o tratamiento de atención médica, idoneidad, ámbito de atención médica, nivel de atención o efectividad, o se determina que es experimental o de investigación y, por lo tanto, el beneficio solicitado se deniega, reduce o se da por terminado o no se realiza el pago, en todo o en parte, por el beneficio; Usted tiene derecho a:

- Apelar una Determinación adversa nuestra;
- Revisión externa y/o
- Presentar una queja.

Contamos con un departamento que se ocupa de las Apelaciones y las quejas. Si no está de acuerdo con nuestras decisiones, puede solicitar una revisión presentando una apelación o queja. Nunca tomaremos represalias de ninguna manera contra un Miembro por presentar una apelación o queja.

Confidencialidad

CHRISTUS Health Plan, el Comisionado, funcionarios independientes de audiencia conjunta y todos los demás que adquieran acceso a registros médicos identificables e información de los Miembros al revisar las quejas deberán tratar y mantener dichos registros e información como confidenciales, excepto cuando las leyes federales y de Louisiana especifiquen lo contrario

CHRISTUS Health Plan cuenta con procedimientos para garantizar el que a los registros médicos identificables y la información presentada como parte de cualquier queja se les dé un tratamiento confidencial y se mantengan como tales.

Quién puede ayudarlo

Servicio al Miembro puede ayudarlo. Si tiene una inquietud acerca de una persona, un servicio, la calidad de su atención o sus beneficios, puede comunicarse al número de llamada gratuita de Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

Servicio al Miembro hará todo lo posible para resolver su queja o inquietud la primera vez que nos la presente. Si el representante de Servicio al Miembro no puede resolver su queja o inquietud, puede presentar una queja o apelación.

Proceso de apelación estándar

Si no está satisfecho con nuestra decisión, debe presentar una solicitud por escrito para apelar en el término de ciento ochenta (180) días posteriores a nuestra determinación adversa inicial de beneficios para apelaciones administrativas y apelaciones médicas internas. Las solicitudes que nos presenten después de ciento ochenta (180) días de Nuestra determinación adversa inicial de beneficios no serán consideradas.

No se considerarán varias solicitudes para apelar la misma reclamación.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, puede llamar a Nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

Un miembro tiene derecho a nombrar a un representante autorizado para que lo represente en sus apelaciones. Un representante autorizado es una persona a la que el Miembro ha otorgado su consentimiento por escrito para representarlo en una revisión interna o externa de una determinación adversa de beneficios. El representante autorizado puede ser el Proveedor tratante del Miembro, si el Miembro designa al Proveedor por escrito.

Determinaremos si una apelación del Miembro es una apelación administrativa o una apelación médica.

Le recomendamos que nos brinde toda la información disponible que nos permita evaluar completamente la apelación, como comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con la determinación adversa de beneficios.

Le proporcionaremos, si lo solicita y sin cargo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la determinación adversa de beneficios.

1. Apelaciones administrativas

Las apelaciones administrativas involucran dificultades contractuales y determinaciones adversas de beneficios que no están relacionadas con la necesidad médica, idoneidad, ámbito de atención médica, nivel de atención, eficacia o tratamiento que se determina que son experimentales o de investigación.

Las personas que no hayan participado en decisiones anteriores con respecto a la determinación adversa inicial de beneficios revisarán la apelación administrativa. Si se anula la Apelación administrativa, volveremos a procesar su reclamación, de haberla. Si se confirma la apelación administrativa, esta decisión se considerará definitiva.

La decisión de la apelación administrativa se le enviará por correo a usted, a su representante autorizado o a un proveedor autorizado para actuar en su nombre, en un término de treinta (30) días posteriores a la recepción de su solicitud; a menos que se acuerde mutuamente que existe la justificación para una prórroga.

Las apelaciones administrativas únicamente tienen un nivel interno de revisión y no son elegibles para el proceso de apelación externa, con la excepción de una rescisión de cobertura.

2. Apelaciones médicas

Las apelaciones médicas involucran determinaciones adversas de beneficios para la necesidad médica, idoneidad, ámbito de atención médica, nivel de atención o efectividad, o se determina que son experimentales o de investigación y cualquier determinación de revisión prospectiva o retrospectiva relacionada.

Ofrecemos a los Miembros dos (2) niveles estándar de apelaciones médicas, incluyendo una revisión interna de la determinación adversa inicial de beneficios y luego una revisión externa.

a) Apelaciones médicas internas

Un médico u otro profesional de la salud; en la misma especialidad o en una especialidad apropiada que usualmente trata la afección médica, procedimiento o tratamiento bajo revisión y que no está subordinado a ningún ente decisorio anterior en la determinación adversa inicial de beneficios, revisará la apelación interna de necesidad médica.

Si se anula una apelación médica interna, volveremos a procesar la reclamación del Miembro, de haberla. Si se confirma la apelación médica interna, informaremos al Miembro de su derecho a comenzar el proceso de apelación externa si la determinación adversa de beneficios cumple con los criterios.

La decisión de la apelación médica interna se enviará por correo al Miembro, su representante autorizado o un Proveedor autorizado para actuar en nombre del Miembro, en un término de treinta (30) días posteriores a la recepción de la solicitud del Miembro, a menos que se acuerde mutuamente que existe la justificación para una prórroga.

b) Apelación médica externa y Rescisión de cobertura

En el caso de las apelaciones médicas y la rescisión de la cobertura, el segundo nivel estará a cargo de una Organización de revisión independiente (IRO) externa no afiliada a Nosotros y que el Departamento de Seguros de Louisiana asignará de forma aleatoria.

Un Miembro debe agotar todas las oportunidades de apelación interna antes de solicitar una apelación externa por parte de una Organización de revisión independiente.

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación médica interna o la rescisión de la cobertura, debe presentarse una solicitud por escrito para una apelación externa dentro de los cuatro meses posteriores a la recepción de la decisión de la apelación médica interna o la rescisión de la cobertura.

No se considerarán las solicitudes que se nos envíen después de cuatro meses de haber recibido la decisión de la apelación médica interna o la rescisión de la cobertura. Debe firmar el formulario incluido en el aviso de denegación de apelación médica interna que autoriza la divulgación de registros médicos para que la IRO pueda revisarlos. Las apelaciones que envíe su proveedor no serán aceptadas si no vienen acompañadas de este formulario completado con su firma. El Miembro puede enviar información adicional a la IRO.

Dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la notificación, proporcionaremos a la IRO toda la información pertinente necesaria para llevar a cabo la Apelación. La revisión externa se completará dentro de los cuarenta y un (41) días posteriores a la recepción de la apelación externa. La IRO notificará su decisión a usted, su representante autorizado o un proveedor autorizado para actuar en su nombre.

La decisión de la IRO se considerará una decisión definitiva y vinculante tanto para usted como para nosotros a los efectos de determinar la cobertura en virtud de un Contrato de salud. Este proceso de apelaciones constituirá su único recurso en disputas relacionadas con la determinación de si un servicio o producto médico es o fue médicamente necesario o de naturaleza de investigación, salvo en la medida en que haya disponibilidad de otros recursos en virtud de la ley estatal o federal.

Puede comunicarse directamente con el Comisionado de Seguros para obtener ayuda.

Comisionado de Seguros
P. O. Box 94214
Baton Rouge, LA 70804-9214
1-225-342-5900 or 1-800-259-5300

Apelaciones aceleradas

El proceso de apelación acelerada está disponible para la revisión de la determinación adversa de beneficios que involucra una situación en la que el tiempo que dure la apelación médica estándar pondría en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del miembro para recuperar la función máxima. Incluye una situación en la que, en opinión del médico tratante, el Miembro podría experimentar un dolor que no se puede controlar adecuadamente mientras espera una decisión de apelación médica estándar.

Una apelación acelerada también incluye solicitudes relacionadas con una Admisión, disponibilidad de atención, estadía continuada o servicio de atención médica para un Miembro que se encuentra actualmente en la sala de emergencias, bajo observación o que recibe atención como paciente hospitalizado.

Una apelación externa acelerada también se pone a disposición si la determinación adversa de beneficios implica una denegación de cobertura debido a la determinación de que el servicio o

tratamiento médico recomendado o solicitado se considera experimental o de investigación; y el médico tratante del asegurado certifica por escrito que el servicio o tratamiento médico recomendado o solicitado objeto de la determinación adversa de beneficios sería significativamente menos efectivo si no se iniciara rápidamente.

Las apelaciones aceleradas no aplican para la revisión de servicios prestados con anterioridad.

Una apelación acelerada estará disponible y podrá iniciarla el Miembro, su representante autorizado o un Proveedor autorizado para actuar en nombre del Miembro. Las solicitudes de apelación acelerada pueden ser verbales o escritas.

Para apelaciones aceleradas verbales, llame al 1-844-282-0380

Para apelaciones aceleradas por escrito, envíe un fax al 866-416-2840 o envíelo por correo a:

CHRISTUS Health Plan
Appeals Processing
PO Box 169009
Irving, TX 75016

1. Apelaciones médicas internas aceleradas

En estos casos, tomaremos una decisión en un plazo máximo de 72 horas después de haber recibido una solicitud de apelación acelerada que cumpla con los criterios para una apelación acelerada interna. En cualquier caso en el que el proceso de apelación médica interna acelerada no resuelva una diferencia de opinión entre nosotros y el Miembro o el proveedor que actúa en nombre del Miembro, la apelación puede elevarse a una Apelación externa acelerada.

Si una apelación médica interna acelerada no cumple con los criterios de apelación acelerada o no incluye la firma de certificación del médico, la apelación seguirá el proceso y el plazo de una apelación estándar.

2. Apelación médica externa acelerada

Una apelación externa acelerada es una solicitud de revisión inmediata por parte de una Organización de revisión independiente (IRO). La solicitud puede presentarse simultáneamente con una solicitud de apelación interna acelerada, ya que la Organización de revisión independiente asignada para realizar la revisión externa acelerada determinará, en el momento de la recepción, si la solicitud es elegible para una revisión externa. Enviaremos toda la información pertinente para las solicitudes de apelación externa acelerada a la IRO para que la revisión pueda completarse tan pronto como sea posible desde el momento de la recepción.

Si se deniega, el miembro puede apelar al Comisionado de Seguros de Louisiana. Si quisiera presentar su solicitud por escrito, envíela a la siguiente dirección:

**Louisiana Department of Insurance
P.O. Box 94214
Baton Rouge, LA 70804-9214**

Si tiene acceso a Internet, puede presentar su queja en línea ingresando a:

www.ldi.la.gov

Reconsideración informal

Sus derechos de apelación se han descrito arriba. Además de los derechos de apelación, su proveedor tiene la oportunidad de hablar con un director médico sobre una reconsideración informal de nuestra decisión de cobertura respecto a determinaciones de necesidad médica.

Una reconsideración informal es una solicitud por teléfono, realizada por un proveedor autorizado para actuar en su nombre, para hablar con nuestro director médico o un revisor de pares sobre una decisión de administración de utilización que hayamos tomado. Una reconsideración informal suele basarse en la presentación de información adicional o en una discusión entre pares.

Una reconsideración informal está disponible únicamente para las determinaciones iniciales que se solicitan dentro de los diez (10) días posteriores a la denegación o la determinación de la revisión concurrente. Realizaremos una reconsideración informal en el plazo de un (1) día hábil a partir de la recepción de la solicitud.

Revisión retrospectiva de la utilización

Si se lleva a cabo una revisión retrospectiva de la utilización y resulta en una determinación adversa, le notificaremos a usted y a su proveedor de la determinación adversa dentro de un período razonable, pero a más tardar treinta (30) días después de la fecha en que se recibió la reclamación.

El período de treinta (30) días puede extenderse por otros quince (15) días si determinamos que se necesita una extensión debido a asuntos más allá de nuestro control, y a usted y a su proveedor se les notifica la extensión con la fecha de determinación esperada dentro de los treinta (30) días después de recibida la reclamación.

Si se necesita una extensión porque usted o su proveedor deben enviar la información necesaria para llegar a una decisión sobre la solicitud, el aviso describirá específicamente la información requerida necesaria para tomar la determinación y le dará a usted y a su proveedor al menos cuarenta y cinco (45) días desde la fecha de recepción del aviso de extensión para proporcionar la información especificada.

Proceso de queja

Si usted nos notifica una queja de forma oral o escrita, le enviaremos, a más tardar el quinto día laboral después de la fecha de recepción de la queja, una carta en la que confirmaremos la fecha en que recibimos la queja. Si su queja se recibió de forma verbal, adjuntaremos un formulario de queja de una página con la carta de acuse de recibo de la queja. No tiene que devolver el formulario de reclamo, pero le pedimos que lo envíe de vuelta porque el formulario nos ayudará a resolver la queja. Nuestra carta incluirá nuestros Procedimientos de quejas y los plazos para la resolución. Resolveremos su queja a más tardar el trigésimo (30º) día calendario después de la fecha de su presentación. Si su queja se refiere a una emergencia o una denegación de estadía continua en el hospital, investigaremos y resolveremos su queja de acuerdo con la urgencia de su afección, pero en ningún caso más de un día laboral después de la recepción de su queja.

Una vez revisada su queja, le enviaremos una carta de respuesta en la que:

- Se explique la resolución de la queja,
- Se establezcan los motivos médicos o contractuales específicos para la resolución,
- Se establezca la especialización de cualquier médico o proveedor consultado, y
- Contenga una descripción completa del proceso para apelar la decisión, junto con los plazos para el proceso de apelación y los plazos para la decisión final sobre la apelación.

Presentación de Quejas al Departamento de Seguros de Louisiana

Cualquier persona, incluidas personas que han intentado resolver quejas a través de nuestro proceso del sistema de quejas y que estén insatisfechas con la resolución, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Louisiana llamando sin costo al 1-800-259-5300. Si quisiera presentar su solicitud por escrito, envíela a la siguiente dirección:

**Louisiana Department of Insurance
P.O. Box 94214
Baton Rouge, LA 70804-9214**

Si tiene acceso a Internet, puede presentar su queja en línea ingresando a:

www.ldi.la.gov

Agotamiento de los recursos

Usted debe completar los niveles de nuestro proceso para quejas y apelaciones aplicables a usted y cualquier proceso de revisión regulatoria/estatutaria disponible bajo las leyes estatales o federales antes de presentar una acción legal. La finalización de estos procesos administrativos y regulatorios garantiza que tanto usted como nosotros tengamos una oportunidad plena y justa para resolver cualquier disputa relacionada con los términos y condiciones contenidos en este Contrato.

Avisos cultural y lingüísticamente apropiados

Cuando le enviemos información, nos aseguraremos de que nosotros:

- 1) Proporcionemos servicios de lenguaje verbal (como una línea directa de asistencia telefónica al cliente) que incluye responder preguntas en cualquier idioma aplicable diferente del inglés y brindar asistencia para presentar reclamos y apelaciones (incluida la revisión externa) en cualquier idioma distinto al inglés que corresponda;
- 2) Proporcionaremos, previa solicitud, un aviso en cualquier idioma distinto del inglés que corresponda;
- 3) Incluiremos en las versiones en inglés de todos los avisos, una declaración destacada en cualquier idioma distinto del inglés que corresponda que indique claramente cómo acceder a los servicios de idiomas proporcionados por el plan de atención médica;
- 4) Enviaremos avisos en un idioma diferente del inglés a las poblaciones que tengan más del diez por ciento (10%) que no hablan ese idioma. Usamos el estándar emitido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (Department of Health and Human Services, HHS). Puede encontrar el estándar en <http://cciio.cms.gov/resources/factsheets/clas-data.html>.

PAGO DE LAS PRIMAS

Pago de las primas

Usted es responsable de pagar su prima a tiempo. La primera prima debe pagarse con la solicitud de inscripción. Otras primas vencen el primer día del mes de la cobertura provista durante ese mes. La duración de un período de prima es de un mes. Todas las primas son pagaderas a nosotros.

Debe pagarnos la prima requerida al momento que venza. Si no recibimos su prima a tiempo, o dentro del período de gracia, cancelaremos la cobertura de acuerdo con la sección CANCELACIÓN DE LA COBERTURA de este Contrato. No tendremos la responsabilidad financiera por ningún servicio prestado después de esa fecha.

Cualquier pago de prima vencido para la cobertura proporcionada por la HMO vencerá al comienzo del nuevo año del plan, además de los cargos de prima actuales. La nueva cobertura no entrará en vigor hasta que se realicen todos esos pagos.

Período de gracia

Miembros sin pagos avanzados del crédito fiscal federal de primas

Se otorgará un período de gracia de 30 días para el pago de cada prima adeudada después de la primera prima. La cobertura continuará vigente durante el período de gracia. Si el pago no se recibe dentro del período de gracia de 30 días, la cobertura se cancelará desde el último día del mes anterior al inicio del período de gracia. Le enviaremos por correo un aviso de falta de pago quince días antes de que finalice su período de gracia.

Ejemplo: El pago correspondiente a abril vence el 1 de abril. Si no se recibe el pago antes del 30 de abril, la cobertura se cancela de forma retroactiva hasta el último día de marzo.

Miembros con pagos anticipados del crédito fiscal federal para las primas

Se otorgará un período de gracia de tres meses a las personas calificadas que, cuando han dejado de pagar las primas a tiempo, reciben el beneficio de pagos anticipados del crédito fiscal para primas. Si no recibimos el pago completo de la prima adeudada dentro del período de gracia de tres meses, cancelaremos su cobertura, con una fecha de terminación efectiva el último día del primer mes durante el período de gracia, incluso si se reciben créditos fiscales anticipados para las primas.

Continuaremos pagando todas las reclamaciones correspondientes por los Servicios cubiertos que se le proporcionen durante el primer mes del período de gracia, y denegaremos las reclamaciones de farmacia para los servicios cubiertos que se le proporcionen en el segundo y tercer mes del período de gracia.

Nosotros le notificaremos a usted y al Intercambio del impago de las primas. También notificaremos a los Proveedores sobre la posibilidad de denegar las reclamaciones cuando se encuentre en el segundo y tercer mes del período de gracia.

Continuaremos recolectando los créditos fiscales anticipados pagados para las primas en su nombre del Departamento del Tesoro y le devolveremos los créditos fiscales anticipados pagados para las primas durante el segundo y tercer mes del período de gracia si usted agota su período de gracia como se describe anteriormente.

Ejemplo: El pago correspondiente a abril vence el 1 de abril. Si no se recibe el pago antes del 30 de junio, la cobertura se cancela de forma retroactiva hasta el último día de abril.

Cambios en los pagos de las primas

Nos reservamos el derecho de cambiar anualmente el monto del Pago de las primas por los Beneficios cubiertos. Le enviaremos un aviso por escrito con al menos 60 días de anticipación de cualquier cambio en el Pago de las primas.

Es posible que su tarifa cambie. Los siguientes son algunos ejemplos de las razones:

- 1) Un cambio de residencia;
- 2) La adición de un Dependiente debido a un Evento calificador o
- 3) Cancelación de un dependiente en un contrato familiar.

Recuperar el sobrepago de beneficios

Tenemos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que hayamos realizado. La recuperación puede ser de uno o más de los siguientes: cualquier persona a, por o con respecto de la cual se prestaron dichos servicios o se realizaron dichos pagos, cualquier tercero pagador, cualquier plan de atención médica u otra organización.

El derecho de recuperación nos aplica a nosotros únicamente. Se uso está sujeto a nuestro exclusivo criterio. Si le informamos (o a su representante legal si es menor de edad o es legalmente incapacitado) que buscamos la recuperación de estos beneficios, le solicitamos que coopere con nosotros para garantizar estos derechos de recuperación.

DISPOSICIONES GENERALES

Acciones legales

El Grupo o Miembro no deberá iniciar ninguna acción legal para recuperar este Plan antes del vencimiento de los sesenta (60) días después de que se haya presentado la evidencia escrita de la pérdida, de acuerdo con los requisitos de la ley estatal. Dicha acción no se presentará después del vencimiento de tres (3) años después del momento en que se requiera la presentación de la evidencia escrita de la pérdida.

Actividad del médico/proveedor

Si usted sospecha que un médico, una farmacia, un hospital, un centro u otro profesional de atención médica ha realizado alguna de las acciones que se enumeran abajo, llame al médico o proveedor y solicite una explicación, ya que podría haber un error.

- Le cobró servicios que usted no recibió
- Le facturó más de una vez el mismo servicio
- Le facturó un tipo de servicio, pero le prestó uno diferente (por ejemplo, cobrar por un tipo de equipo, pero entregar otro tipo menos costoso)
- Le presentó a usted información falsa (por ejemplo, cambiar su diagnóstico o cambiar las fechas en que lo atendió en su consultorio)

Si no puede resolver el problema con el proveedor, o si sospecha de cualquier otra actividad, comuníquese con Servicio al Miembro.

Actividad del Miembro

Cualquier persona que deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida, un beneficio o que deliberadamente presente información falsa para la prestación de los servicios puede ser culpable de un delito y quedar sujeto a multas civiles y sanciones penales. Podemos rescindir la inscripción de cualquier Miembro por cualquier tipo de actividad fraudulenta. Algunos ejemplos de actividad fraudulenta son:

- Falsificar la información de inscripción;
- Permitir que alguien use su tarjeta de identificación (ID);
- Falsificar o vender recetas o
- Tergiversar una afección médica para recibir beneficios cubiertos a los que normalmente no tendría derecho.

Asignación

Le pagaremos al proveedor directamente.

Aviso

Si el presente Contrato nos exige o permite que le entreguemos algún aviso, se otorgará de manera apropiada si se realiza por escrito y se entregará personalmente o se depositará en el correo de los Estados Unidos con franqueo prepago y dirigido a usted en la dirección registrada en el expediente en nuestra oficina principal. Usted es el único responsable de garantizar la exactitud de su dirección registrada en el expediente con nosotros.

Cálculo de tiempo

Cuando el reglamento del estado requiere que se tomen medidas dentro de un cierto período de tiempo a partir de la recepción de una solicitud o documento, daremos un plazo de 3 días hábiles a partir de la fecha, si la solicitud o el documento fue enviado por correo.

Circunstancias fuera de nuestro control

Si se produce un desastre, haremos un esfuerzo de buena fe para ayudarlo a obtener los servicios cubiertos, y seguiremos siendo responsables del pago de los servicios cubiertos; sin embargo, no nos responsabilizaremos por los daños que resulten de demoras o fallas debido a la falta de instalaciones o personal que estén fuera de nuestro control. Los ejemplos de desastres incluyen los terremotos, epidemias, guerras y disturbios.

Conformidad con las leyes estatales

Cualquier disposición que, en su fecha de entrada en vigor, esté en conflicto con las leyes del estado en el que usted resida, se modifica por este medio para cumplir con los requisitos mínimos de dichas leyes y no se considerará inválida, sino que se interpretará y aplicará como si estuvieran en total conformidad con todas las leyes aplicables.

Contratistas independientes

Los proveedores participantes no son empleados, representantes o agentes del Plan. Ellos son contratistas independientes. El Plan no es responsable de la realización u omisión de cualquier acto. Si no está satisfecho con su atención, le recomendamos que se comunique con Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

Contrato indivisible

Este Contrato y Evidencia de Cobertura, junto con el *Resumen de beneficios y de cobertura*, *Programa de Beneficios* y la *Lista de medicamentos*, la solicitud y cualquier complemento, enmiendas, endosos o anexos constituyen colectivamente el Contrato Completo entre Nosotros y Usted. Ningún cambio en este Contrato tiene validez a menos que se haga por escrito y uno de nuestros funcionarios ejecutivos lo apruebe. Usted será notificado de tales cambios. Ningún agente puede cambiar esta Evidencia de cobertura o renunciar a lo dispuesto en cualquiera de sus provisiones.

Declaraciones erróneas

Todas las declaraciones hechas en la solicitud de inscripción se considerarán declaraciones y no garantías. Las declaraciones se consideran verídicas y se hacen según el leal saber y entender del Suscriptor. No se puede usar una declaración en un concurso para anular, cancelar o no renovar la cobertura de un Miembro o reducir los beneficios a menos que:

(i) sea una solicitud de inscripción escrita firmada por el Suscriptor y
(ii) se haya entregado una copia firmada de la solicitud de inscripción al Suscriptor o al representante personal del Suscriptor.

(B) Este Contrato solo puede impugnarse debido a fraude o la presentación de manera intencional de un hecho material en la solicitud de inscripción.

Denegación de responsabilidad

No tenemos el control sobre el diagnóstico, el tratamiento, la atención u otro servicio que un centro o proveedor le proporcione, ya sea un proveedor participante o no participante. No nos hacemos responsables por pérdidas o lesiones causadas por cualquier proveedor de atención médica por motivo de negligencia o por otra causa.

Desistimiento por parte de agentes

Ningún agente u otra persona, excepto un funcionario de CHRISTUS Health Plan, tiene la facultad de desestimar las condiciones o restricciones de este Contrato, para extender el tiempo para hacer los pagos o para vincular a CHRISTUS Health Plan, haciendo una promesa o declaración o dando o recibiendo cualquier información. Ninguna de tales desestimaciones, prórrogas, promesas o declaraciones será válida o efectiva, a menos que se demuestre mediante un endoso o una enmienda por escrito a este Contrato o una Carta de Acuerdo firmada por un funcionario de CHRISTUS Health Plan.

Disponibilidad de servicios del proveedor

No garantizamos que un hospital, centro de atención médica, médico u otro proveedor en particular esté disponible en la Red de proveedores.

Error administrativo

Un error administrativo en el mantenimiento de registros no negará ninguna cobertura que de cualquier otro modo se hubiera otorgado y no continuará ninguna Cobertura que de cualquier otro modo hubiera terminado y Al descubrir el error, se realizará un ajuste equitativo de la prima.

Formalización de un contrato - Solicitud de cobertura

Las partes reconocen y aceptan que Su firma o formalización de la solicitud se considerará como Su aceptación del contrato, incluido este Contrato. Todas las declaraciones, en ausencia de fraude o la presentación de manera intencional de un hecho material, realizadas por cualquier solicitante (usted y/o sus dependientes) se considerarán declaraciones y no garantías. Ninguna declaración de este tipo anulará la Cobertura ni reducirá los beneficios, salvo que esté contenida en una Solicitud escrita firmada por el Suscriptor y que haya sido entregada al Suscriptor o a su representante.

Fraude

Estamos obligados a cooperar con las agencias gubernamentales, reguladoras y policiales para reportar actividades sospechosas. Esto incluye la actividad tanto del proveedor como del Miembro.

Hospitalización en la fecha de entrada en vigor de la cobertura

Si usted está confinado en un hospital en la fecha de entrada en vigor de su cobertura, debe notificar al Plan sobre la hospitalización en un plazo de dos (2) días, o tan pronto como sea razonablemente posible.

Ley aplicable

El Contrato se emite en el Estado de Louisiana y se interpretará según las leyes del Estado de Louisiana, así como las normas y reglamentaciones federales aplicables.

Límite de tiempo en ciertas defensas

Usted debe completar de forma precisa toda la solicitud de inscripción en nombre propio y de cualquier dependiente elegible que desee inscribir en el Plan. Todas las declaraciones, en ausencia de fraude, hechas por el solicitante en la solicitud de inscripción se considerarán declaraciones y no garantías. Dichas declaraciones no se utilizarán para anular la cobertura o reducir los beneficios, a menos que figuren en una solicitud escrita de este Contrato. En el caso de que se realice una declaración errónea en una solicitud que NO fue fraudulenta o deliberada, aplicamos y cobramos la prima que se le hubiera cobrado en el momento en que la cobertura tuvo efecto si tal error no se hubiera realizado.

Modificaciones

Le daremos un aviso de sesenta (60) días antes de cualquier cambio administrativo. Usted recibirá una enmienda a su contrato, mostrando cualquier cambio. Esto no incluye cambios en sus beneficios, ya que no cambian durante el año.

Políticas y procedimientos

Podríamos adoptar políticas, procedimientos, reglas e interpretaciones razonables a los efectos de promover la administración ordenada y eficiente del Contrato.

Presentación de información falsa

Si, en los primeros dos (2) años a partir de la fecha de entrada en vigor de su Cobertura o la Cobertura de sus dependientes, omitió intencionalmente información de hechos materiales en su solicitud y/o proporcionó información fraudulenta, la cobertura para usted y/o su dependiente se considerará nula y sin ningún valor desde la fecha de entrada en vigor. En el caso de fraude, no se aplicarán límites de tiempo y se le exigirá que pague todos los beneficios que le hayamos proporcionado. Le proporcionaremos una copia firmada de la solicitud de inscripción.

Si la edad del Miembro ha sido declarada erróneamente, todas las cantidades pagaderas bajo este Contrato se ajustarán para reflejar la prima que se hubiera pagado por la edad correcta.

Reforma federal y estatal de la asistencia médica

Este Contrato debe cumplir con todas las leyes, normas y reglamentos estatales y federales aplicables. En la fecha de cumplimiento de cualquier cambio en la ley, o la promulgación de cualquier regla o reglamento final que afecte directamente nuestras obligaciones bajo este Contrato, este Contrato se modificará y presentará para su aprobación estatal y/o federal apropiada. Le notificaremos cuando esto pase.

Revalidación

Podríamos revalidar este Contrato después del vencimiento sin la ejecución de una nueva Solicitud o la emisión de una nueva Tarjeta de Identificación.

Tarjetas de Identificación

Emitimos tarjetas de identificación (ID) para usted solo con fines de identificación. La posesión de nuestra tarjeta de identificación (ID) no confiere ningún derecho a los servicios u otros beneficios bajo este Contrato. Para tener derecho a dichos servicios o beneficios, el titular de la tarjeta de identificación debe, de hecho, ser un Miembro en cuyo nombre se han pagado efectivamente todos los cargos contractuales aplicables. Si usted o cualquier Miembro de su familia permite que cualquier otra persona use su tarjeta de identificación (ID), todos sus derechos y los de otros miembros de su familia en virtud de este Contrato pueden cancelarse inmediatamente a nuestra discreción. A cualquier persona que reciba los servicios u otros beneficios a los que no tenga derecho en virtud de las disposiciones de este Contrato se le cobrarán por lo tanto las tarifas que generalmente se cobran en el área por servicios médicos, hospitalarios y otros servicios de atención médica.

DEFINICIONES

Al ser utilizados en este Contrato, los siguientes términos tienen el significado de abajo, salvo lo definido específicamente de otra manera.

Abuso de sustancias se refiere al uso excesivo, abuso o dependencia de alcohol, drogas o sustancias químicas.

Acupuntura es el uso de agujas insertadas y removidas del cuerpo y el uso de otros dispositivos, modalidades y procedimientos en lugares especiales del cuerpo para la prevención, cura o corrección de cualquier enfermedad, padecimiento, lesión, dolor u otra condición por medio del control y regulación del flujo y balance de la energía y funcionamiento de la persona para restaurar y mantener su salud.

Afección es un grupo de diagnósticos relacionados con el mismo órgano, sistema o proceso de enfermedad.

Agencia de atención médica a domicilio es la agencia u organización que:

- Se especializa en brindar atención de enfermería o servicios terapéuticos a domicilio;
- Está autorizada para brindar dicha atención o servicios por parte del organismo de expedición de licencias correspondiente donde se prestan los servicios o está certificada como Agencia de atención médica a domicilio bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social de 1965, y sus enmiendas;
- Opera dentro del alcance de su licencia de certificación y
- Mantiene un expediente médico completo de cada paciente.

La agencia de atención médica a domicilio no significa ningún otro servicio o agencia similar que no cumpla con esta definición, incluso si el servicio o la agencia cumple con algunos de los requisitos anteriores o proporciona algunos o todos los servicios que puede proporcionar una agencia de atención médica a domicilio.

Alcoholismo es la dependencia o abuso de alcohol según el criterio establecido en el Manual de diagnóstico y estadísticas VI en referencia a este trastorno.

Ambulancia es un vehículo con licencia solo como ambulancia emitida por el cuerpo regulatorio local para realizar traslados de emergencia al hospital o de un hospital a otro centro de atención médica, para aquellas personas que no pueden viajar por otros medios para recibir atención médica o que el hospital no puede brindarles la atención que necesitan. Los cargos de ambulancia aérea se pagan solo por el transporte de un centro de emergencia al hospital más cercano equipado para tratar la afección en lugar del servicio local de ambulancia.

Año calendario es el período que inicia el 1 de enero y termina el 31 diciembre de cada año. El año calendario inicia en la fecha de entrada en vigor de la cobertura de un Miembro y finaliza el 31 de diciembre, que puede ser menos de 12 meses.

Aparatos ortopédicos a la medida son los aparatos ortopédicos que son fabricados individualmente para un paciente específico, iniciando con materiales básicos, incluyendo, pero sin limitarse a: plástico, metal, cuero o tela en forma de hojas, barras, etc. Involucra trabajo substancial como cortar, envolver, moldear, coser, etc. También puede involucrar la incorporación de componentes prefabricados Incluye más que adornar y envolver, o hacer otras modificaciones a un producto substancialmente prefabricado.

Aparatos/Dispositivos ortopédicos/Órtesis significa un dispositivo de soporte rígido o semirrígido personalizado construido y colocado por un técnico ortopédico autorizado que apoya o elimina el movimiento de una parte del cuerpo débil o enferma.

Apelación es el proceso formal por el cual usted, una persona actuando en su nombre o su proveedor registrado puede solicitar la reconsideración de una determinación adversa.

Área de servicio es el área geográfica que CHRISTUS Health Plan está autorizado por ley para la prestación de sus servicios. En este folleto se proporciona el mapa del área de servicio de CHRISTUS Health Plan.

Asistente médico es una persona que se ha graduado de un programa de asistente médico o asistente cirujano reconocido a nivel nacional o que actualmente está certificado por la Comisión Nacional para la Certificación de Asistentes Médicos. Un asistente médico debe tener licencia para practicar medicina bajo la supervisión de un médico con licencia en el estado en el que ejercen.

Atención de emergencia o **Servicios de atención de emergencia** son servicios de atención médica suministrados en un hospital o centro de emergencias, centro de atención médica independiente, o centro de emergencias similar para evaluar y estabilizar condiciones médicas de emergencia.

Atención de enfermería especializada se refiere a los servicios que un médico ordena que requieren de las habilidades clínicas y el personal profesional de un enfermero registrado (RN) o enfermero práctico registrado (LPN). La atención especializada se presta directamente por o bajo la supervisión de dicho personal a un paciente que necesita esos servicios las veinticuatro (24) horas del día, junto con otro tratamiento, para recuperarse de una enfermedad o lesión. La atención especializada no incluye cuidado de custodia.

Atención de seguimiento es el contacto con, o reexamen de un paciente a quien se le han recomendado intervalos de seguimiento de diagnóstico o durante un tratamiento.

Atención gestionada significa un sistema o técnica(s) generalmente utilizada(s) por pagadores terceros o sus agentes para influir en el acceso a y controlar el pago de los servicios de atención médica. Las técnicas de atención gestionada incluyen a menudo uno o más de los siguientes:

- Revisión previa, simultánea y retrospectiva de la necesidad médica y la idoneidad de los servicios o el sitio para la prestación de los servicios;
- Contratos con proveedores de atención médica seleccionados;
- Incentivos o desincentivos financieros para que los afiliados utilicen determinados proveedores, servicios o sitios para la prestación de los servicios;
- Acceso controlado a y coordinación de los servicios por parte de un Administrador de casos y
- Esfuerzos del pagador para identificar alternativas de tratamiento y modificar las restricciones de beneficios para la atención de pacientes de costos altos.

Atención urgente significa servicios de atención médica médicamente necesarios brindados en emergencias o después del horario laboral de atención de un médico de atención primaria para tratar afecciones imprevistas debido a una enfermedad o lesión que no pongan en peligro la vida, pero requieren atención médica inmediata.

Autorización previa es la decisión emitida por un Plan de atención médica de que un servicio de atención médica solicitado por un médico/proveedor o Persona cubierta se ha revisado y, con base en la información disponible, cumple con los requisitos de atención médica del Plan para la Cobertura y Necesidad médica y que, por lo tanto, los servicios de atención médica solicitados están autorizados.

Beneficio cubierto o **Servicio(s) cubierto(s)** son los beneficios o servicios en los que un Miembro utiliza o que se usan en su nombre para aquellos servicios o suministros que son:

- Administrados u ordenados por un médico u otro proveedor calificado;
- Son médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad;
- No están excluidos en ninguna de las disposiciones de este Contrato y
- Se utilizan mientras la cobertura del Miembro está vigente bajo el Contrato.

Un servicio cubierto debe utilizarse en la fecha en la cual el servicio o suministro dio lugar al gasto o cargo que se reportó u obtuvo.

Beneficios médicos esenciales son determinados por Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) bajo Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente (PPACA) y están sujetos a cambios, pero actualmente incluyen las siguientes categorías generales de servicios: Servicios para pacientes ambulatorios; servicios de atención de emergencia; hospitalización; maternidad y servicio para los recién nacidos; servicio para tratar trastornos conductuales, enfermedades mentales o afecciones por abuso de sustancias; servicios y dispositivos de habilitación y de rehabilitación; servicios de laboratorio; servicios de prevención

y bienestar; servicios relacionados con el manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, incluyendo atención bucal y oftalmológica.

Biológicos son compuestos médicos preparados de organismos vivos y o sus productos.

Biorretroalimentación es la terapia que brinda una auditoría visual u otra evidencia del estado de ciertas funciones del cuerpo, para que la persona pueda ejercer control voluntario sobre sus funciones y de ahí aliviar la condición anormal del cuerpo.

Cancelación de la cobertura significa la cancelación o no renovación de la cobertura provista por un plan de atención médica a un demandante, pero no incluye una cancelación voluntaria por parte de un demandante o la cancelación de un plan de beneficios de salud.

Cargo permitido es la cantidad que hemos determinado que sea el máximo por pagar para servicios cubiertos. El monto que pagar por los servicios cubiertos brindados por proveedores no participantes será ya sea la tarifa acordada por nosotros y el proveedor no participante, o con base en nuestra lista de tarifas fuera de la red. La lista de tarifas fuera de la red es la tarifa usual y habitual basada en la cantidad proporcional de CHRISTUS negociada para los servicios dentro de la red, y que es consistente con lo que se reconoce a nivel nacional y que es generalmente aceptado por la mayoría y la lógica. Nuestra lista de tarifas fuera de la red se basa en los estándares y las prácticas de la industria generalmente aceptados para determinar los cargos facturados cotidianamente por un servicio, y que con justicia y exactitud reflejan las tarifas del mercado, incluyendo las diferencias geográficas en los costos, y que es consistente con lo que se reconoce a nivel nacional y que es generalmente aceptado por la mayoría y la lógica.

Centro de atención médica es el centro que brinda servicios de atención médica, incluyendo un hospital, clínica de emergencias, clínica para pacientes ambulatorios u otro centro que proporcione servicios de atención médica.

Centro de atención terciaria es una unidad hospitalaria que brinda atención especializada a pacientes de alto riesgo. El centro proporciona y coordina los sistemas de transporte, comunicación, educación y análisis de datos para el área geográfica a la que sirve.

Centro de enfermería especializada no incluye ningún centro que sea principalmente un hogar de descanso, un centro para el cuidado de personas mayores o para el tratamiento del abuso de drogas, trastorno mental, tuberculosis o atención intermedia, de custodia o educativa.

Centro de enfermería especializada significa un lugar que:

- 1) Opera legalmente como un centro de enfermería especializada;
- 2) Se dedica principalmente a proporcionar, además de alojamiento en habitaciones y alimentación, atención de enfermería especializada bajo la supervisión de un médico;
- 3) Proporciona servicio continuo de enfermería las 24 horas del día por o bajo la supervisión de un enfermero práctico registrado;
- 4) Mantiene un registro médico diario de cada paciente; y

- 5) Proporciona servicios de rehabilitación, como terapia física, ocupacional y del habla, y puede proporcionar otros servicios multidisciplinarios, como terapia respiratoria, servicios de nutrición/dietética y trabajo social médico.

Centro de Tratamiento Residencial se refiere a un centro de nivel no agudo con credenciales, proporciona alojamiento durante la noche, es supervisado por personal médico, tiene un programa de tratamiento estructurado y cuenta con personal disponible las 24 horas del día.

Centro quirúrgico ambulatorio es el centro (que no sea un hospital) cuya función primaria es la de realizar procedimientos quirúrgicos en una base ambulatoria y el para los cuales tiene la debida licencia emitida por el estado y autoridad local correspondiente para brindar servicios a pacientes ambulatorios.

Certificación es la decisión emitida por un plan de salud de que un servicio de atención médica solicitado por un proveedor o demandante se ha revisado y, con base en la información disponible, cumple con los requisitos del plan de atención médica de cobertura y necesidad médica y que, por lo tanto, los servicios de atención médica solicitados están autorizados.

Cirugía bariátrica es la cirugía que modifica el tracto gastrointestinal para reducir el consumo de calorías y por lo tanto reducir el peso de la persona.

Cirugía cosmética es la cirugía realizada principalmente para mejorar la apariencia y la autoestima; esta cirugía puede incluir una modificación de las estructuras normales del cuerpo.

Cobertura/Cubierto son los beneficios extendidos bajo este Contrato, sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de este Contrato.

Codependencia es un término popular que se refiere a todos los efectos que tienen las personas que son dependientes del alcohol u otras sustancias sobre aquellos que viven cerca, incluyendo los intentos de aquellas personas para afectar a la persona dependiente.

Comisionado es el Comisionado de seguros de Louisiana.

Compensación de los trabajadores se refiere al plan de compensación de los trabajadores de cualquiera de los 50 estados de los Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Samoa Americana, Guam, Puerto Rico y las Islas Vírgenes; así como los sistemas provistos bajo la Ley de Compensación de los Trabajadores Federales y la Ley de Compensación para Estibadores y Trabajadores Portuarios, y cualquier otra compensación federal, estatal, de condado o municipal; leyes relativas a enfermedades ocupacionales u otras leyes de responsabilidad del empleador u otra legislación de propósito o intención similar.

Condición médica de emergencia es una lesión o condición médica severa que se presentó recientemente y con severidad, que incluye dolor intenso. La lesión o afección médica que conduciría a una persona razonable y prudente, con un conocimiento promedio de medicina y salud, a considerar que si no consigue atención médica inmediata podría: (a) poner en alto riesgo

la salud o la vida de la persona (b) resultar en una discapacidad grave de las funciones del cuerpo (c) resultar en una discapacidad grave de algún órgano o parte del cuerpo; (d) resultar en una desfiguración grave; (e) o en caso de una mujer embarazada, poner en alto riesgo la salud del feto.

Copago es el monto que los Miembros deben pagar para a un proveedor participante u otro proveedor autorizado por la provisión de servicios de atención médica.

Coseguro es la responsabilidad financiera compartida por los gastos cubiertos entre el asegurado y este Plan, expresado como un porcentaje.

Costos compartidos son las contribuciones que los Miembros realizan por los costos de sus servicios de atención médica cubiertos, tal como se define en el Contrato. Estos incluyen deducibles y copagos.

Craneomandibular la articulación en donde la mandíbula se une al cráneo. También llamada articulación temporomandibular (ATM).

Cuidado de custodia es principalmente el servicio para la comodidad o conveniencia personal, que brinda cuidado de mantenimiento, prevención o protección en general sin ninguna probabilidad clínica de mejorar la condición del Miembro. El cuidado de custodia también son aquellos servicios que no requieren habilidades técnicas, capacitación profesional o habilidades de evaluación clínica de personal de enfermería o médico para ser desempeñados con efectividad y seguridad. Estos servicios pueden ser brindados con seguridad por personal capaz y capacitado que no sea profesional, para asistir con las necesidades médicas de rutina (por ejemplo: cuidado de un vendaje, administración de medicamentos de rutina, etc.) y son para asistir en las actividades cotidianas (como bañarse, alimentarse, vestirse, etc.).

Deducible es parte de la contribución que los Miembros hacen al costo de su atención médica, también se conoce como gasto compartido. Es ese monto que el Miembro debe pagar cada año calendario, directamente al profesional/proveedor por los servicios de atención médica cubiertos antes de que CHRISTUS Health Plan empiece a pagar los beneficios cubiertos. El deducible puede no aplicar a todos los servicios de atención médica.

Demandante es el miembro, médico, proveedor o persona designada para actuar en el nombre de un Miembro para ingresar una queja.

Dentro de la red se refiere a la atención que se recibe de un proveedor participante.

Departamento es el Departamento de seguros de Louisiana.

Determinación adversa significa

- Una determinación por parte del Plan o su Revisión de utilización de que, con base en la información proporcionada, una solicitud de un beneficio bajo el Plan de beneficios de salud del Plan tras la aplicación de cualquier técnica de Revisión de utilización no cumple con los requisitos del Plan en cuanto a necesidad médica, idoneidad, ámbito de atención médica, nivel de atención o efectividad, o se determina que es experimental o de investigación y, por lo tanto, el beneficio solicitado se deniega, reduce o se da por terminado o no se realiza el pago, en todo o en parte, por el beneficio;
- La denegación, reducción, terminación o no realización del pago, en todo o en parte, de un beneficio con base en una determinación de un HHI (o URO) respecto a la elegibilidad de un asegurado para participar en el plan de beneficios de salud del emisor del seguro médico;
- Cualquier determinación de una revisión proyectiva o una revisión retrospectiva por la cual se deniegue, reduzca, dé por terminado un beneficio o no proporcione o no realice el pago, en todo o en parte, de tal beneficio bajo un plan de beneficios de salud o
- Una determinación de rescisión de cobertura.

Director médico es un médico cuya función es administrar la prestación de servicios de atención médica a nuestros Miembros.

Enfermedad que pone en riesgo la vida se refiere a una afección importante, grave o aguda por la que es probable que una persona muera.

Enfermedad significa un padecimiento o una enfermedad, incluidas todas las afecciones y sucesos relacionados que requieren servicios de atención médica.

Enfermedad urgente es una enfermedad que no pone en peligro la vida y que requiere atención médica inmediata. Algunos ejemplos de situaciones urgentes incluyen esguinces, una fiebre que se eleva a pesar de haber tomado medicamentos, un nuevo dolor de oído, un ataque de asma en el que los medicamentos no ayudan, una mordedura de animal, un objeto en el ojo o una infección en los ojos, un corte que puede necesitar sutura, un niño con vómitos o diarrea intensos, un posible hueso roto, dificultad para respirar, un dolor de garganta, síntomas de gripe, una infección del tracto urinario o una migraña para el cual los medicamentos no alivian el dolor.

Enfermedad/trastorno mental es cualquier condición incluida en el Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales (DSM IV, o edición actual) y/o en la Sección de trastornos mentales de la Clasificación internacional de enfermedades.

Enfermera partera certificada es la persona certificada por el Consejo de enfermería como Enfermera registrada y a quien el Departamento de Salud de Louisiana le ha emitido una licencia como Enfermera partera certificada.

Enfermero práctico registrado (LPN) significa una persona que ha recibido capacitación especializada en enfermería y experiencia práctica en enfermería y está debidamente autorizado para prestar servicios de enfermería por el estado o agencia reguladores responsable de dicha licencia en el estado en que esa persona realiza dicho servicio.

Enfermero profesional certificado es un enfermero avalado por el Consejo de enfermería para ejercer la práctica como enfermero profesional certificado. El nombre y la información pertinente de un enfermero profesional certificado se ingresa en la lista de enfermeros profesionales certificados del Consejo de enfermería de Louisiana.

Enfermero registrado es una persona que ha recibido capacitación especializada en enfermería, está autorizada a usar la designación de (RN) y está debidamente facultado por el estado o agencia reguladora responsable de dicha licencia en el estado en que la persona presta dichos servicios de enfermería.

Ensayo clínico es estudio de investigación que prospectivamente asigna a participantes humanos o grupos de personas para una o más intervenciones relacionadas con la salud para evaluar los efectos de los resultados en su salud.

Equipo médico duradero es el equipo o suministros recetados por un profesional/proveedor, que son médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión accidental, o para prevenir el futuro deterioro del Miembro. Este equipo está designado para uso recurrente, generalmente no es útil si no hay enfermedad o lesión accidental, e incluye artículos como equipo de oxígeno, silla de ruedas, camas hospitalarias, muletas y otro equipo médico.

Errores congénitos del metabolismo (IEM, en inglés) significa una enfermedad causada por una anomalía hereditaria de la química del cuerpo e incluye las siguientes enfermedades:

- Acidemia glutárica
- Acidemia isovalérica
- Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce
- Acidemia metilmalónica
- Fenilcetonuria
- Acidemia propiónica
- Tirosinemia
- Trastorno en el ciclo de la urea

Especialista es un médico que proporciona servicios cubiertos para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Los ejemplos incluyen internistas que atienden enfermedades de los órganos internos en adultos; oncólogos que atienden pacientes con cáncer; cardiólogos que atienden pacientes con enfermedades cardíacas; y ortopedistas que atienden pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares, y psiquiatras que atienden a Miembros con trastornos conductuales o enfermedades/trastornos mentales.

Estándares uniformes significa todas las regulaciones para profesionales generalmente aceptadas, regulaciones para profesionales basadas en la evidencia o regulaciones para profesionales desarrolladas por el gobierno federal o sociedades médicas, juntas y asociaciones nacionales y profesionales, y cualquier criterio de revisión clínica aplicable, políticas, regulaciones para profesionales o protocolos desarrollados por el plan de salud, de conformidad con las regulaciones para prácticas profesionales nacionales y federales que utiliza un plan de atención médica para determinar si se debe certificar o denegar un servicio de atención médica solicitado.

Experimental o de investigación es un tratamiento, servicio o dispositivo de atención médica que recientemente ha sido desarrollado científicamente o que tiene bases de apoyo clínico que demuestran su potencial eficacia en el tratamiento, servicio, o dispositivos, pero que aún no ha sido ampliamente aceptado como un estándar prevaleciente de tratamiento.

Reducciones de costo compartido federal significan las reducciones en el Gasto compartido proporcionadas por la ley federal para una persona elegible, por ejemplo, una persona inscrita en un plan a nivel Silver en el Intercambio o para una persona que es Indígena Americano o Nativo de Alaska inscrita en un QHP en el Intercambio.

Fecha de cancelación corresponde a las 11:59 p. m. del último día del mes para el que se pagaron las primas y la fecha en que finaliza la cobertura del Miembro.

Fecha efectiva es a las 12:01 a. m. de la fecha en la cual la cobertura del Miembro entra en vigor.

HHS es el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Hospital es una institución autorizada, acreditada o certificada por el Estado que proporciona servicios de atención médica bajo el cuidado de un médico que:

- 1) Ofrece servicio de enfermería 24 horas por enfermeros registrados certificados (RN);
- 2) Principalmente brinda atención diagnóstica y terapéutica bajo la supervisión de médicos estando confinado en el hospital y
- 3) Mantiene instalaciones quirúrgicas permanentes o tiene un acuerdo con otro centro quirúrgico supervisado por un miembro del personal de uno o más médicos.

El hospital también incluye ciertas instituciones financiadas con impuestos, que podrían no estar obligadas a mantener instalaciones quirúrgicas. Hospital no significa centros de salud, hogares de reposo, asilos de ancianos, centros de enfermería especializada, hogares para convalecientes, hogares de acogida para ancianos o instituciones similares.

Hospital para pacientes ambulatorios es un lugar para recibir Servicios cubiertos mientras no sea un paciente hospitalizado. Los servicios considerados para pacientes ambulatorios incluyen, entre otros, los servicios en una sala de emergencias, independientemente de si posteriormente ingresa como paciente hospitalizado en un hospital.

Intercambio hace referencia al Intercambio de Seguros Médicos.

Lesión accidental una lesión física causada únicamente por un medio externo, traumático e imprevisto. La lesión accidental no incluye las enfermedades o infecciones, hernia o accidente cerebrovascular. Lesión dental causada por masticar, morder o maloclusión no se consideran una lesión accidental.

Lesión cerebral adquirida una lesión cerebral después del nacimiento no es congénita ni degenerativa y evita que el cerebro funcione normalmente. Las lesiones cerebrales pueden ser leves, moderadas o severas y pueden traer como consecuencia la pérdida de memoria, cambio de personalidad, disfunción mental, problemas con el control de la ira, alteraciones en el juicio o pérdida del juicio.

Lesión es una lesión corporal debido a un accidente que resulta única, directa e independientemente de una enfermedad, afección corporal o cualquier otra causa.

Lista de medicamentos (Formulario) es la lista de productos de medicamentos cubiertos, elegidos por nosotros con asesoría de un equipo de proveedores de atención médica, que representa a las terapias de tratamiento que se consideran parte de un programa de tratamiento de calidad. Puede obtener su *Lista de medicamentos* llamando al número de teléfono en su tarjeta de identificación.

Madre incapacitada temporal y médicamente se refiere a una mujer que ha dado a luz recientemente y cuyo médico ha informado que un viaje normal sería peligroso para su salud.

Mamografía de detección, o "mamografía de baja dosis", significa el examen por rayos X del seno utilizando un equipo dedicado específicamente para mamografía, que incluye un tubo de rayos x, filtro, dispositivo de compresión, pantallas, películas y casetes, con una exposición media a la radiación de menos de una radiación de medio seno, con dos proyecciones para cada seno.

Maternidad significa Cobertura para atención prenatal, intraparto, perinatal o posparto.

Máximo desembolso directo anual es un monto específico de efectivo por servicios cubiertos recibidos en un año calendario que es lo más que el Miembro pagará (gastos de responsabilidad compartida) por ese año calendario.

Medicaid significa el Título XIX y/o el Título XXI de la Ley de Seguridad Social y todas sus enmiendas.

Médicamente necesario significa un tratamiento, medicamento, dispositivo, procedimiento, suministro o servicio que es necesario y conveniente para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, de acuerdo con los estándares de práctica médica generalmente aceptados en los Estados Unidos en el momento en que se brinda.

Un tratamiento, medicamento, dispositivo, procedimiento, suministro o servicio no se considerarán médicamente necesarios si:

- Es experimental, de investigación o con fines de investigación;
- Se proporciona únicamente con fines educativos o para la conveniencia del paciente, la familia del paciente, el médico, el hospital o cualquier otro proveedor;
- Excede en alcance, duración o intensidad el nivel de atención que se necesita para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado, y donde el tratamiento en curso tiene una finalidad de cuidado de mantenimiento o prevención.
- Podría haberse omitido sin afectar adversamente la afección del paciente o la calidad de la atención médica;
- Implica el tratamiento o el uso de un dispositivo médico, medicamento o sustancia no aprobada formalmente por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de EE. UU. o
- Implica un servicio, suministro o medicamento que no es considerado razonable y necesario en virtud del Manual de problemas de cobertura de Medicare de la Administración para el financiamiento de servicios de salud (Healthcare Financing Administration Medicare Coverage Issues Manual).

Es posible que le solicitemos a usted o a su proveedor que proporcionen literatura científica revisada por pares y basada en evidencias que demuestre que el servicio es necesario para la salud del Miembro.

Medicamentos recetados son medicamentos para los cuales la venta o despacho legal requiere la orden de un proveedor con autoridad legal para recetar medicamentos.

Medicare significa el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y todas sus enmiendas.

Médico corresponde a uno de los siguientes:

- Un doctor en medicina, cirugía u osteopatía;
- Un doctor en podología o un doctor en quiropráctica o
- Cualquier otro proveedor con licencia a quien la ley estatal debe reconocer como médico y que actúa dentro del alcance de su licencia para tratar una enfermedad o lesión.

Médico de atención primaria o proveedor de atención primaria o PCP es el médico u otro proveedor a quien usted ve primero para tratar la mayoría de sus problemas de salud. Su PCP se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerlo saludable. Su PCP también puede hablar con otros médicos y proveedores sobre su atención y referirlo a ellos. Los PCP incluyen, entre otros, médicos de familia, médicos generales, internistas, pediatras, obstetras y/o ginecólogos (OB/GYN). Su PCP es el responsable de brindarle los servicios de atención médica primaria. Estos servicios incluyen: exámenes anuales, vacunación de rutina y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas que no sean consideradas una emergencia.

Miembro es una persona:

- Que cumple con cada uno de los requisitos de inscripción y elegibilidad descritos en este Contrato;
- Que ha sido debidamente inscrito en la cobertura con nosotros y
- Para quien hemos recibido cualquier Prima requerida para la cobertura inscrita.

Nosotros, Nuestro, A nosotros, y CHRISTUS se refieren a CHRISTUS Health Plan.

Obstetra/Ginecólogo (OB/GYN) es un médico que reúne los requisitos de la Junta o está certificado por la Junta Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, o por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos Osteopáticos.

Orden médica calificada de manutención de menores es una orden de una agencia o tribunal estatal o federal. Requiere que una persona proporcione cobertura médica para dependientes específicos.

Organización de Revisión Independiente (IRO) significa una entidad que lleva a cabo revisiones externas independientes de determinaciones adversas y determinaciones adversas definitivas. Para asuntos que involucren un problema de necesidad médica, idoneidad, ámbito de atención médica, nivel de atención, efectividad o una rescisión, un emisor de seguro médico notificará por escrito al asegurado sobre su derecho a solicitar una revisión externa que se realice de conformidad con RS 22: 2436 a 2438.

Organización para el Mantenimiento de la Salud es la persona que se compromete a brindar o hacer arreglos para suministrar servicios de atención médica básicos a los miembros en una base de prepago, salvo por la responsabilidad, los copagos o los deducibles del Miembro.

Paciente hospitalizado usted es un paciente registrado en cama y se lo trata como tal en un hospital.

Pagos anticipados del crédito fiscal federal para primas (Advance Payments of the Federal Premium Tax Credit, APFPTC) significa el pago de los créditos fiscales según lo especificado en la sección 36B del Código de los Estados Unidos (según modificación aportada por la sección 1401 de PPACA) y que se proporcionan con anticipación a una persona elegible inscrita en un QHP individual a través de un Intercambio, de conformidad con las secciones 1402 y 1412 de PPACA.

Persona calificada significa, con respecto al Intercambio, una persona que se ha determinado elegible para inscribirse a través del Intercambio en un Plan de salud calificado en el mercado de Intercambio individual y de grupos pequeños

Plan de atención médica es una persona que tiene un certificado de autoridad vigente, que razonablemente actúa como una Organización para el mantenimiento de la salud, plan de atención médica sin fines de lucro o plan dental prepagado.

Plan de beneficios de salud es el plan de salud o contrato, certificado o acuerdo ofrecido o emitido por un plan de atención médica o un administrador de planes para brindar, suministrar o coordinar el pago o reembolso de los gastos por servicios de atención médica.

Plan de salud calificado o **QHP** significa la cobertura médica que se ha determinado que cumple con los requisitos de la ley estatal y federal para que la cobertura se ofrezca a través del Intercambio.

Plan significa el plan de beneficios de salud establecido por CHRISTUS Health Plan y que el Miembro ha seleccionado para la prestación de servicios de atención médica a los Miembros, en su forma existente en la fecha de entrada en vigor de este Contrato o sus modificaciones posteriores como se prevé aquí.

PPACA significa la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio.

Profesional de atención médica es el médico u otro profesional de atención médica, incluyendo un farmacéutico que tenga licencia, certificado o esté autorizado por el estado para brindar servicios de atención médica según la ley del estado.

Programa de atención a enfermos terminales significa una organización debidamente autorizada para proporcionar servicios del Programa de atención para enfermos terminales. Un centro de atención para enfermos terminales aprobado debe contar con una licencia cuando sea requerido, contar con la certificación de Medicare como centro de atención para enfermos terminales o acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO) como centro de atención para enfermos terminales.

Proveedor no participante significa un proveedor que no es un proveedor participante y que ofrece servicios fuera del área. También se le puede llamar un proveedor fuera de la red.

Proveedor participante es un médico, proveedor, hospital o centro de atención médica que tiene un acuerdo con nosotros para aceptar nuestras tarifas y pagos como pago total por la prestación de los servicios de atención médica a los Miembros. También se le puede llamar un proveedor de la red.

Proveedor significa un hospital, médico u otro profesional de las artes sanadoras debidamente autorizado a prestar servicios de atención médica dentro del alcance de su licencia.

Queja administrativa es una queja oral o escrita enviada por o en nombre de un demandante en relación con cualquier aspecto de un plan de beneficios de salud aparte de una solicitud de servicios de atención médica, incluyendo, pero no se limitan a:

- Prácticas administrativas del plan de atención médica que afecten la disponibilidad, entrega o calidad de los servicios de atención médica;
- Pago de reclamaciones, manejo o reembolso de servicios de atención médica y
- Cancelación de la cobertura

Queja es cualquier estado de insatisfacción relacionado con cualquier aspecto de la operación de la organización y mantenimiento de la salud, expresado por un demandante, verbalmente o por escrito, ante la Organización para el Mantenimiento de la Salud.

Recién nacido significa bebés desde el momento del nacimiento hasta la edad de un mes o hasta que el bebé esté lo suficientemente bien como para ser dado de alta de un hospital o unidad de cuidados especiales neonatales a su hogar, rigiendo de estos dos periodos el que sea más largo.

Red de proveedores significa una lista de los proveedores que son proveedores participantes.

Rehabilitación significa la atención para la restauración (incluso por educación o capacitación) de la capacidad previa de un Miembro para funcionar a un nivel máximo de beneficio terapéutico. Este tipo de atención debe ser Rehabilitación aguda, Rehabilitación subaguda o día intensivo de Rehabilitación e incluye Terapia de rehabilitación y programas de control del dolor. Se considerará que una hospitalización como paciente hospitalizado es para fines de Rehabilitación en el momento en que el Miembro se haya estabilizado médicamente y comience a recibir terapia de rehabilitación o tratamiento bajo un programa de control del dolor.

Rescisión de cobertura significa una cancelación o interrupción de la cobertura que tiene un efecto retroactivo, una cancelación o interrupción de la cobertura no es una rescisión si:

- La cancelación o discontinuación de la cobertura solo tiene un efecto prospectivo o
- La cancelación o discontinuación de la cobertura se hace efectiva de forma retroactiva en la medida en que se atribuya a la falta de pago oportuno de las primas o contribuciones requeridas para el costo de la cobertura.

Revisión de uso simultáneo Es un formulario de revisión de uso para servicios de atención médica que se están llevando a cabo para una extensión de tratamiento, más allá de los servicios de atención médica autorizados previamente.

Revisión de utilización o Gestión de utilización es el proceso de revisión y gestión de las afecciones médicas de un Miembro para que el Miembro reciba la atención adecuada, en el momento correcto por parte del proveedor que corresponda. Este proceso maximiza los beneficios y garantiza una atención médica de calidad.

Segundas opiniones brindan la oportunidad o necesidad de obtener una evaluación clínica por parte de un proveedor que no sea el que originalmente hizo una recomendación para un servicio de salud propuesto para evaluar la necesidad médica y la idoneidad del servicio de salud propuesto inicialmente.

Servicio de diagnóstico son los procedimientos ordenados por un profesional/proveedor para determinar una condición o enfermedad definida, o para verificar el estatus médico de una condición o enfermedad existente.

Servicios de atención médica es, según la extensión ofrecida por el plan, servicios, suministros o procedimientos de diagnóstico, prevención, tratamiento, cura o alivio de una condición médica, enfermedad, lesión o padecimiento incluyendo, según la extensión ofrecida por el plan de beneficios de salud, servicios de salud mental y física, incluyendo servicios de salud mental basados en la comunidad y servicios por discapacidad o retrasos en el desarrollo.

Servicios de atención primaria son servicios prestados por un PCP o proveedor primario de servicios de atención médica.

Servicios de prótesis significa la ciencia y la práctica de evaluar, medir, diseñar, fabricar, ensamblar, colocar, alinear, ajustar o dar servicio a una prótesis por medio del reemplazo de partes externas de un cuerpo humano perdidas por amputación o deformidades congénitas para restaurar la función, estética o ambos.

Servicios del Programa de atención para enfermos terminales significa un programa administrado de forma centralizada diseñado para proporcionar atención física, psicológica y espiritual para los enfermos terminales y sus familias. El objetivo de la atención para enfermos terminales es permitir que el proceso de muerte proceda con un mínimo de incomodidad para el paciente, al mismo tiempo que se mantiene la dignidad y la calidad de vida. Los servicios del programa de atención para enfermos terminales están disponibles en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en una unidad especial de atención para enfermos terminales.

Servicios excluidos son los servicios de atención médica que no son servicios cubiertos y por los cuales no pagaremos.

Servicios fuera de la red significa los servicios de atención médica obtenidos de un proveedor no participante.

Servicios para pacientes ambulatorios son aquellos servicios de atención médica provistos en el consultorio del médico, clínica, centro médico o centro quirúrgico ambulatorio en el cual la estadía del paciente no dura más que 24 horas.

Servicios y dispositivos de habilitación son servicios o dispositivos de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus destrezas y a ser funcional en la vida cotidiana. Los ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina o no habla a la edad esperada. Estos servicios podrían incluir terapia ocupacional y fisioterapia, patología del habla-

lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados y/o pacientes no hospitalizados.

Solicitud son los formularios que cada Miembro debe completar al momento de inscribirse en nuestra cobertura.

Soporte nutricional significa la administración de preparaciones sólidas, en polvo o líquidas proporcionadas por vía oral o mediante alimentación por sonda enteral. Únicamente se cobre cuando se requiere alimentación por sonda enteral.

Subluxación significa desalineación, demostrable mediante radiografías o examen quiropráctico, que produce dolor y se puede corregir mediante manipulación con las manos.

Suscriptor se refiere a una persona que es el titular del contrato y es responsable del pago de las primas a CHRISTUS Health Plan.

Telemedicina significa un servicio de atención médica provisto por un médico registrado en Louisiana o un profesional de la salud que actúa bajo delegación y supervisión de un médico registrado en Louisiana y que actúa dentro del alcance de su licencia de médico o profesional de la salud para tratar a un paciente en una ubicación física diferente que el médico o profesional de la salud que utiliza telecomunicaciones o tecnología de la información.

Telesalud significa un servicio, que no sea un servicio médico de telemedicina, provisto por un profesional de la salud autorizado, certificado o de otro modo habilitado para ejercer en Louisiana y que actúa dentro del alcance de su licencia, certificación o derecho para tratar a un paciente con diferente ubicación física que el profesional de la salud que utiliza telecomunicaciones o tecnología de la información.

Terapia de infusión a domicilio significa la administración de líquidos, nutrientes o medicamentos (incluidos todos los aditivos y la quimioterapia) por infusión intravenosa o gastrointestinal (enteral) o por inyección intravenosa en el hogar. La terapia de infusión a domicilio incluye:

- Medicamentos y soluciones IV;
- Servicios de composición y despacho de farmacia;
- Todos los equipos y suministros auxiliares requeridas por la terapia definida;
- Servicios de entrega;
- Educación del paciente y su familia;
- Servicios de enfermería.

Terapia de Rehabilitación significa terapia física, ocupacional, del habla o respiratoria.

Terapia del habla se refiere al tratamiento y los ejercicios para tratar los trastornos de la voz, el habla y la deglución debido a enfermedades o lesiones diagnosticadas proporcionados por un proveedor calificado.

Terapia física es una terapia para la preservación, mejora o restauración del movimiento y la función física deteriorada o amenazada por enfermedad o lesión que utiliza ejercicio terapéutico, modalidades físicas (como masajes y electroterapia), dispositivos de ayuda y educación y capacitación del paciente.

Terapia ocupacional significa actividad terapéutica constructiva diseñada y adaptada para promover la restauración de la función física útil y mejorar la capacidad funcional de un Miembro para realizar actividades cotidianas.

Terapia respiratoria significa un programa de acondicionamiento físico individualizado, supervisado médicamente, diseñado y adaptado para promover y mejorar la salud y el bienestar pulmonar y respiratorio de un Miembro e incluye ejercicios simples de respiración y asesoramiento sobre la postura y el uso de dispositivos complementarios que ayuden a eliminar el exceso de mucosidad de las vías respiratorias y mejorar la fuerza de los pulmones. Los terapeutas respiratorios lo entrenan en higiene bronquial, uso adecuado de inhaladores y la manera correcta de respirar.

Trastorno conductual es una discapacidad caracterizada por mostrar comportamientos con suficiente duración, frecuencia e intensidad, por un período prolongado, que se desvíe significativamente de las normas socialmente aceptables para la edad y situación de una persona.

Trastorno de espectro de autismo es un trastorno neurobiológico que incluye el autismo, el síndrome de Asperger o el trastorno de desarrollo generalizado, no especificado en otra forma.

Usted, Su y a Usted se refieren al Miembro.