

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no puedan acceder por completo a la siguiente información. Para obtener ayuda, llame al 1-844-365-7373 (TTY: 711).

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos desde un teléfono inteligente o una tableta, se necesita la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en su tienda de aplicaciones.

No discriminación

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina, excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, lo cual es ilegal.

Además, brindamos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades y que necesitan asistencia de idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducciones u otros servicios, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos suministrado estos servicios o que ha sufrido algún tipo de discriminación por los motivos que se mencionaron, puede presentarle una queja formal al coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de planes HMO en California: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779)

1-800-648-7817, TTY: 711

Fax: 859-425-3379 (clientes de planes HMO en California: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 u 800-537-7697 (TDD).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes Coventry Health Care y sus filiales (Aetna).

Asistencia en su idioma

TTY: 711

English	To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.
Spanish	Para acceder a los servicios lingüísticos sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
Vietnamese	Để sử dụng các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, vui lòng gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
Urdu	لسانی خدمات تک مفت رسائی کے لیے، اپنے بیمہ کے ID کارڈ پر درج نمبر پر کال کریں۔
Tagalog	Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang walang bayad, tawagan ang numero sa iyong ID card.
French	Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, veuillez composer le numéro indiqué sur votre carte d'assurance santé.
Hindi	बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिए नंबर पर कॉल करें।
Persian Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
German	Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.
Gujarati	તમારે કોઇ પણ જાતના ખર્ચ વિના ભાષા સેવાઓ મેળવવા માટે, તમારા આઈડી કાર્ડ પર રહેલ નંબર પર કોલ કરવો.
Russian	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному на вашей идентификационной карте.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Lao	ເພື່ອເຂົ້າເຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໃບທາງເປີເທຣ໌ໃບປັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.

Protecciones en caso de que la compañía con la que tiene un seguro de vida o de salud se declare insolvente

La Asociación Afianzadora de Texas para los Seguros de Vida y Salud le brinda protección si la compañía con la que tiene un seguro de vida o de salud es insolvente (es decir, no puede pagar sus deudas). La asociación se ocupa del pago de sus reclamos cubiertos. **Este aviso es un resumen de sus protecciones.**

Esta asociación pagará sus reclamos, con algunas excepciones establecidas por la ley, si su compañía tiene licencia en Texas y un tribunal la ha declarado insolvente. Usted debe vivir en Texas cuando la compañía se declare insolvente. Si no vive en Texas, puede que aun así tenga algunas protecciones.

Por cada compañía insolvente, la asociación pagará los reclamos de una persona únicamente hasta los siguientes límites en dólares según lo establecido por la ley:

- **Seguro por accidente, seguro de salud con cobertura de accidentes o seguro de salud (incluidos los de organizaciones para el mantenimiento de la salud [HMO]):**
 - Hasta \$500,000 para los planes de beneficios de salud, con ciertas excepciones.
 - Hasta \$300,000 para los beneficios de ingresos por discapacidad.
 - Hasta \$300,000 para los beneficios de seguro de cuidado a largo plazo.
 - Hasta \$200,000 para todos los otros tipos de seguro de salud.
- **Seguro de vida:**
 - Hasta \$100,000 de valor neto de rescate en efectivo o valor de retiro de efectivo.
 - Hasta \$300,000 en beneficio por muerte.
- **Anualidad individual:** Hasta \$250,000 en valor actual de los beneficios, incluido el valor de rescate en efectivo y el valor neto de retiro de efectivo.
- **Otros tipos de pólizas:** Los límites para las pólizas de grupo, los planes de jubilación y los acuerdos estructurados de anualidades se detallan en el capítulo 463 del Código de Seguros de Texas.
- **Límite total individual:** Hasta \$300,000 por persona, independientemente de la cantidad de pólizas o contratos. Puede aplicarse un límite de \$500,000 a personas con planes de beneficios de salud.
- **Ciertas partes de algunas pólizas pueden no estar protegidas:** Por ejemplo, las partes de una póliza o contrato que la compañía de seguros no garantice no cuentan con protección, entre ellas, algunas adiciones al valor de las pólizas de vida variables o anualidades.

Para obtener más información sobre la asociación y sus protecciones, póngase en contacto con la Asociación Afianzadora de Texas para los Seguros de Vida y Salud: Texas Life and Health Insurance Guaranty Association 515 Congress Avenue, Suite 1875 Austin, TX 78701	Si tiene preguntas sobre el seguro, póngase en contacto con el Departamento de Seguros de Texas: Texas Department of Insurance P.O. Box 12030 Austin, TX 78711-2030
---	--

Nota: Le enviamos este aviso porque la ley de Texas exige que su compañía de seguros le envíe un resumen de las protecciones que le otorga la Ley de la Asociación Afianzadora de Texas para los Seguros de Vida y Salud (capítulo 463 del Código de Seguros). Estas protecciones se aplican a las insolvencias que se produjeron el 1.º de septiembre de 2019 y a partir de esa fecha. **Puede que haya otras excepciones que no están incluidas en este aviso.** Al elegir una compañía de seguros, no debe basarse en la cobertura de la asociación. La ley de Texas prohíbe a las empresas y a los agentes utilizar la asociación como incentivo para comprar un seguro o una cobertura de HMO.

El capítulo 463 es el que rige si hay diferencias entre la ley y este resumen.

¿Tiene alguna queja o necesita ayuda?

Si tiene algún problema con un reclamo o con la prima, primero llame a su compañía de seguros o a la organización para el mantenimiento de la salud (HMO). Si no puede resolver el problema, es posible que el Departamento de Seguros de Texas pueda brindarle ayuda.

Incluso si presenta una queja ante el Departamento de Seguros de Texas, también debe presentar una queja o apelación a través de su compañía de seguros o la HMO. Si no lo hace, puede perder el derecho a apelar.

Aetna, Inc.

Para obtener información o presentar una queja ante su compañía de seguros o la HMO, puede utilizar los siguientes medios:

Por teléfono: número de teléfono gratuito de Aetna, 1-888-416-2277

Línea gratuita: 1-888-416-2277

Sitio web: www.aetna.com

Correo electrónico: aetnamemberservices@aetna.com

Correo postal: Aetna, Inc., P.O. Box 14464, Lexington, KY 40512

El Departamento de Seguros de Texas

Para obtener ayuda con una pregunta sobre el seguro o presentar una queja ante el estado, haga lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame al 1-800-252-3439

Presente una queja en www.tdi.texas.gov

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Correo postal: Consumer Protection, MC: CO-CP, Texas Department of Insurance, P.O. Box 12030, Austin, TX 78711-2030

Have a complaint or need help?

If you have a problem with a claim or your premium, call your insurance company or HMO first. If you can't work out the issue, the Texas Department of Insurance may be able to help.

Even if you file a complaint with the Texas Department of Insurance, you should also file a complaint or appeal through your insurance company or HMO. If you don't, you may lose your right to appeal.

Aetna, Inc.

To get information or file a complaint with your insurance company or HMO:

Call: Aetna's toll-free telephone number at 1-888-416-2277

Toll-free: 1-888-416-2277

Online: www.aetna.com

Email: aetnamemberservices@aetna.com

Mail: Aetna, Inc., P.O. Box 14464, Lexington, KY 40512

The Texas Department of Insurance

To get help with an insurance question or file a complaint with the state:

Call with a question: 1-800-252-3439

File a complaint: www.tdi.texas.gov

Email: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Mail: Consumer Protection, MC: CO-CP, Texas Department of Insurance,
P.O. Box 12030, Austin, TX 78711-2030



Aetna Health Inc.

750 W John Carpenter Freeway, #1200, Irving, TX 75309
1-800MY-Health (694-2358)
www.aetna.com

***Evidencia de cobertura (EOC) de la organización para el
mantenimiento de la salud (HMO)***

2025 TX Silver 10 Advanced: HMO AI/AN CSR LTD + Adult Dental + Vision

Nota importante:

Este plan Consumer Choice de beneficios para el cuidado de salud de una organización para el mantenimiento de la salud, ya sea en su totalidad o en parte, no ofrece los beneficios de salud que el estado exige normalmente en las evidencias de cobertura de Texas. Este plan estándar de beneficios de salud puede ser un plan de salud más económico para usted, pero al mismo tiempo, es posible que le proporcione menos beneficios en el plan de salud que los que se incluyen normalmente como beneficios de salud exigidos por el estado de Texas. Consulte con su agente de seguros para saber qué beneficios de salud exigidos por el estado están excluidos de esta *Evidencia de cobertura*.

Nota importante:

Esta no es una póliza de seguro de indemnización a trabajadores. El empleador no se suscribe al sistema de indemnización a trabajadores cuando compra esta *EOC* y, si el empleador no está suscrito, pierde los beneficios que se acumularían conforme a las leyes de indemnización a trabajadores. El empleador debe cumplir con la ley de indemnización a trabajadores en lo que respecta a los no suscriptores y a las notificaciones exigidas que deben presentarse y publicarse.

Nota importante:

Un plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) no brinda beneficios por los servicios que usted recibe de médicos o proveedores fuera de la red, salvo en excepciones específicas como se describe en la *Evidencia de cobertura* y a continuación.

Tiene el derecho de obtener una red adecuada de médicos y proveedores dentro de la red (conocidos como "médicos y proveedores de la red").

Si considera que la red no es adecuada, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas en <https://www.tdi.texas.gov/consumer/get-help-with-an-insurance-complaint.html>.

Si su HMO aprueba una remisión para servicios fuera de la red porque no hay ningún médico ni proveedor de la red disponible, o si ha recibido cuidado de emergencia fuera de la red, la HMO debe, en la mayoría de los casos, encargarse de la factura del médico o del proveedor fuera de la red. De esta manera, usted solo tendrá que pagar los montos correspondientes de copago, coseguro y deducible dentro de la red.

Puede obtener un directorio actualizado de médicos y proveedores de la red en el sitio web <https://www.aetna.com> o llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación para que lo ayuden a encontrar médicos y proveedores de la red disponibles. Si se basó en información del directorio esencialmente inexacta, puede que tenga derecho a que se pague el reclamo de un médico o un proveedor fuera de la red como si fuera de un médico o un proveedor de la red. Esto será posible si presenta una copia de la información inexacta del directorio a la HMO, con fecha de no más de 30 días antes de recibir el servicio.

Esta *Evidencia de cobertura (EOC)* se celebra entre Aetna Health Inc. (Aetna®, nosotros, nos o nuestro) y el suscriptor (usted, su).

La cobertura comienza en la fecha de entrada en vigor de la cobertura y continúa hasta su terminación como está explicado en esta *EOC*. La *EOC* provee cobertura para los servicios y suministros que son **servicios cubiertos**. Solo describe su cobertura. Podrá obtener servicios de cuidado de salud o medicamentos con **receta** que no sean **servicios cubiertos** en virtud de la *EOC*. Sin embargo, usted es responsable de cualquier cargo. Lea la *EOC* y la *Lista de beneficios*, ya que se explican los beneficios en detalle.

Esta *EOC* está asegurada por Aetna Health Inc. y se rige por las leyes federales y las leyes de Texas. Aetna forma parte del grupo de compañías de CVS Health.

Lea la *EOC* detenidamente

La *EOC* es un contrato legal entre usted y nosotros. Aceptamos brindarle cobertura conforme a esta *EOC* a cambio de los pagos de su prima. Pagaremos los **servicios cubiertos** que cumplen con los requisitos mientras esta *EOC* esté vigente y luego de que se cumplan las condiciones de este documento.

Tiene derecho a examinar la *EOC*

Luego de recibir la *EOC*, usted tiene 10 días para leerla y repasarla. Si durante ese período de 10 días decide que no quiere la *EOC*, puede devolvérsela o devolvérsela al agente a quien se la compró. Una vez que se devuelva, esta *EOC* no tendrá validez. Se devolverá el pago de la prima.

Renovación garantizada

Puede renovar esta *EOC* cada año (“renovación garantizada”). Nosotros decidimos las tarifas de las primas. Sin embargo, podemos decidir no renovar la *EOC* en ciertas circunstancias que se explican en este documento o cuando lo exija la ley. Consulte la sección “Cuándo finaliza la cobertura” si desea obtener más información.

Puede mantener esta *EOC* vigente mientras cumpla con los requisitos de este documento y pague la prima a tiempo. Para obtener más información, consulte la sección “¿Qué costo tiene la *EOC*?”.

Su solicitud

Confiamos en sus respuestas a todas las preguntas en el proceso de solicitud cuando le emitimos la *EOC*.

Al solicitar la cobertura en virtud de esta *EOC*, o al aceptar sus beneficios, usted (o la persona que actúa en su nombre) indica que toda la información en su solicitud y las declaraciones presentadas junto con su solicitud de esta *EOC* son, a su leal saber y entender, verdaderas, correctas y completas, y que acepta los términos, las condiciones y las estipulaciones de la *EOC*.

Usted debe asegurarse de que la solicitud presentada sea exacta y completa. En caso de haber errores en su solicitud, es importante que nos notifique o, si hizo la solicitud por medio de un Mercado de Seguros Médicos, que le notifique al Mercado de Seguros Médicos de forma inmediata.

Podemos cancelar la *EOC* si descubrimos que cometió fraude o que hizo declaraciones falsas intencionalmente sobre hechos sustanciales cuando brindó información y respuestas en la solicitud o durante el proceso de solicitud. Además, podemos informar el fraude a las autoridades penales. Para obtener más información, consulte el apartado “Errores involuntarios y tergiversación de carácter intencional” en la sección “Disposiciones generales: otros aspectos que debería saber”.

By:


Gregory S. Martino
Vice President

Índice

Le damos la bienvenida	5
¿Qué costo tiene la <i>EOC</i> ?	7
Cobertura y exclusiones	9
Exclusiones generales de la <i>EOC</i>	49
Cómo funciona la <i>EOC</i>	56
Quejas, decisiones de reclamos y procedimientos de apelación	69
Cumplimiento de los requisitos, inicio y fin de la cobertura	78
Cuándo finaliza la cobertura	82
Disposiciones generales: otros aspectos que debería saber	85
Glosario	90
Apéndice A - Mapa de las áreas de servicio	99
<i>Lista de beneficios</i>	publicada junto con la <i>EOC</i>

Le damos la bienvenida

En Aetna®, sus objetivos de salud marcan el camino; por eso, colaboramos con usted para darles prioridad. Creemos que, con el apoyo adecuado, puede lograr cualquier objetivo de salud que se proponga. Sin importar en qué parte de este trayecto personal se encuentre, trabajamos para que sienta la dicha de alcanzar una mejor salud.

Le damos la bienvenida a Aetna.

Introducción

Esta es su *EOC*. Aquí se describen los **servicios cubiertos**: en qué consisten y cómo obtenerlos. El segundo documento es la *Lista de beneficios*, que contiene información sobre cómo compartimos los gastos de los **servicios cubiertos** y sobre los límites, p. ej., cuando la *EOC* cubre solo cierta cantidad de visitas. Cada uno de los documentos puede tener cláusulas adicionales o enmiendas adjuntas. Las enmiendas modifican o añaden información al documento.

Se le suministra esta *EOC* luego de su solicitud de cobertura por medio del Mercado de Seguros Médicos. La cobertura conforme a esta *EOC* está sujeta a las condiciones y los derechos incluidos en esta *EOC* y a aquellos establecidos por el Mercado de Seguros Médicos o por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los individuos cubiertos por esta *EOC* aceptan todos los requisitos.

La *EOC*, las solicitudes (si las hubiera) y los documentos adjuntos constituyen el contrato completo entre las partes. Para que sea válido cualquier cambio en la forma, este debe ser aprobado por un funcionario de la HMO y adjuntarse a la forma correspondiente. Ningún agente tiene la autoridad para cambiar la forma ni renunciar a ninguna de las estipulaciones.

Términos que usamos

Observe lo siguiente:

- Cuando usamos las palabras “usted” o “su”, nos referimos a usted como suscriptor y a los dependientes cubiertos, si la cobertura de dependientes está disponible conforme a la *EOC*.
- “Nosotros”, “nos” y “nuestro/a/os/as” hacen referencia a Aetna.
- Las palabras en negrita se definen en la sección “Glosario”.

Comuníquese con nosotros

Si tiene preguntas sobre la *EOC*, puede comunicarse con nosotros de las siguientes maneras:

- Llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.
- Escriba a P.O. Box 981106, El Paso, TX 79998-1106.
- Visite <https://www.aetnacvhealth.com> para registrarse y tener acceso al sitio web para miembros.

El sitio web para miembros está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Allí puede hacer lo siguiente:

- Consultar su cobertura, los beneficios y los costos.
- Imprimir una tarjeta de identificación y varias formas.
- Encontrar un **proveedor** y examinar opciones de **proveedores**, de cuidado y de tratamiento.
- Ver y administrar reclamos.
- Encontrar información sobre salud y bienestar.

Su tarjeta de identificación

La tarjeta de identificación de miembro les informa a los médicos, **hospitales** y otros **proveedores** que usted está tiene cobertura conforme a esta *EOC*. Muestre su tarjeta de identificación cada vez que reciba **servicios cubiertos** de un **proveedor**. Recuerde que solo usted y sus dependientes cubiertos pueden usar la tarjeta de identificación. Si no usa la tarjeta de forma adecuada, es posible que demos por finalizada su cobertura. Para obtener su tarjeta de identificación digital, inicie sesión en nuestro sitio web. También puede imprimirla. Consulte la sección “Comuníquese con nosotros” si necesita ayuda.

Recompensas de bienestar y de otros tipos

Es posible que cumpla con los requisitos para ganar recompensas por realizar ciertas actividades que mejoran su salud, su cobertura y su experiencia con nosotros. Podemos ofrecerle incentivos para alentarlos a recibir determinados servicios de salud, a usar ciertas categorías de **proveedores**, a participar en programas (que incluyen, entre otros, programas de bienestar financiero), a utilizar herramientas, a mejorar sus mediciones de salud o a continuar participando como miembro de Aetna. Hable con su **proveedor** al respecto para saber si esto es adecuado para usted. Podemos ofrecerle incentivos basados en su participación y sus resultados, como los siguientes:

- Modificaciones en los montos de **copago** o **deducible**.
- Contribuciones en su cuenta de ahorros de salud.
- Productos.
- Talones de pago.
- Tarjetas de regalo o de débito.
- Cualquier combinación de lo anterior.

La adjudicación de un incentivo de participación no dependerá del resultado de una actividad de bienestar o mejora de la salud ni del estado de salud de un miembro. Más bien, usted puede obtener estos beneficios solo participando en un programa de bienestar o mejora de la salud que le ofrecemos. Una vez que obtenga los beneficios, puede aceptarlos o rechazarlos. No le cobraremos por elegir aceptar los beneficios que obtenga. Puede obtener beneficios siempre que ofrezcamos programas de bienestar o mejora de la salud y que participe en ellos. Si dejamos de ofrecer un programa de bienestar o mejora de la salud o si deja de participar en un programa, no continuará obteniendo estos beneficios. Le informaremos con 60 días de anticipación como mínimo antes de que dejemos de ofrecer estos beneficios.

Acuerdos de descuentos

Podemos ofrecerle descuentos en productos y servicios relacionados con el cuidado de salud. A veces, otras compañías brindan estos productos y servicios con descuento. Estas compañías se denominan “proveedores de servicios externos” y nos pagan para poder ofrecerle a usted sus servicios.

Los proveedores de servicios externos son contratistas independientes y son responsables de los productos o servicios que brindan. No asumimos responsabilidad, pero tenemos derecho a cambiar o finalizar los acuerdos en cualquier momento.

Estos acuerdos de descuentos no constituyen un seguro. Nosotros no les pagamos a los proveedores de servicios externos por los servicios que ofrecen. Usted debe pagar estos productos o servicios con descuento.

¿Qué costo tiene la EOC?

Pago de la prima

En la EOC, se requiere que usted pague las primas. No pagaremos beneficios conforme a esta EOC por los servicios obtenidos después de que finalice la cobertura si los pagos de las primas no se realizan al final del período de gracia. Cualquier rechazo de pago de beneficios está sujeto a nuestro procedimiento de apelación. Consulte la sección “Quejas, decisiones de reclamos y procedimientos de apelación” de esta EOC.

El primer pago de la prima se debe hacer en la fecha de entrada en vigor de la cobertura o antes. A la hora de calcular las primas adeudadas, usamos los registros para establecer quién está cubierto en virtud de la EOC. Usted debe pagar la prima por cada persona cubierta en virtud de la EOC a partir de la primera fecha de vencimiento de la prima el día en que comienza la cobertura de la persona o después de ese día. Usted deja de pagar la prima a partir de la primera fecha de vencimiento de la prima el día en que termina la cobertura de la persona o después de ese día.

Una vez que se hace el primer pago de la prima, los siguientes pagos vencen el primer día de cada mes según su fecha de entrada en vigor. La prima debe pagarse en la fecha de vencimiento o antes.

Le brindamos esta EOC y usted nos paga la prima. Es posible que no aceptemos las primas que otra persona pague por usted, a menos que sea obligatorio según las leyes aplicables.

Período de gracia

Usted tiene un período de gracia de 31 días a partir de la fecha de vencimiento de cada prima que deba pagar después de la primera. Si no se pagan las primas al finalizar el período de gracia, su cobertura terminará automáticamente en la última fecha para la que se pagó la prima, o en la fecha exigida por las leyes aplicables.

Nota importante:

Si en el momento está recibiendo pagos adelantados del crédito tributario de la prima, como lo determina el Mercado de Seguros Médicos, el período de gracia mencionado no aplica para usted. Sin embargo, se aplica lo siguiente:

Si está recibiendo pagos adelantados del crédito tributario de la prima ahora, y ha pagado al menos un mes completo de la prima como su pago vinculante, cuando corresponda, tendrá un período de gracia de tres meses. Su cobertura no terminará durante el período de gracia.

Si recibe servicios durante el segundo y el tercer mes del período de gracia, esperaremos a que se pague la prima para pagar los reclamos. Se lo informaremos a usted y a sus **proveedores**.

Si no se paga la prima antes de que termine el período de tres meses, su cobertura finalizará el último día del primer mes de este período. Podemos recuperar el pago que se haya hecho por cualquier reclamo durante el segundo y el tercer mes del período de gracia.

Reactivación

Podemos dar de baja esta *EOC* si no ha pagado la prima. En este caso, podemos reactivar la *EOC* sin interrupción de la cobertura. Nos deberá solicitar que lo hagamos en el plazo de 30 días a partir de la fecha de finalización de la *EOC*. Pero, para que lo hagamos, nos deberá pagar el total de la prima que aún adeuda más la nueva prima. Podemos decidir no reactivar la *EOC*.

Acuerdo con respecto a las primas

La tarifa de la prima no va a cambiar durante el término de la póliza, mientras no haya cambios en la *EOC*. Los cambios incluyen modificaciones, por ejemplo, en el área donde vive o en el plan de beneficios, o agregar dependientes a esta *EOC*.

La tarifa de la prima se basa en factores como los siguientes:

- La *EOC* en la que está inscrito.
- Su edad y la de los dependientes cubiertos.
- La cantidad de personas cubiertas.
- El consumo de tabaco.
- El lugar donde vive (dirección principal).

Cada prima estará basada en las tarifas vigentes en la fecha de vencimiento de esa prima.

Si hubiera cambios en las tarifas de las primas, consideramos que los acepta cuando usted paga la prima.

Prima: cambios en las tarifas

Podemos cambiar las tarifas de las primas a partir de la fecha de vencimiento de la prima durante el plazo inicial solo en los siguientes casos:

- Si se modifican determinados factores, y con ello cambia de modo sustancial el riesgo que asumimos con esta cobertura. Le explicaremos estos cambios de los factores en la cotización de la tarifa.

Podemos cambiar las tarifas de las primas a partir de la fecha de vencimiento de la prima durante cualquier plazo posterior. Sin embargo, los cambios de tarifa no se aplicarán con más frecuencia que una vez al año o según lo permitan las leyes o reglamentaciones federales o estatales.

Le informaremos por escrito sobre cualquier cambio en las tarifas de las primas, 60 días antes de que entre en vigor.

Cobertura y exclusiones

Prestación de servicios cubiertos

Su *EOC* brinda **servicios cubiertos**. Se refieren a lo siguiente:

- Están descritos en esta sección.
- No se mencionan como excluidos en esta sección ni en la sección “Exclusiones generales de la *EOC*”.
- No exceden ninguno de los límites de la *Lista de beneficios*.
- Son **médicamente necesarios**. Para obtener más información, consulte “Requisitos de necesidad médica, remisión y autorización previa” en la sección “Cómo funciona la *EOC*”. Consulte también la sección “Glosario”.
- Servicios que no están prohibidos por ley. Para obtener más información, consulte “Servicios que no permite la ley” en la sección “Exclusiones generales de la *EOC*”.

Esta *EOC* brinda cobertura para muchos tipos de **servicios cubiertos**, como cuidado del médico e **internaciones**. Sin embargo, algunos servicios no están cubiertos o tienen limitaciones. En el caso de otros servicios, la *EOC* paga la mayor parte del gasto. Por ejemplo:

- El cuidado del **médico**, por lo general, tiene cobertura, pero cuando es para una **cirugía** cosmética nunca tiene cobertura. Esta es una exclusión.
- El cuidado de salud en el hogar, por lo general, tiene cobertura, pero es un **servicio cubierto** hasta cierta cantidad de visitas por año. Esta es una limitación que se detallará en su *Lista de beneficios*.
- Su **proveedor** puede recomendarle servicios que se consideran **en etapa de prueba o investigación o de eficacia no demostrada**. Sin embargo, este tipo de servicios no está cubierto y es también una exclusión, a menos que se reconozca como parte de un ensayo clínico aprobado en casos de cáncer o **enfermedad terminal**. Consulte “Ensayos clínicos” en la lista de servicios que aparece más abajo.
- Servicios preventivos. Por lo general, la *EOC* paga una mayor parte del costo y usted paga menos. Los servicios preventivos están diseñados para ayudarlo a mantenerse saludable y a alcanzar el mejor estado de salud posible. Para saber cuáles son estos servicios, consulte “Cuidado preventivo” en la lista de servicios que aparece más abajo. Si quiere conocer cuánto deberá pagar por estos servicios, consulte la sección “Cuidado preventivo” de la *Lista de beneficios*.

Algunos servicios requieren una **autorización previa** de nuestra parte. Para obtener más información, consulte “Requisitos de necesidad médica, remisión y autorización previa” en la sección “Cómo funciona la *EOC*”.

Los **servicios cubiertos** y las exclusiones que se indican a continuación aparecen en orden alfabético para que le sea más fácil encontrar lo que está buscando. Si un servicio no figura como **servicio cubierto** o se menciona como no cubierto dentro de un servicio específico, aun así podría tener cobertura. Si tiene preguntas, hable con su **proveedor** o comuníquese con nosotros. En la *Lista de beneficios* puede obtener información sobre las limitaciones para los **servicios cubiertos**.

Enfermedad de Alzheimer

Los **servicios cubiertos** incluyen los siguientes servicios prestados por un **médico** para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer:

- Historia clínica y examen físico.
- Evaluación neurológica.
- Evaluación psicológica o psiquiátrica.
- Servicios de laboratorio.

Servicios de ambulancia

Una ambulancia es un vehículo con personal médico, que está equipado para transportar a una persona enferma o lesionada por tierra, aire o agua.

Emergencia

Los **servicios cubiertos** incluyen el traslado de emergencia si su estado es inestable, y requiere supervisión médica y traslado rápido. Estos servicios de ambulancia de emergencia se limitan al traslado en una ambulancia con licencia:

- Al centro más cercano para recibir **servicios de emergencia**.
- De un centro a otro si el primer centro no puede prestar los **servicios de emergencia** que usted necesita.

Cuidado que no es de emergencia

Los **servicios cubiertos** también incluyen el transporte que no es de emergencia cuando la ambulancia es el único medio seguro de traslado. Estos servicios de ambulancia que no son de emergencia se limitan al traslado en una ambulancia con licencia:

- Al centro más cercano que pueda tratar su enfermedad.
- Del centro a su hogar por ambulancia terrestre.

Nota importante:

- Los **proveedores fuera de la red** no tienen contrato con nosotros. Le pagaremos al **proveedor** nuestra tarifa habitual o un cargo acordado. Es posible que el **proveedor** no acepte el pago de su costo compartido (**copago**) como pago total. Puede que reciba una factura con la diferencia entre el monto facturado por el **proveedor** y el monto pagado por el plan. Si el **proveedor** le factura un monto que supera la parte que le corresponde pagar a usted, no es responsabilidad suya pagarlo.
- Envíenos la factura a la dirección que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. Resolveremos con el **proveedor** cualquier disputa relacionada con el pago de ese monto. Asegúrese de que su número de identificación del miembro aparezca en la factura.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Servicios de ambulancia por el transporte de rutina para recibir cuidado ambulatorio o con internación.

Análisis aplicado del comportamiento

Los **servicios cubiertos** incluyen el análisis aplicado del comportamiento cuando hay un diagnóstico de trastorno del espectro autista. El análisis aplicado del comportamiento consiste en poner en práctica intervenciones con estas características:

- Cambian sistemáticamente el comportamiento.
- Ocasionan mejoras observables en el comportamiento.

Trastorno del espectro autista

El trastorno del espectro autista está definido en la última edición del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)” de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Los **servicios cubiertos** incluyen aquellos servicios y suministros ofrecidos por un **médico** o un **proveedor de salud emocional y psicológica** para lo siguiente:

- Diagnóstico y tratamiento del trastorno del espectro autista.
- Terapias física, ocupacional y del habla relacionadas con el diagnóstico del trastorno del espectro autista.

Salud emocional y psicológica

Tratamiento de salud mental

Los **servicios cubiertos** incluyen el tratamiento de **trastornos de salud mental** provisto en un **hospital**, un **hospital psiquiátrico** o un **centro residencial de tratamiento**, o por un **médico** o un **proveedor de salud emocional y psicológica**. Comprenden lo siguiente:

- **Habitación y comida** con la **tarifa de habitación semiprivada** (su *EOC* cubrirá el gasto adicional de una habitación privada cuando corresponda debido a su enfermedad), y otros servicios y suministros relacionados con su enfermedad, brindados durante la **internación** en un **hospital**, un **hospital psiquiátrico** o un **centro residencial de tratamiento**.
- Tratamiento ambulatorio recibido mientras no estaba internado en un **hospital**, un **hospital psiquiátrico** o un **centro residencial de tratamiento**, que incluye lo siguiente:
 - Visitas al consultorio de un **médico** o un **proveedor de salud emocional y psicológica**, como un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social o un consejero profesional con licencia (incluye consulta de **telemedicina** o **telesalud**).
 - Terapias individuales, grupales y familiares para el tratamiento de **trastornos de salud mental**.
 - Otros tratamientos ambulatorios de salud mental, como los siguientes:
 - Tratamiento con internación parcial ofrecido en un centro o programa para el tratamiento de la salud mental según las indicaciones de un **médico**.
 - Tratamiento ambulatorio intensivo ofrecido en un centro o programa para el tratamiento de la salud mental según las indicaciones de un **médico**.
 - Servicios de salud emocional y psicológica especializados prestados en el hogar, solo cuando se reúnen los siguientes criterios:
 - Usted está imposibilitado para salir de su hogar.
 - Su **médico** indica dichos servicios.
 - Los servicios reemplazan una **internación** en un **hospital** o en un **centro residencial de tratamiento**, o usted no puede recibir dichos servicios fuera de su hogar.
 - El cuidado de salud emocional y psicológica especializado es adecuado para el tratamiento activo de una afección o enfermedad.

- Terapia electroconvulsiva.
- Estimulación magnética transcraneal.
- Pruebas psicológicas.
- Pruebas neuropsicológicas.
- Observación.
- Asesoramiento de apoyo de pares brindado por un especialista en apoyo de pares (incluye consultas de **telemedicina** o **telesalud**).

Los **servicios cubiertos** tendrán cobertura conforme a los mismos términos y condiciones que los beneficios médicos y quirúrgicos correspondientes a cualquier otra enfermedad física.

Tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de sustancias

Los **servicios cubiertos** incluyen el tratamiento de **trastornos relacionados con el consumo de sustancias** brindado en un **hospital**, un **hospital psiquiátrico** o un **centro residencial de tratamiento**, o por un **médico** o un **proveedor de salud emocional y psicológica**, como se detalla a continuación:

- **Habitación y comida** con la **tarifa de habitación semiprivada** (su *EOC* cubrirá el gasto adicional de una habitación privada cuando corresponda debido a su enfermedad), y otros servicios y suministros brindados durante la **internación** en un **hospital**, un **hospital psiquiátrico** o un **centro residencial de tratamiento**.
- Tratamiento ambulatorio recibido mientras no estaba internado en un **hospital**, un **hospital psiquiátrico** o un **centro residencial de tratamiento**, que incluye lo siguiente:
 - Visitas al consultorio de un **médico** o **proveedor de salud emocional y psicológica**, como un psicólogo, un trabajador social o un consejero profesional con licencia (incluye consulta de **telemedicina** o **telesalud**).
 - Terapias individuales, grupales y familiares para el tratamiento de **trastornos relacionados con el consumo de sustancias**.
 - Otros tratamientos ambulatorios de **trastornos relacionados con el consumo de sustancias**, como los siguientes:
 - Tratamiento con internación parcial ofrecido en un centro o programa para el tratamiento de **trastornos relacionados con el consumo de sustancias** según las indicaciones de un **médico**.
 - Tratamiento ambulatorio intensivo ofrecido en un centro o programa para el tratamiento de **trastornos relacionados con el consumo de sustancias** según las indicaciones de un **médico**.
 - **Desintoxicación** ambulatoria que consiste en servicios ambulatorios para controlar la abstinencia del alcohol u otras sustancias y que puede incluir la administración de medicamentos.
 - Observación.
 - Asesoramiento de apoyo de pares brindado por un especialista en apoyo de pares (incluye consultas de **telemedicina** o **telesalud**).

Los **servicios cubiertos** tendrán cobertura conforme a los mismos términos y condiciones que los beneficios médicos y quirúrgicos correspondientes a cualquier otra enfermedad física.

Nota importante:

El plan no impondrá limitaciones de tratamiento cuantitativas ni no cuantitativas a los beneficios por **trastornos de salud mental o trastornos relacionados con el consumo de sustancias** que suelen ser más restrictivas que las limitaciones de tratamiento cuantitativas o no cuantitativas impuestas a la cobertura de beneficios para gastos médicos o quirúrgicos.

Nota importante sobre la salud emocional y psicológica:

El especialista en apoyo de pares actúa como modelo, mentor, instructor y defensor. El apoyo de pares debe ser supervisado por un **proveedor de salud emocional y psicológica**.

Ensayos clínicos

Gastos de rutina del paciente

Los **servicios cubiertos** incluyen los costos de rutina del paciente que usted debe pagar a un **proveedor** en relación con la participación en un ensayo clínico aprobado de fase I, fase II, fase III o fase IV para la prevención, la detección o el tratamiento de cáncer u otra enfermedad o afección que ponen en riesgo la vida, según la definición de dichos términos en la sección 2709 de la Ley Federal de Servicios de Salud Pública. El ensayo clínico aprobado debe cumplir con una de las siguientes condiciones:

- Ensayos financiados con fondos federales:
 - El estudio o la investigación están aprobados o financiados por una o más de las siguientes instituciones:
 - Los Institutos Nacionales de la Salud.
 - Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
 - La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
 - Un centro o grupo cooperativo de cualquiera de las entidades descritas antes, el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de los Veteranos.
 - Una entidad de investigación no gubernamental que reúna los requisitos identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de la Salud para recibir subvenciones.
 - El Departamento de Asuntos de Veteranos de Estados Unidos.
 - El Departamento de Defensa.
 - El Departamento de Energía.
 - La Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - Un consejo de revisión institucional de una institución en Texas 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 EE. UU.
- El estudio o la investigación es un ensayo farmacológico que está exento de dicha solicitud de nuevo medicamento en investigación.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Servicios y suministros relacionados con la recolección de datos y con el sistema de registro, que solamente se necesitan por los ensayos clínicos.
- Servicios y suministros que el patrocinador del ensayo le ofrece sin costo.
- La intervención experimental en sí (excepto los dispositivos de investigación de categoría B y las intervenciones **en etapa de prueba o investigación** prometedoras para las **enfermedades terminales** en ciertos ensayos clínicos de acuerdo con nuestras políticas).

Terapias en etapa de prueba o investigación

Los **servicios cubiertos** incluyen medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos brindados por un **proveedor** dentro de un ensayo clínico aprobado únicamente cuando tiene cáncer o una **enfermedad terminal**. Se deben cumplir todas las siguientes condiciones:

- Las terapias estándares no han sido eficaces o adecuadas.
- Su **proveedor** determina que usted podría beneficiarse del tratamiento, y nosotros estamos de acuerdo.

Un ensayo clínico aprobado es aquel que cumple con todos los siguientes requisitos:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha aprobado el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento que se investigará o le ha otorgado el estatus de nueva droga en investigación (IND) o IND para tratamiento o de grupo C, cuando esto es un requisito.
- El ensayo clínico ha sido aprobado por un consejo de revisión institucional que se encargará de supervisarlos.
- El ensayo clínico está patrocinado por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) u otra organización federal similar. Además:
 - Cumple con los estándares del NCI o de otra organización federal correspondiente.
 - Se realiza en un centro de cáncer designado por el NCI o en más de una institución.
- Usted recibe tratamiento de acuerdo con los procedimientos de ese estudio.

Cuidado dental

Cuidado dental para adultos

Los **servicios cubiertos** incluyen servicios y suministros dentales prestados por un **proveedor dental**, según se describen en la sección “Cuidado dental para adultos” de la *Lista de beneficios*.

También incluyen cobertura de servicios o procedimientos de cuidado de salud ofrecidos por un **profesional de la salud** preferido o contratado, como servicios de **teleodontología**. Los **servicios cubiertos** también incluyen aquellos servicios dentales brindados por una emergencia dental.

Un **proveedor dental** de la red o fuera de la red puede brindar servicios por una emergencia dental.

Una emergencia dental es cualquier afección dental que:

- Ocurre inesperadamente.
- Requiere diagnóstico y tratamiento inmediatos para estabilizarse.
- Se caracteriza por síntomas como dolor fuerte y sangrado.

Le recomendamos que llame a su **proveedor dental** de la red, quien podría estar más familiarizado con sus necesidades dentales. Si no es posible comunicarse con su **proveedor dental** de la red o si se encuentra lejos de su casa, puede recibir tratamiento de cualquier dentista. También puede llamar al número que figura en su tarjeta de identificación y obtener ayuda para encontrar un dentista.

El cuidado recibido de un **proveedor dental** fuera de la red debe brindarse para el alivio temporal de la emergencia dental hasta que pueda consultar a su **proveedor dental** de la red. Los servicios prestados por un **proveedor dental** fuera de la red que no sean para el alivio temporal de la emergencia dental pueden ser más costosos. Para obtener el máximo nivel de beneficios, los servicios deben ser prestados por su **proveedor dental** de la red.

Norma de reemplazo

“Norma de reemplazo” significa que los reemplazos de algunos servicios dentales o las adiciones a estos están cubiertos solo en los siguientes casos:

- Se le extrajo uno o más dientes después de que se le colocó el puente o la dentadura postiza existente. Como consecuencia, debe reemplazar o agregarle un diente a la dentadura postiza o al puente.
- La corona, la incrustación, el sobrepuesto, la funda dental, la dentadura postiza completa, la dentadura postiza parcial removible, la dentadura postiza parcial fija (puente) u otro servicio protésico fue colocado por lo menos 8 años antes de su reemplazo y no puede repararse.
- Se le extrajo uno o más dientes. Su dentadura postiza actual es de carácter temporal inmediato para reemplazar uno o más dientes. Se necesita una dentadura postiza permanente y la dentadura postiza temporal no se puede usar como una permanente. El reemplazo debe realizarse dentro de los 12 meses siguientes a la fecha de colocación de la dentadura postiza temporal.

La norma de reemplazo se aplica a estos servicios dentales:

- Coronas.
- Incrustaciones.
- Sobrepuestos.
- Fundas dentales.
- Dentaduras postizas completas.
- Dentaduras postizas parciales removibles.
- Dentaduras postizas parciales fijas (puentes).
- Otros servicios protésicos.

Dientes faltantes sin reemplazo

La colocación de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales removibles, dentaduras postizas parciales fijas (puentes) y otros servicios protésicos tendrán cobertura en los siguientes casos:

- Las dentaduras postizas, los puentes u otros elementos protésicos son necesarios para reemplazar uno o más dientes naturales. (La extracción de terceros molares no reúne los requisitos).
- El diente que se extrajo no era un estribo para una dentadura postiza parcial removible o fija que se colocó dentro de los 5 años anteriores.

Todo dispositivo o puente fijo debe incluir el reemplazo de dientes extraídos.

Exclusiones del cuidado dental

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Cualquier indicación de dieta, control de la placa dental e higiene oral.
- Servicios y suministros cosméticos. Por ejemplo:
 - **Cirugía** plástica, reconstructiva, cosmética, personalización o caracterización de dentaduras postizas u otros servicios y suministros cuyo fin sea mejorar, cambiar o resaltar la apariencia.
 - Procedimiento de aumento y vestibuloplastia, otras sustancias para proteger, limpiar, blanquear o alterar la apariencia de los dientes, ya sea o no por motivos psicológicos o emocionales; a excepción de lo cubierto en la sección “Prestación de servicios cubiertos”.
 - Recubrimientos en las coronas molares y los pónicos.

- Coronas, incrustaciones, sobrepuestos y protectores, excepto en los siguientes casos:
 - El tratamiento se deba a una caries o lesión traumática, cuando los dientes no se pueden restaurar con material de relleno.
 - El diente sirva como estribo para una dentadura postiza parcial cubierta o un puente fijo cubierto.
- Implantes dentales y aparatos (que se determina que no son **médicamente necesarios**), protectores bucales y otros dispositivos para proteger, reemplazar o reposicionar los dientes.
- Dentaduras postizas, coronas, incrustaciones, sobrepuestos, puentes u otros dispositivos o servicios que se utilizan para lo siguiente:
 - La ferulización.
 - La alteración de la dimensión vertical.
 - La restauración de la oclusión.
 - La corrección del desgaste, la abrasión, la abfracción o la erosión.
- El tratamiento de cualquier **trastorno de la articulación de la mandíbula** y los tratamientos para modificar la mordida, la alineación u operación de la mandíbula, incluido el tratamiento para el trastorno de la articulación temporomandibular, la **cirugía** ortognática y el tratamiento por maloclusión o dispositivos para modificar la mordida o la alineación, a excepción de lo cubierto en la sección “Prestación de servicios cubiertos”.
- Anestesia general y sedación intravenosa, a menos que estén cubiertas específicamente y solo cuando se presten en conjunto con otro **servicio cubierto**.
- Tratamientos de ortodoncia.
- Pónticos, coronas, restauraciones fundidas o procesadas hechas con metales altamente nobles (oro).
- Medicamentos con receta, premedicación o analgesia (óxido nitroso).
- Reemplazo de un dispositivo perdido, desaparecido o robado; reemplazo de dispositivos que se han dañado por abuso, uso inadecuado o negligencia; y adquisición de una dentadura postiza de repuesto.
- Reemplazo de dientes más allá del complemento normal de 32.
- Exámenes dentales de rutina y otros servicios y suministros preventivos, a excepción de lo antes descrito específicamente y en la *Lista de beneficios*.
- Los servicios y suministros con estas características:
 - Se prestan sin pruebas de patología, disfunción o enfermedad distintas de las cubiertas en los servicios preventivos.
 - Se brindan para su conveniencia o comodidad personal, o la de cualquier otra persona, incluido un **proveedor**.
 - Se brindan en relación con tratamientos o cuidados que no están cubiertos con su *EOC*.
- Extracción quirúrgica de muelas de juicio impactadas solo por motivos de ortodoncia.
- Tratamientos prestados por una persona que no sea **proveedora de cuidado dental**.

Servicios de cuidado dental y anestesia en un hospital o un centro quirúrgico

Los **servicios cubiertos** incluyen cuidado dental y anestesia en un **hospital** o centro quirúrgico solo si su **proveedor** nos comunica lo siguiente acerca de usted:

- Tiene una enfermedad física o mental que requiere que lo traten en un **hospital** o un centro quirúrgico.
- Tiene una discapacidad del desarrollo.
- Tiene problemas de salud y la anestesia general es médicamente necesaria.

Servicios, suministros y equipos para diabéticos (incluye programas para el autocuidado)

Los **servicios cubiertos** incluyen los siguientes:

- Servicios
 - Cuidado de los pies para minimizar el riesgo de contraer una infección.
- Suministros.
 - Dispositivos para inyección, como jeringas, agujas y plumas.
 - Tiras reactivas: glucosa en sangre, cetonas y orina.
 - Líquido calibrador para medir glucosa en sangre.
 - Dispositivos y kits de punción.
 - Hisopos con alcohol.
- Equipos.
 - Bombas de insulina externas y suministros para dichas bombas.
 - Monitores de glucosa en sangre sin funciones especiales, a menos que se requieran en caso de ceguera.
- Programas de autocuidado recetados por un **proveedor** del cuidado de la salud certificado en capacitación para el autocuidado de la diabetes.

Todos los suministros, incluidos los medicamentos y el equipo para controlar la diabetes, se distribuirán tal como se escribe, a menos que el **médico** que emite la orden por escrito apruebe la sustitución.

Equipo médico duradero

El equipo médico duradero y los accesorios necesarios para su funcionamiento son **servicios cubiertos** cuando tienen las siguientes características:

- Han sido diseñados para soportar un uso prolongado.
- Se utilizan principalmente para el tratamiento de una enfermedad o una lesión.
- Están adaptados para su uso en el hogar.
- Normalmente no son útiles para personas que no padecen enfermedad ni tienen una lesión.
- No se utilizan para alterar la calidad ni la temperatura del aire.
- No se utilizan para ejercitarse ni para entrenar.

La *EOC* solo cubre el mismo tipo de equipo médico duradero que cubre Medicare. Sin embargo, Medicare cubre algunos artículos de equipo médico duradero que no cubre la *EOC*.

Los **servicios cubiertos** incluyen el gasto de alquilar o comprar a un proveedor el equipo médico duradero y los accesorios necesarios para usarlo. Si usted compra equipo médico duradero, dicha compra tiene cobertura únicamente si lo tiene que usar por un tiempo prolongado.

Los **servicios cubiertos** también incluyen los siguientes:

- Un aparato de equipo médico duradero para la misma función o una similar.
- Reparación del equipo médico duradero debido al desgaste normal.
- Un nuevo equipo médico duradero necesario debido a un cambio en su condición física.
- Compra de un nuevo aparato de equipo médico duradero para sustituir uno dañado debido al desgaste normal si la compra resulta más barata que su reparación o el alquiler de un aparato similar.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Dispositivos para comunicarse.
- Elevadores.
- Mantenimiento y reparación debido al mal uso o al abuso.
- Camillas de masajes.
- Dispositivos de mensajes (grabadora de voz personal).
- Mesas para cama.
- Bombas portátiles para hidromasajes.
- Baños de vapor.
- Sistemas de alerta telefónica.
- Dispositivos para la vista.
- Piscinas de hidromasajes.

Servicios de emergencia

Si tiene una **enfermedad de emergencia**, debe acudir a la sala de emergencias más cercana. También puede llamar al 911 o al servicio de emergencias local para solicitar asistencia médica o una ambulancia.

Los **servicios cubiertos** incluyen los siguientes:

- Un examen médico de detección u otra evaluación exigidos por leyes estatales o federales y ofrecidos a las personas inscritas cubiertas en un centro de emergencias de un **hospital**, en un centro de cuidado de emergencia independiente o en un centro similar, que sean necesarios para determinar si existe una **enfermedad de emergencia**.
- Tratamiento para estabilizar su enfermedad.
- Cuidado en un centro de emergencias, un centro de cuidado de emergencia independiente o un centro similar, o en un centro de cuidado de emergencia independiente una vez que usted esté estable. Sin embargo, esto ocurrirá solo si el **proveedor** tratante nos lo solicita y aprobamos el servicio en el tiempo apropiado según las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios y la enfermedad del paciente. Aprobaremos o denegaremos la solicitud en el plazo de una hora luego de su recepción.

Puede recibir **servicios de emergencia** de **proveedores de la red** o de **proveedores fuera de la red**.

Si recibe cuidado por parte de un **proveedor fuera de la red** debido a una **enfermedad de emergencia**, pagaremos al **proveedor** según nuestra tarifa habitual o una tarifa acordada. Puede comunicarse con Servicios al Cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación si el **proveedor fuera de la red** le envía una factura. Colaboraremos con el **proveedor** para que lo único que usted pague sea el **copago** correspondiente al nivel de la red.

Nota importante:

- Los **proveedores fuera de la red** no tienen contrato con nosotros. Le pagaremos al **proveedor** nuestra tarifa habitual o un cargo acordado. Es posible que el **proveedor** no acepte el pago de su costo compartido (**copago**) como pago total. Puede que reciba una factura con la diferencia entre el monto facturado por el **proveedor** y el monto pagado por el plan. Si el **proveedor** le factura un monto que supera la parte que le corresponde pagar a usted, no es responsabilidad suya pagarlo.

- Envíenos la factura a la dirección que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. Resolveremos con el **proveedor** cualquier disputa relacionada con el pago de ese monto. Asegúrese de que su número de identificación del miembro aparezca en la factura.
- Si lo ingresan en un hospital como paciente internado inmediatamente después de visitar una sala de emergencias (o un centro similar/centro de cuidado de emergencia independiente) y tiene un **copago** por visitas a la sala de emergencias, no se le cobrará este **copago**.

La cobertura de los **servicios de emergencia** seguirá vigente hasta que se cumplan las siguientes dos condiciones:

- Se le realiza una evaluación y su estado se ha estabilizado.
- El **médico** que le brinda cuidado determina que usted se encuentra médicamente en condiciones de viajar o trasladarse en un medio de transporte médico que no es de emergencia o en uno convencional hacia otro **proveedor** si necesita más cuidado.

Las internaciones en el **hospital** (ingresos por emergencia) o el cuidado de seguimiento indicados por un **médico** no son **servicios de emergencia**. En estos casos, se aplican diferentes beneficios y requisitos. Consulte “Requisitos de necesidad médica, remisión y autorización previa” en la sección “Cómo funciona la EOC” y la sección “Cobertura y exclusiones” para saber cuáles se aplican a su situación (por ejemplo, “Cuidado en hospital” o “Servicios prestados por un médico”). También puede comunicarse con nosotros o con su **médico** de la red o **proveedor de cuidado primario (PCP)**.

Servicios que no son de emergencia

Si acude a una sala de emergencias por algo que no es una **enfermedad de emergencia**, la EOC no cubrirá sus gastos.

Tratamiento de afirmación de género

Los **servicios cubiertos** incluyen ciertos servicios y suministros para el tratamiento de afirmación de género si tiene 18 años de edad o más.

Nota importante:

Visite <https://www.aetna.com/health-care-professionals/clinical-policy-bulletins.html> para obtener información más detallada sobre este beneficio, incluidos los requisitos para la cobertura y los de **necesidad médica**. También puede llamar al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

Servicios de terapia de habilitación

Los servicios de terapia de habilitación son servicios necesarios para aprender, mantener o mejorar las capacidades y el rendimiento en la vida diaria (por ejemplo, la terapia para un niño que no camina o no habla a la edad esperada). Los servicios deben seguir un plan de tratamiento específico indicado por su **médico**. Los profesionales o entidades a continuación pueden brindar estos servicios:

- Un terapeuta físico, ocupacional o del habla con licencia o certificación.
- Un **hospital**, un **centro de enfermería especializada** o un hospicio.
- **Una agencia de cuidado de salud en el hogar.**
- **Médico.**
- Cualquier **proveedor** que ejerza su profesión dentro de los alcances de su licencia.

Terapias física, ocupacional y del habla ambulatorias

Los **servicios cubiertos** incluyen los siguientes:

- Terapia física si se espera que desarrolle una capacidad funcional deteriorada.
- Terapia ocupacional si se espera que desarrolle una capacidad funcional deteriorada.
- Terapia del habla si se espera que desarrolle la función del habla afectada por un retraso en el desarrollo (la función del habla es la capacidad de expresar pensamientos, pronunciar palabras y formular oraciones).

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Servicios brindados en un entorno educativo o de capacitación o para la enseñanza del lenguaje de señas.
- Rehabilitación profesional o asesoramiento laboral.

Audífonos

Se define como audífonos a lo siguiente:

- Cualquier instrumento o dispositivo que pueda colocarse, que no sea desechable y que esté diseñado para ayudar con las deficiencias auditivas o compensarlas.
- Piezas, accesorios o complementos.

Los **servicios cubiertos** incluyen audífonos con receta y los siguientes servicios relacionados:

- Visita de audiometría y una evaluación para **recetar** audífonos con alguno de los siguientes profesionales:
 - Un **médico** certificado como otorrinolaringólogo u otólogo.
 - Un audiólogo que cumpla con los siguientes requisitos:
 - Tiene habilitación legal en audiología.
 - Tiene un certificado de competencia clínica en audiología de la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición si no se requiere una licencia.
 - Realiza el examen por indicación escrita de un otorrinolaringólogo u otólogo legalmente habilitado.
 - Cualquier **proveedor** que ejerza sus funciones conforme a su licencia.
- Audífonos electrónicos colocados de acuerdo con una **receta** escrita durante un examen de audición cubierto.
- Cualquier otro servicio relacionado necesario para acceder a un audífono, seleccionarlo y ajustarlo o adaptarlo, incluidos los moldes de oído para mantener su óptimo ajuste.
- Habilitación y rehabilitación necesarias para fines educativos.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Sustitución de un audífono perdido, robado o roto.
- Piezas de repuesto o reparaciones de un audífono.
- Baterías o cables.
- Un audífono que no cumple con las especificaciones recetadas para la corrección de la pérdida auditiva.

Audífono, implantes cocleares y servicios relacionados

Los servicios cubiertos incluyen los implantes cocleares y los siguientes servicios y suministros relacionados:

- Servicios de adaptación y entrega y moldes de oído necesarios para mantener un ajuste óptimo de los audífonos.
- Tratamiento relacionado con los implantes cocleares, incluido lo siguiente:
 - Habilitación y rehabilitación necesarias para beneficios educativos.
 - Un procesador de voz externo y un control para implantes cocleares.
- Sustitución interna de los implantes cocleares por necesidad médica o auditiva.

Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:

- Audífonos, implantes cocleares y servicios relacionados, a excepción de lo descrito arriba.

Cuidado de salud en el hogar

Los **servicios cubiertos** incluyen el cuidado de salud en el hogar brindado por una **agencia de cuidado de salud en el hogar**, pero solo cuando se cumple con todos los siguientes criterios:

- Usted está imposibilitado para salir de su hogar.
- Su **médico** indica dichos servicios.
- Los servicios reemplazan una **internación** en un **hospital** o en un **centro de enfermería especializada**, o usted no puede recibir dichos servicios fuera de su hogar.
- Los servicios son parte de un plan de cuidado de salud en el hogar.
- Los servicios son servicios de enfermería especializada, servicios de ayuda domiciliar o servicios médicos sociales, o bien, son servicios de terapias ocupacional, física o del habla a corto plazo.
- Los servicios de asistencia médica en el hogar se brindan bajo la supervisión de un enfermero registrado.
- Un **médico** o trabajador social brinda o supervisa los servicios médicos sociales.

Los servicios de enfermería especializada son prestados por un enfermero registrado o un auxiliar de enfermería con licencia, dentro del alcance de su licencia.

Si usted recibe el alta de un **hospital** o un **centro de enfermería especializada** luego de una **internación**, se lo puede eximir del requisito de intermitencia para permitir una cobertura de servicios de enfermería especializada continua. Para obtener más información sobre los requisitos de intermitencia, consulte la *Lista de beneficios*.

Los servicios de terapias física, ocupacional y del habla a corto plazo prestados en el hogar están sujetos a las mismas condiciones y limitaciones para las terapias prestadas fuera del hogar. Consulte “Servicios de rehabilitación a corto plazo” y “Servicios de terapia de habilitación” en esta sección, y la *Lista de beneficios*.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Cuidado no médico.
- Servicios brindados fuera del hogar (por ejemplo, junto con la escuela, las vacaciones, el trabajo o las actividades recreativas).
- Traslados.
- Servicios o suministros brindados a un menor de edad cuando no está presente un miembro de la familia o cuidador.

Cuidado de hospicio

Los **servicios cubiertos** incluyen el cuidado de hospicio ambulatorio y con internación que se brinda como parte de un programa de cuidado de hospicio. Los tipos de servicios de cuidados de hospicio que cumplen los requisitos para recibir cobertura incluyen los siguientes:

- Habitación y comida.
- Servicios y suministros que reciba como paciente internado o ambulatorio.
- Servicios prestados por una agencia de cuidado de hospicio o el cuidado de hospicio brindado en un hospital.
- Asesoramiento psicológico y alimentario.
- Manejo del dolor y control de los síntomas.

Los servicios de cuidado de hospicio prestados por los **proveedores** mencionados a continuación estarán cubiertos, aunque los **proveedores** no sean empleados de la agencia de cuidado de hospicio responsable de su cuidado:

- Un **médico** para consultas o manejo de casos.
- Un terapeuta físico u ocupacional.
- Una **agencia de cuidado de salud en el hogar** para lo siguiente:
 - Terapias física y ocupacional.
 - Suministros médicos.
 - Medicamentos con **receta** en casos ambulatorios.
 - Asesoramiento psicológico.
 - Asesoramiento alimentario.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Preparativos para funerales.
- Asesoramiento espiritual.
- Asesoramiento financiero o jurídico, incluidas la planificación patrimonial y la redacción de testamentos.
- Servicios domésticos, de acompañamiento o cualquier otro servicio que no esté relacionado exclusivamente con su cuidado, los cuales pueden incluir los siguientes:
 - Servicios de atención o acompañamiento para usted u otros miembros de la familia.
 - Traslados.
 - Mantenimiento del hogar.

Cuidado en hospital

Los **servicios cubiertos** incluyen el cuidado durante la internación o cuidado ambulatorio en un **hospital**. Esto incluye a las siguientes:

- **Habitación semiprivada y comida.** Su *EOC* cubrirá el gasto adicional de una habitación privada cuando corresponda debido a su enfermedad.
- Servicios prestados por **médicos**.
- Quirófano y sala de recuperación.
- Unidades de cuidados intensivos o especiales de un **hospital**.
- Cuidado general de enfermería.
- Servicio privado de enfermería.

- Administración de sangre y hemoderivados, incluido el gasto de la sangre donada o del producto derivado de la sangre (p. ej., plasma sanguíneo y expansores plasmáticos) que usted no repone, excepto el gasto de la sangre donada o del producto derivado de la sangre.
- Radioterapia.
- Rehabilitación cognitiva.
- Terapias física, ocupacional y del habla.
- Anestesia, oxígeno y oxigenoterapia.
- Terapia de inhalación.
- Servicios de diagnóstico, radiológicos y análisis.
- Comidas y dietas especiales.
- Medicamentos.
- Soluciones intravenosas (IV).
- Planificación de alta.
- Servicios y suministros brindados por el departamento de servicios ambulatorios de un **hospital**.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

Todos los servicios y suministros brindados en los siguientes lugares:

- Asilos.
- La residencia principal de la persona.
- Cualquier lugar que brinde principalmente cuidado no médico o atención durante el reposo.
- Centros turísticos de salud.
- *Spas*.
- Escuelas o campamentos.

Nota importante:

Aunque reciba **servicios de salud que cumplan los requisitos** en un centro de cuidado de salud que sea **proveedor de la red**, es posible que no todos los servicios estén dentro de la red. Algunos servicios que reciba podrían ser brindados por un **médico** o en un centro que sea **proveedor fuera de la red**. Entre los **proveedores** que pueden no ser **proveedores de la red** se incluyen los anestesiastas, radiólogos, patólogos, neonatólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes quirúrgicos. Podría recibir una factura por los servicios de estos **proveedores fuera de la red**, ya que les pagamos nuestra tarifa habitual o una negociada. Colaboraremos con los **proveedores** para que lo único que usted pague sean los **copagos** correspondientes al nivel de la red. Comuníquese con nosotros si recibió una facturación de saldo por los servicios cubiertos prestados por algún médico o **proveedor**, incluido un médico que trabaja en un centro u otro profesional del cuidado de salud.

Servicios para tratar la esterilidad

Servicios básicos para tratar la esterilidad

Los **servicios cubiertos** incluyen las visitas a un **proveedor** con los siguientes fines:

- Diagnosticar y evaluar la causa médica subyacente de la esterilidad.
- Hacer una **cirugía** para tratar la causa médica subyacente de la esterilidad. Algunos ejemplos son la **cirugía** de endometriosis o, para los hombres, la **cirugía** de varicocele.
- Realizar una inseminación artificial, que incluye inseminación intrauterina (IUI) o intracervical (ICI).

Preservación de la fertilidad

La preservación de la fertilidad supone la obtención de espermatozoides/óvulos maduros con o sin la creación de embriones que se congelan para su uso en el futuro.

Los **servicios cubiertos** para la preservación de la fertilidad se brindan si cumple los siguientes requisitos:

- Usted es considerada una persona fértil.
- Usted recibe servicios médicos planificados que se ha demostrado que producen esterilidad, entre ellos:
 - Servicios de quimioterapia o radioterapia que, según establece la bibliografía médica, producen esterilidad.
 - Otros tratamientos gonadotóxicos.
 - Histerectomía.
 - Extracción de ambos ovarios o testículos.
- Hay probabilidades de que los óvulos extraídos logren un embarazo porque cumplen con los criterios relativos al nivel de hormona estimulante del folículo (FSH) y la respuesta ovárica que se definen en nuestra política clínica sobre esterilidad.

Exclusiones de los servicios para tratar la esterilidad

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Todos los cargos relacionados con lo siguiente:
 - La gestación subrogada para usted o la madre subrogada. Una madre subrogada es una mujer que lleva en su vientre a un hijo genéticamente relacionado con ella, cuando el hijo fue concebido con la intención de entregarlo para ser criado por otras personas, incluido el padre biológico.
 - La criopreservación (congelación) de óvulos, embriones o espermatozoides.
 - El almacenamiento de óvulos, embriones o espermatozoides.
 - La descongelación de óvulos, espermatozoides o tejido del sistema reproductivo criopreservados (congelados).
 - El cuidado de la donante durante un ciclo del óvulo donado. Esto incluye, por ejemplo, pagos a la donante, costos por exámenes a la donante, costos de pruebas de laboratorio y cualquier cargo relacionado con el cuidado de la donante que sea necesario para la transferencia o la extracción de óvulos.
 - El uso de una madre subrogada gestacional para la mujer que actúa como madre subrogada gestacional. Una madre subrogada gestacional es una mujer que lleva un embrión con el que no tiene relación genética.
- Los equipos para detectar la ovulación en el hogar o pruebas de embarazo caseras.
- Medicamentos inyectables para tratar la esterilidad, que incluyen, entre otros, menotropinas, gonadotropina coriónica humana (hCG) y agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH).
- La compra de embriones, óvulos o espermatozoides de un donante.
- La reversión de la esterilización voluntaria, incluido el cuidado de seguimiento.
- Todo cargo asociado a la obtención del espermatozoides de una persona no está cubierto por esta *EOC* como parte de los servicios de tecnología reproductiva de avanzada.

- Inducción de la ovulación con menotropinas, inseminación intrauterina y cualquier servicio, procedimiento o producto relacionados.
- Fertilización *in vitro*, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de embriones criopreservados y cualquier servicio, producto o procedimiento relacionados (como la inyección de esperma intracitoplasmática o la microcirugía de óvulos).

Tratamiento del trastorno de la articulación de la mandíbula

Los **servicios cubiertos** incluyen el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de un **trastorno de la articulación de la mandíbula** realizados por un **proveedor**, y comprenden lo siguiente:

- La articulación de la mandíbula en sí, como el trastorno de la articulación temporomandibular.
- La relación entre la articulación de la mandíbula y los músculos y nervios relacionados, como el síndrome de dolor miofascial.

Cuidado de maternidad y para recién nacidos

Los **servicios cubiertos** incluyen el cuidado durante el embarazo (prenatal), el cuidado después del parto y los servicios de obstetricia, incluidos el cuidado y los servicios relacionados con las complicaciones del embarazo. Después del nacimiento, los **servicios cubiertos** incluyen los siguientes:

- Luego de un parto vaginal, un mínimo de 48 horas de cuidado durante la internación en un centro de cuidado de salud.
- Luego de un parto por cesárea, un mínimo de 96 horas de cuidado durante la internación en un centro de cuidado de salud.
- Una **internación** más corta si el **médico** tratante, con el consentimiento de la madre, les da el alta antes tanto a la madre como al recién nacido.

Si usted y su **médico** acuerdan una **internación** más corta, usted y el recién nacido recibirán cuidado posparto oportuno. Un **médico**, un enfermero registrado u otro **proveedor** del cuidado de la salud con licencia pueden brindar el cuidado posparto. Puede optar por recibir este cuidado en los siguientes sitios:

- Su hogar.
- El consultorio de un **proveedor** del cuidado de la salud.
- Un centro de cuidado de salud.
- Otro sitio que se considere adecuado según la ley correspondiente de Texas.

Complicaciones del embarazo

Los **servicios cubiertos** incluyen el tratamiento de las complicaciones del embarazo que se determinará de la misma manera que el tratamiento de cualquier otra enfermedad.

Cubriremos el tratamiento de los defectos congénitos de un recién nacido de la misma manera que lo haríamos en el caso de otra enfermedad o lesión.

Los **servicios cubiertos** también incluyen los servicios y suministros necesarios para que un **proveedor** realice una circuncisión.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Todos los servicios y suministros relacionados con los partos en el hogar o en cualquier otro lugar no autorizado para ello.

Apoyo nutricional

A los efectos de este beneficio, los productos alimenticios modificados de bajo contenido proteico son aquellos que están especialmente formulados para tener menos de 1 gramo de proteínas por porción y deben utilizarse bajo la supervisión de un **médico** en el tratamiento alimenticio de una enfermedad metabólica hereditaria. Los productos alimenticios modificados de bajo contenido proteico no incluyen alimentos que naturalmente tienen bajo contenido proteico.

Los **servicios cubiertos** incluyen fórmulas y productos alimenticios modificados de bajo contenido proteico, indicados por un **médico**, para el tratamiento de la fenilcetonuria o enfermedades o trastornos hereditarios relacionados con los aminoácidos y los ácidos orgánicos. Cubriremos estos artículos en la misma medida en que el plan cubre los medicamentos que están disponibles solo por indicaciones de un **médico**.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

Cualquier alimento, incluidos los siguientes:

- Fórmulas para bebés.
- Suplementos nutricionales.
- Vitaminas.
- Vitaminas con **receta**.
- Alimentos médicos.
- Otros productos nutricionales.

Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos disponibles solo por indicaciones de un **médico**, consulte “Medicamentos con receta en casos ambulatorios” en esta sección.

Dispositivos ortopédicos

Los **servicios cubiertos** incluyen la entrega inicial y el posterior reemplazo de un dispositivo ortopédico que le indica y administra su **médico**.

Cubriremos el mismo tipo de dispositivos que cubre Medicare. Su **proveedor** nos dirá qué dispositivo se adapta mejor a sus necesidades. Sin embargo, solo tiene cobertura si otorgamos la **autorización previa**.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Servicios cubiertos por cualquier otro beneficio.
- Reparación y reemplazo por pérdida, mal uso, maltrato o robo.

Cirugía ambulatoria

Los **servicios cubiertos** incluyen los servicios prestados y los suministros utilizados en relación con una **cirugía** ambulatoria realizada en un centro quirúrgico o en el departamento de cuidado ambulatorio de un **hospital**.

Los **servicios cubiertos** también incluyen los siguientes servicios de **cirugía** oral:

- La extracción de tumores, quistes, lesiones malignas y premalignas y crecimientos en las mandíbulas, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar y el piso de la boca.
- Incisión y drenaje de abscesos en el rostro.
- **Procedimientos quirúrgicos** que involucran glándulas y conductos salivales y procedimientos no dentales para los senos paranasales.
- Extracción total de dientes impactados.

Nota importante:

Algunas **cirugías** pueden realizarse de forma segura en el consultorio de un **médico**. Para dichas **cirugías**, la **EOC** solo pagará los servicios prestados por un **médico** o un **PCP**, y no se pagará una tarifa extra por los servicios del centro.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Una **internación** en el **hospital** (consulte “Cuidado en hospital” en esta sección).
- Un cargo extra del centro por una **cirugía** realizada en el consultorio del **médico**.
- Servicios de otro **médico** para la administración de anestesia local.

Nota importante:

Aunque reciba **servicios de salud que cumplan los requisitos** en un centro de cuidado de salud que sea **proveedor de la red**, es posible que no todos los servicios estén dentro de la red. Algunos servicios que reciba podrían ser brindados por un **médico** o en un centro que sea **proveedor fuera de la red**.

Entre los **proveedores** que pueden no ser **proveedores de la red** se incluyen los anestesistas, radiólogos, patólogos, neonatólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes quirúrgicos.

Podría recibir una factura por los servicios de estos **proveedores fuera de la red**, ya que les pagamos nuestra tarifa habitual o una negociada. Colaboraremos con los **proveedores** para que lo único que usted pague sean los **copagos** correspondientes al nivel de la red. Comuníquese con nosotros si recibió una facturación de saldo por los servicios cubiertos prestados por algún **médico** o **proveedor**, incluido un **médico** que trabaja en un centro u otro profesional del cuidado de salud.

Servicios prestados por un médico

Los **servicios cubiertos** incluyen los servicios brindados por su **médico** para tratar una enfermedad o lesión. Estos servicios pueden recibirse de las siguientes formas:

- En el consultorio de un **médico**.
- En su hogar.
- En un **hospital**.
- En cualquier otro centro para pacientes internados o ambulatorios.
- A través de **telemedicina**, **teleodontología** o **telesalud**.

Nota importante:

En el caso de los servicios de salud emocional y psicológica, todos los **servicios cubiertos** prestados en persona por un **proveedor de salud emocional y psicológica** también son **servicios cubiertos** si se obtienen a través de **telemedicina** o **telesalud**.

Los siguientes son otros servicios y suministros que su **médico** puede prestar:

- Pruebas de alergias e inyecciones para tratarlas.
- Pruebas, suministros y servicios radiológicos.
- Vacunas que no están cubiertas como cuidado preventivo.

Servicios quirúrgicos prestados por médicos

Los **servicios cubiertos** incluyen los que brindan los siguientes profesionales:

- El cirujano que llevará a cabo su **cirugía**.
- El cirujano al que visita antes y después de la **cirugía**.
- Otro cirujano a quien acude para obtener una segunda opinión antes de la **cirugía**.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Una **internación** en el **hospital** (consulte “Cuidado en hospital” en esta sección).
- Un cargo extra del centro por una **cirugía** realizada en el consultorio del **médico**.
- Servicios de otro **médico** para la administración de anestesia local.

Medicamentos con receta en casos ambulatorios

Lea esta sección con atención. La *EOC* no cubre todos los medicamentos con **receta** y parte de la cobertura puede tener limitaciones. Esto no significa que no pueda obtener medicamentos con **receta** que no están cubiertos; puede hacerlo, pero debe pagarlos usted mismo. Consulte la *Lista de beneficios* para obtener más información sobre los beneficios de medicamentos con **receta** y sus limitaciones.

Nota importante:

Una farmacia puede optar por no entregarle un medicamento con **receta** o no renovarlo cuando, según el criterio profesional del farmacéutico, no debe hacerlo.

Su *EOC* ofrece controles de seguridad estándar para promover el uso seguro y adecuado de los medicamentos. Estos controles sirven para prevenir efectos perjudiciales y responden a la información sobre recetas de medicamentos aprobada por la FDA y a las pautas clínicas y normas de tratamiento publicadas actualmente. Además, se actualizan con regularidad a medida que se comercializan nuevos medicamentos y se actualizan estas pautas y las normas.

Los **servicios cubiertos** se basan en los medicamentos que figuran en la **Guía de medicamentos**.

Excluimos los medicamentos con **receta** que no figuran en la **Guía de medicamentos**, a menos que aprobemos una solicitud de excepción al *Formulario*. Todo medicamento con **receta** que haya sido aprobado o cubierto por el plan para una enfermedad física o mental y que se haya eliminado de la **Guía de medicamentos** antes de la renovación del plan estará cubierto al nivel de beneficios contratados hasta la fecha de renovación del plan. Nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica se reúne como mínimo una vez al trimestre para revisar las clases de medicamentos terapéuticos existentes, así como los nuevos medicamentos en el mercado. Las decisiones clínicas del Comité de Farmacia y Terapéutica se basan en pruebas científicas, estándares de práctica, bibliografía médica revisada por pares, pautas aceptadas de práctica clínica y otras fuentes de información apropiada.

Si es **medicamento necesario** que use un medicamento con **receta** que no figura en esta **Guía de medicamentos**, usted o su **proveedor** deben solicitar una excepción al *Formulario*.

Consulte la sección “Cómo solicitar una excepción al *Formulario*” para obtener más información.

Su **proveedor** puede hacerle una **receta** de diferentes maneras, incluidas las siguientes:

- Hacer una **receta** escrita para que usted la presente en una farmacia de la red.
- Llamar a una farmacia de la red o enviarles la **receta** por correo electrónico.
- Enviar la **receta** a una farmacia de la red por vía electrónica.

Cualquier medicamento con **receta** que se haya solicitado para una duración superior a un mes requerirá el monto de **copago** equivalente a la duración prevista del medicamento.

Es posible que la farmacia sustituya un **medicamento genérico con receta** por un **medicamento con receta de marca**. Su parte del costo puede ser menor si utiliza un medicamento genérico cuando esté disponible.

Entrega parcial de ciertos medicamentos con receta

Permitimos una entrega parcial de su medicamento con **receta** en los siguientes casos:

- Su farmacia o quien emite su receta nos indica lo siguiente:
 - La cantidad solicitada es para sincronizar las fechas en que la farmacia abastece sus medicamentos con **receta**.
 - Se pretende lo mejor para usted mediante la sincronización de las fechas.
- Usted está de acuerdo con la sincronización.

Sus gastos de desembolso se prorratearán en función de la cantidad de días del suministro.

Cómo acceder a las farmacias de la red

La farmacia de la red enviará su reclamo. Usted pagará su parte del costo a la farmacia. Puede encontrar una farmacia de la red en línea o por teléfono. Consulte la sección “Comuníquese con nosotros” si necesita ayuda. Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Si no obtiene sus medicamentos con **receta** en una farmacia de la red, estos no serán **servicios cubiertos** por la EOC, a excepción de lo descrito en “Medicamentos administrados por un médico” en esta sección.

Tipos de farmacias

Farmacia al por menor

Puede acudir a una **farmacia al por menor** para obtener un suministro de hasta 90 días de medicamentos con **receta**.

Farmacia de órdenes por correo

Los medicamentos disponibles a través de este servicio son medicamentos de mantenimiento que toma con regularidad para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo. Puede solicitar los servicios de una **farmacia de órdenes por correo** para obtener un suministro de hasta 90 días de medicamentos con **receta**.

Los medicamentos con **receta** en casos ambulatorios están cubiertos cuando se obtienen en una **farmacia de órdenes por correo** de la red. Todos los medicamentos con **receta** están limitados a un suministro para 90 días. Las **recetas** por un suministro para menos de 30 días o más de 90 días no cumplen con los requisitos para la cobertura cuando se entregan en este tipo de farmacia.

Farmacia de especialidad

Puede acudir a una **farmacia de especialidad** para obtener un suministro de hasta 30 días de **medicamentos de especialidad con receta**. Puede consultar la lista de los **medicamentos de especialidad con receta**. Consulte la sección “Comuníquese con nosotros” si necesita ayuda. Los **medicamentos de especialidad con receta** suelen incluir medicamentos de alto costo que requieren almacenamiento, manejo o control especiales, como aquellos que se administran por vía oral, vía tópica, inhalación e inyección, entre otros.

Salvo en una situación de urgencia, los **medicamentos de especialidad con receta** siempre se deben obtener en una **farmacia de especialidad** de la red, incluso la primera vez. Los **medicamentos de especialidad con receta** pueden incluirse en varios niveles de medicamentos sin importar sus nombres. Para obtener más detalles sobre límites de suministro y costo compartido, consulte la *Lista de beneficios*.

Nosotros, su **proveedor** o su farmacia de la red realizamos una revisión de utilización sobre el uso inadecuado, malgasto y abuso de los medicamentos con **receta** cubiertos por esta *EOC*. El resultado de esta revisión puede incluir lo siguiente:

- Limitación de la cobertura de un medicamento a un único **proveedor** o a una única farmacia de la red.
- Límites de cantidad, dosificación o días de suministro.
- Requisito de abastecimiento parcial o rechazo de cobertura.

¿Qué ocurre si su farmacia abandona la red?

A veces, una farmacia puede dejar de pertenecer a la red. En ese caso, deberá obtener sus medicamentos con **receta** en otra farmacia de la red. Puede utilizar el directorio de **proveedores** o llamarnos para buscar otra farmacia de la red en su zona.

Cómo obtener un medicamento con receta en caso de emergencia

Es posible que no tenga acceso a una farmacia de la red en una situación de emergencia o de urgencia, o quizás se encuentre de viaje fuera del **área de servicio** de la *EOC*. Si necesita obtener un medicamento con **receta** en alguna de estas situaciones, le haremos un reembolso tal y como se indica en la siguiente tabla:

Tipo de farmacia	Su costo compartido
Farmacia de la red	El costo compartido según la <i>EOC</i>
Farmacia fuera de la red	La totalidad del costo del medicamento con receta

Cuando paga la totalidad del costo del medicamento con **receta** en una farmacia fuera de la red:

- Debe obtener el medicamento y enviarnos una forma de reembolso de medicamentos con **receta**, incluidos todos los recibos detallados de la farmacia.
- La cobertura se limitará a los artículos que obtenga en relación con la emergencia o situación de urgencia fuera del área.
- El hecho de presentar la forma de reembolso no garantiza que se lo otorguen. Si se aprueba el reembolso, se le devolverá el costo del medicamento con **receta** menos el costo compartido dentro de la red.

Medicamentos administrados por un médico

Si tiene una enfermedad crónica, compleja, poco común o que pone en riesgo su vida, no podemos hacer lo siguiente:

- Exigir que los **medicamentos administrados por un médico** se obtengan únicamente en una farmacia de la red.
- Si un **medicamento administrado por un médico** está cubierto de otra manera, limitar o excluir la cobertura de ese medicamento debido a su elección de farmacia o porque el medicamento no se obtuvo de una farmacia de la red.
- Exigir que un **médico** o **proveedor** del cuidado de la salud de la red facture u obtenga un reembolso por la entrega y la administración de los **medicamentos administrados por un médico** en virtud del beneficio de farmacia en lugar del beneficio médico sin tener lo siguiente:
 - Su consentimiento informado por escrito.
 - Una certificación escrita por parte de su **médico** o **proveedor** del cuidado de la salud que exprese que un retraso en la administración del medicamento no expondrá su salud a un mayor riesgo.

- Exigir que usted pague una tarifa adicional, un **copago** más alto, un segundo **copago** o cualquier otro aumento en el precio de los **medicamentos administrados por un médico** debido a su elección de farmacia o porque el medicamento no se obtuvo de una farmacia de la red.

Su **médico** o **proveedor** del cuidado de la salud deben determinar lo siguiente:

- Un retraso en el cuidado haría probable la progresión de la enfermedad.
- El uso de una farmacia de la red podría:
 - Probablemente provocar la muerte o hacerle daño.
 - Potencialmente generar un obstáculo para que usted siga o respete su plan de salud.
 - Debido al tiempo de entrega o los requisitos de dosis, se necesita que una farmacia diferente realice la entrega.

Otros servicios cubiertos

Medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral

Los **servicios cubiertos** incluyen cualquier medicamento con receta para el tratamiento contra el cáncer, incluidos los medicamentos quimioterapéuticos. El medicamento debe estar reconocido como tratamiento contra el cáncer en los materiales de referencia estándar o en la literatura médica, incluso si no está aprobado por la FDA para este tratamiento. La cobertura de los medicamentos con **receta** anticancerígenos orales no será menos favorable que la de los medicamentos con **receta** anticancerígenos inyectables o intravenosos. Es posible que el farmacéutico o quien emite la receta tenga que obtener nuestra aprobación antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Para obtener más información, consulte “Requisitos de necesidad médica, remisión y autorización previa” en la sección “Cómo funciona la EOC”.

Anticonceptivos (control de la natalidad)

Los **servicios cubiertos** incluyen ciertos medicamentos y dispositivos que la FDA ha aprobado para prevenir el embarazo. Su **proveedor** debe darle una **receta** y usted debe obtener este medicamento en una farmacia de la red. A través del plan de medicamentos con **receta** en casos ambulatorios también se cubren servicios y suministros relacionados que se necesitan para administrar los dispositivos cubiertos. Cada método anticonceptivo aprobado por la FDA, en al menos una de sus presentaciones, es un **servicio cubierto**. Usted tiene acceso a una lista de medicamentos y dispositivos cubiertos. Consulte la sección “Comuníquese con nosotros” si necesita ayuda.

También cubrimos sin costo dispositivos y **medicamentos genéricos con receta** y sin ella para cada uno de los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA. Si un dispositivo o medicamento genérico no está disponible para un determinado método, cubriremos sin costo compartido el dispositivo o **medicamento con receta de marca**.

Nota importante sobre los anticonceptivos preventivos:

Es posible que reúna los requisitos para obtener una excepción al *Formulario* si su **proveedor** determina que los anticonceptivos cubiertos como **servicios cubiertos** preventivos conforme a la EOC no son médicamente adecuados para usted. Su **proveedor** puede solicitar una excepción al *Formulario* y presentárnosla para que la revisemos. Si se aprueba la excepción, el **anticonceptivo con receta de marca** estará cubierto al 100 %.

Suministros para diabéticos e insulina

Los siguientes son algunos de los **servicios cubiertos**:

- Hisopos con alcohol.
- Líquido calibrador para medir glucosa en sangre.
- Medidores continuos de glucosa.
- Jeringas, agujas y plumas para diabéticos.
- Bombas de infusión de insulina.
- Dispositivos y kits de punción.
- Tiras reactivas para detectar glucosa en sangre y cetonas en la orina.

Para conocer los **servicios médicos cubiertos**, consulte “Servicios, suministros y equipos para diabéticos (incluye programas para el autocuidado)”.

Vacunas

Los **servicios cubiertos** incluyen las vacunas preventivas que exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) cuando se administran en una farmacia de la red. Puede ponerse en contacto con nosotros para encontrar una farmacia participante de la red. Consulte con la farmacia antes de ir para asegurarse de que la vacuna que necesita esté disponible. No todas las farmacias tienen todas las vacunas.

Medicamentos para la esterilidad

Los **servicios cubiertos** incluyen medicamentos con **receta** inyectables y orales para la inducción de la ovulación usados para tratar la causa médica subyacente de la esterilidad.

Apoyo nutricional

Los **servicios cubiertos** incluyen cobertura para fórmulas y productos alimenticios modificados de bajo contenido proteico, indicados por un **médico**, para el tratamiento de la fenilcetonuria o enfermedades o trastornos hereditarios relacionados con los aminoácidos y los ácidos orgánicos. Esto incluye la cobertura de fórmulas elementales a base de aminoácidos.

A efectos de este beneficio, “producto alimenticio modificado con bajo contenido en proteínas” se refiere a los alimentos que están elaborados específicamente para que contengan menos de un gramo de proteínas por porción y deben consumirse según la indicación de un **médico** para el tratamiento nutricional de cualquier enfermedad metabólica hereditaria. Los productos alimenticios modificados de bajo contenido proteico no incluyen alimentos que naturalmente tienen bajo contenido proteico.

Servicio de consultas en farmacias

Los farmacéuticos con licencia del estado pueden recetar determinados medicamentos con **receta**.

Los **servicios cubiertos** incluyen los servicios de consultas de su farmacéutico con licencia del estado para lo siguiente:

- Determinar la **necesidad médica** de un medicamento con **receta** específico para su enfermedad o afección.
- Recetar medicamentos con **receta médicamente necesarios** específicos.

Gotas oculares con receta

Puede volver a obtener gotas oculares con **receta** para tratar una enfermedad o afección ocular crónica en los siguientes casos:

- La **receta** original indica que se necesitan cantidades adicionales.
- El reabastecimiento no excede la cantidad total de unidades de dosificación indicadas en la **receta** original, incluidos los reabastecimientos.
- El reabastecimiento se entregó durante o antes del último día del período de dosificación indicado, pero no antes de las siguientes fechas:
 - El día 21 después de la fecha en que recibe un suministro para 30 días.
 - El día 42 después de la fecha en que recibe un suministro para 60 días.
 - El día 63 después de la fecha en que recibe un suministro para 90 días.

Medicamentos y suplementos de cuidado preventivo

Los **servicios cubiertos** incluyen los suplementos y medicamentos de cuidado preventivo (incluidos aquellos sin receta), según lo exige la ACA.

Medicamentos con receta para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno

Los **servicios cubiertos** incluyen los medicamentos con **receta** usados para tratar a personas que presentan lo siguiente:

- Un mayor riesgo de contraer cáncer de seno.
- Menor riesgo de sufrir efectos secundarios por la medicación.

Medicamentos con y sin receta para dejar de consumir tabaco

Los **servicios cubiertos** incluyen medicamentos con y sin **receta** aprobados por la FDA que ayudan a dejar de consumir productos de tabaco. Su **proveedor** debe darle una **receta** y usted debe presentarla en la farmacia para que la procesen.

Exclusiones de medicamentos con receta en casos ambulatorios

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Medicamentos para el aborto usados para la interrupción del embarazo, a menos que el embarazo ponga la vida de la mujer en grave peligro o suponga un riesgo grave de sufrir un deterioro considerable de una función corporal importante.
- Suero y soluciones inyectables para tratar alergias.
- Cualquier servicio relacionado con el suministro, la inyección o la administración de un medicamento.
- Líquidos y fluidos biológicos, salvo que se indique lo contrario en la **guía de medicamentos de la EOC**.
- Medicamentos con **receta** compuestos que contienen productos químicos a granel que no han sido aprobados por la FDA, incluidas las hormonas bioidénticas compuestas.
- Medicamentos cosméticos, incluidos los medicamentos y preparados que se utilizan con fines cosméticos.
- Dispositivos, productos y aparatos, salvo que figuren como **servicios cubiertos**.
- Suplementos dietéticos, incluidos los alimentos médicos.
- Fármacos o medicamentos con las siguientes características:
 - Administrados o consumidos en su totalidad en el momento y en el lugar en que se recetan o se entregan.
 - Medicamentos o medicinas que no requieren **receta** conforme a la ley, aunque se emita una **receta** para ellos, salvo que hayamos aprobado una excepción al *Formulario*.

- Medicamentos o medicinas que son equivalentes o alternativos a un medicamento con **receta** cubierto, a menos que hayamos aprobado una excepción al *Formulario*.
- Medicamentos o medicinas no aprobados por la FDA o de los que no se ha probado su seguridad y eficacia.
- Medicamentos o medicinas ofrecidos con sus beneficios médicos mientras se encontraba internado en un centro de cuidado de salud.
- Medicamentos o medicinas recientemente aprobados por la FDA, pero que todavía no han sido revisados por nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica, a menos que hayamos aprobado una excepción al *Formulario*.
- Medicamentos o medicinas que incluyen vitaminas y minerales, salvo que los recomiende el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.
- Medicamentos o medicinas cuyo costo está cubierto por una agencia federal, estatal o gubernamental (por ejemplo, Medicaid o la Administración de Veteranos).
- Que sean fármacos u hormonas de crecimiento utilizados para estimular el crecimiento y tratar la baja estatura idiopática, a menos que haya pruebas de que el miembro cumple con uno o más criterios clínicos detallados en nuestras políticas clínicas y de **autorización previa**.
- Terapia con medicamentos duplicados, por ejemplo, dos antihistamínicos para tratar la misma enfermedad.
- Cuidado genético
 - Cualquier tratamiento, dispositivo, medicamento, servicio o suministro para modificar los genes del cuerpo, la constitución genética o la expresión de los genes del cuerpo, a menos que figuren como **servicios cubiertos**.
- Vacunas relacionadas con viajes o el trabajo.
- Vacunas o agentes inmunológicos, excepto los especificados anteriormente.
- Medicamentos implantables y dispositivos relacionados, a excepción de lo que se indica específicamente más arriba.
- Inyectables que incluyen lo siguiente:
 - Cualquier cargo por la administración o inyección de medicamentos con **receta**.
 - Agujas y jeringas, excepto las que se utilizan para la administración de insulina.
 - Cualquier medicamento que, debido a sus características de acuerdo con nuestra determinación, debe ser administrado o supervisado por un **proveedor** calificado o un **profesional de la salud** certificado con licencia en un entorno ambulatorio, con excepción de Depo Provera y otros medicamentos inyectables para la anticoncepción.
- El uso no indicado en la etiqueta del medicamento, salvo para indicaciones reconocidas en la bibliografía médica revisada por pares profesionales o en un compendio de referencia de medicamentos con receta aprobado por el comisionado.
- Medicamentos con **receta** que cumplan las siguientes condiciones:
 - Son indicados por un dentista o un cirujano oral para la extracción de dientes, o medicamentos con **receta** para el tratamiento de una enfermedad dental a menos que se trate de un **servicio cubierto**.
 - Medicamentos con receta que se consideran preparaciones dentales orales y enjuagues con fluoruro, excepto comprimidos o gotas con fluoruro pediátricos según se especifica en la *Guía de medicamentos* de la EOC.

- Medicamentos con receta que se utilizan con la finalidad de mejorar la agudeza visual o el campo de visión.
- Aquellos que una persona esté usando o de los cuales esté abusando de una manera que contribuya a una adicción a una sustancia que genera dependencia o medicamentos obtenidos para una persona que no sea el miembro identificado en la tarjeta de identificación.
- Reemplazo de **recetas** perdidas o robadas.
- Agentes de prueba, excepto los agentes de prueba para diabéticos.
- Medicamentos para dejar de consumir tabaco, salvo que los recomiende el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.
- Nos reservamos el derecho a considerar estas exclusiones:
 - El producto de un fabricante cuando haya un suministro, equipo o medicamento igual o similar (con el mismo ingrediente activo o el mismo efecto terapéutico) en la **Guía de medicamentos** de la *EOC*.
 - Cualquier dosis o presentación de un medicamento cuando el mismo medicamento está disponible en diferentes dosis o presentaciones en la **Guía de medicamentos** de la *EOC*.

Cuidado preventivo

Los **servicios cubiertos** preventivos están diseñados para ayudarlo a mantenerse saludable y alcanzar el mejor estado de salud posible a través de la detección temprana. Si necesita servicios o exámenes adicionales, como pruebas de diagnóstico para el tratamiento o diagnóstico de una enfermedad (a excepción del diagnóstico por imágenes para detectar cáncer de seno), es posible que deba pagar un costo mayor, ya que estos servicios no son preventivos. Si un **servicio cubierto** no figura dentro del cuidado preventivo, es posible que tenga cobertura dentro de otros **servicios cubiertos** indicados en esta sección. Para obtener más información, consulte la *Lista de beneficios*.

Las siguientes agencias establecen las pautas sobre cuidado preventivo de esta sección:

- Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
- Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).
- Administración de Recursos y Servicios de Salud.
- Academia Americana de Pediatría, Bright Futures y Administración de Recursos y Servicios de Salud (pautas para niños y adolescentes).

Es posible que estas recomendaciones y pautas se actualicen de forma periódica. Cuando esto ocurra, dichas actualizaciones se aplicarán a esta *EOC*. Las actualizaciones entran en vigor el primer día del año, un año después de que se publiquen la recomendación o la pauta actualizadas.

Para conocer las frecuencias y los límites, comuníquese con su **médico** o con nosotros. Esta información también está disponible en <https://www.healthcare.gov/>.

Nota importante:

Los beneficios de cuidado preventivo para un género específico incluyen los **servicios cubiertos** que se describen, sin importar el sexo que se le asignó al nacer, su identidad de género o su género registrado.

Servicios de asesoramiento y apoyo durante la lactancia

Los **servicios cubiertos** incluyen asistencia y capacitación en lactancia, y servicios de asesoramiento durante el embarazo o después del parto. Este servicio de asesoramiento se cubrirá solo cuando lo suministre un **proveedor** de apoyo para la lactancia certificado.

Sacaleches, accesorios y suministros

Los **servicios cubiertos** incluyen el alquiler o la compra del equipo que necesite para extraer y almacenar la leche materna.

La cobertura de la compra de un sacaleches se limita a un solo equipo, para el mismo propósito o uno similar, y a los accesorios y suministros necesarios para operarlo. Usted deberá pagar el costo total de cualquier pieza adicional del mismo equipo o de un equipo similar que compre o alquile para comodidad personal o movilidad.

Servicios de asesoramiento

Los **servicios cubiertos** incluyen los exámenes preventivos y el asesoramiento suministrados por un **profesional de la salud** para lo siguiente:

- Consumo indebido de drogas o de alcohol.
 - Asesoramiento preventivo e intervención para reducir los factores de riesgo.
 - Evaluación estructurada.
- Riesgo genético de desarrollar cáncer de seno y de ovarios.
- Obesidad y dietas saludables.
 - Asesoramiento preventivo e intervención para reducir los factores de riesgo.
 - Asesoramiento nutricional.
 - Asesoramiento sobre dietas saludables a raíz de la hiperlipidemia (colesterol alto) y otros factores de riesgo conocidos de enfermedades cardiovasculares o crónicas relacionadas con la dieta.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Métodos para dejar de consumir tabaco
 - Asesoramiento preventivo para dejar de consumir productos del tabaco.
 - Visitas de tratamiento.
 - Visitas para clases.

Servicios de planificación familiar: anticonceptivos

Los **servicios cubiertos** incluyen la planificación familiar de la siguiente manera:

- Servicios de asesoramiento brindados por un **médico** u otro **proveedor** sobre métodos anticonceptivos. Estos servicios están cubiertos cuando los recibe en un entorno individual o grupal.
- Dispositivos anticonceptivos (incluido cualquier servicio o suministro relacionado) si son recetados, brindados, administrados o extraídos por un **profesional de la salud**.
- Esterilización voluntaria, incluidos los cargos que factura el **proveedor** de manera separada por procedimientos de esterilización voluntaria femenina, y servicios y suministros relacionados. Esto incluye la ligadura de trompas y los implantes para esterilización.

Los siguientes no son **servicios cubiertos** preventivos:

- Servicios que se brindan debido a complicaciones que surgen por procedimientos de esterilización voluntaria y el cuidado de seguimiento relacionado.
- Cualquier método anticonceptivo que solo esté revisado por la FDA, pero no cuente con su aprobación.
- Métodos anticonceptivos, dispositivos o procedimientos de esterilización masculinos, excepto los condones recetados por un **profesional de la salud**.

Vacunas

Los **servicios cubiertos** incluyen vacunas preventivas para enfermedades infecciosas; por ejemplo, las vacunas para adultos conforme al calendario de vacunación recomendado para adultos según edad y enfermedad, de los Centros para el Control de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Vacunas para hijos desde el nacimiento hasta los 18 años

Los **servicios cubiertos** incluyen los siguientes:

- Difteria, tétanos y tosferina.
- *Haemophilus influenzae* de tipo B.
- Hepatitis A.
- Hepatitis B.
- Virus del papiloma humano.
- Contra el poliovirus inactivado.
- Influenza.
- Sarampión, paperas y rubéola.
- Meningitis.
- Enfermedad neumocócica.
- Rotavirus.
- Varicela.
- Cualquier otra vacuna que se requiera por ley para niños.

Los siguientes no son **servicios cubiertos** preventivos:

- Vacunas fuera del cuidado preventivo, como las que exige un empleo o un viaje.

Cuidado prenatal

Los **servicios cubiertos** incluyen exámenes físicos de rutina durante el embarazo realizados en el consultorio del **médico, PCP**, obstetra, ginecólogo u obstetra-ginecólogo. Los exámenes incluyen la visita inicial y las visitas posteriores para lo siguiente:

- Examen para detectar anemia.
- Control de la presión sanguínea.
- Examen para detectar infección por clamidia.
- Control de la frecuencia cardíaca del feto.
- Control de la altura del fondo uterino.
- Examen para detectar diabetes gestacional.
- Examen para detectar gonorrea.
- Examen para detectar hepatitis B.
- Peso de la madre.
- Examen para detectar incompatibilidad Rh.

Exámenes de rutina para detectar cáncer

Los **servicios cubiertos** incluyen los siguientes exámenes de rutina para detectar cáncer:

- Colonoscopias, incluida una colonoscopia de seguimiento si los hallazgos son anormales, consulta al **especialista** antes del procedimiento, extirpación de pólipos realizada durante un procedimiento de detección y el examen patológico de cualquier pólipo extirpado.
- Exámenes de tacto rectal.
- Enemas opacos de doble contraste.
- Exámenes de sangre oculta en heces.
- Exámenes para detectar cáncer de pulmón.
- Mamografías (todas las formas de mamografía de dosis baja de radiación, incluida la mamografía digital y la tomosíntesis de seno).
- Pruebas de antígeno específico prostático.
- Sigmoidoscopias.

Exámenes físicos de rutina

Un examen preventivo de rutina es un examen médico que se realiza por un motivo que no sea diagnosticar o tratar una enfermedad o una lesión identificadas o sospechadas, e incluye lo siguiente:

- Artículos basados en pruebas que tengan de hecho una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.
- Servicios recomendados en las pautas para niños y adolescentes de la Academia Americana de Pediatría, Bright Futures y la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
- Servicios de asesoramiento y exámenes según se especifiquen en las guías completas recomendadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud. Estos servicios incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Exámenes preventivos y servicios de asesoramiento sobre temas como los siguientes:
 - Violencia interpersonal y doméstica.
 - Infecciones de transmisión sexual.
 - Infecciones por virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
 - Pruebas de ADN para detectar el virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo en mujeres.

Los **servicios cubiertos** incluyen los siguientes:

- Visita al consultorio de un **médico**.
- Examen de audición.
- Examen de la vista.
- Servicios radiológicos, pruebas de laboratorio y otros exámenes.
- Para los recién nacidos cubiertos, un chequeo inicial en el **hospital** y la administración de pruebas de detección en recién nacidos, según lo exige la ley de Texas aplicable, incluido el costo de un kit de pruebas de detección para recién nacidos en la cantidad estipulada por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

Entre los exámenes físicos de rutina para mujeres, también se incluyen los siguientes:

- Exámenes de diagnóstico para la detección temprana de cáncer de ovario, incluidas otras pruebas u otros exámenes de detección aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, examen de diagnóstico para la detección de cáncer de cuello uterino y análisis de sangre de CA 125.

- Prueba de PAP o citología en base líquida, ya sea el examen solo o con una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- Mamografía para detectar cáncer de seno.

Visitas de cuidado preventivo para mujeres sanas

Un examen preventivo de rutina para mujeres sanas es un examen médico que se realiza por un motivo que no sea diagnosticar o tratar una enfermedad o una lesión identificadas o sospechadas, e incluye lo siguiente:

- Visita al consultorio de un **médico**, un **PCP**, un obstetra, un ginecólogo o un obstetra-ginecólogo para obtener servicios, incluidas las pruebas de PAP.
- Prueba de sangre preventiva para detectar una mutación del gen BRCA, causante del cáncer de seno.
- Examen para detectar diabetes después del embarazo para mujeres con antecedentes de diabetes durante el embarazo.
- Examen para detectar incontinencia urinaria.

Dispositivos protésicos

Un dispositivo protésico es un dispositivo que reemplaza, de forma temporal o permanente, la totalidad o una parte externa del cuerpo que falta o no funciona como corresponde debido a una enfermedad, una lesión o un defecto congénito.

Cubriremos el mismo tipo de dispositivos que cubre Medicare. Su **proveedor** nos dirá qué dispositivo se adapta mejor a sus necesidades. Sin embargo, solo tiene cobertura si otorgamos la **autorización previa**.

Los **servicios cubiertos** incluyen la entrega inicial y el posterior reemplazo de un dispositivo protésico que le indica y administra su **médico**. Incluye cobertura para lo siguiente:

- Audífono anclado al hueso.
- Implantes cocleares, incluidos los accesorios y las mejoras.

La cobertura incluye lo siguiente:

- Las indicaciones de uso y otros servicios (como la sujeción o colocación) para poder usar el dispositivo correctamente.
- La reparación o el reemplazo del dispositivo original a menos que lo use incorrectamente o lo pierda. Por ejemplo:
 - La reparación o el reemplazo del dispositivo original que le quede pequeño o que ya no sea apropiado porque ha cambiado su estado físico.
 - Los reemplazos requeridos por el uso y desgaste normales, o por daño.

Si recibe un dispositivo protésico como parte de otro **servicio cubierto**, dicho dispositivo no estará cubierto según este beneficio.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Zapatos ortopédicos o terapéuticos, a menos que el zapato ortopédico forme parte de un aparato ortopédico cubierto para la pierna.
- Reparación y reemplazo por pérdida, mal uso, maltrato o robo.

Cirugía reconstructiva de seno y suministros

Los **servicios cubiertos** incluyen todas las etapas de la **cirugía** reconstructiva realizada por su **proveedor**, y los suministros relacionados brindados en un entorno ambulatorio o con internación solo en las siguientes circunstancias:

- Con la **cirugía** se reconstruye el seno donde se realizó una mastectomía necesaria, como con una reconstrucción areolar y un implante. También se incluye lo siguiente:
 - **Cirugía** de un seno sano para producir una apariencia simétrica con el seno reconstruido.
 - Tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos linfedemas.
 - Prótesis.
- A menos que usted o su **médico** decidan que es apropiado un período más corto para el cuidado durante la internación, los **servicios cubiertos** para la **cirugía** reconstructiva de seno incluyen lo siguiente:
 - 48 horas de cuidado durante la internación después de una mastectomía.
 - 24 horas de cuidado durante la internación en un centro de cuidado de salud de la red después de una disección de nódulos linfáticos para el tratamiento contra el cáncer de seno.

Cirugía reconstructiva y suministros

Los **servicios cubiertos** incluyen todas las etapas de la **cirugía** reconstructiva realizada por su **proveedor**, y los suministros relacionados brindados en un entorno ambulatorio o con internación solo en las siguientes circunstancias:

- La **cirugía** es para implantar o insertar un dispositivo protésico cubierto.
- La **cirugía** corrige un defecto anatómico grave presente al nacer, incluido un defecto dental congénito. Se cubre la **cirugía** en estos casos:
 - El defecto produce una desfiguración facial grave o un deterioro funcional significativo de una parte del cuerpo.
 - El objetivo de la **cirugía** es mejorar la capacidad funcional.
- La **cirugía** es necesaria porque el tratamiento de su enfermedad produjo una deformidad grave en la cara o un deterioro funcional significativo de una parte del cuerpo, y la **cirugía** mejorará la capacidad funcional.
- La **cirugía** corrige una anomalía craneofacial. Esto incluye una estructura anormal causada por deformidades del desarrollo, defectos congénitos, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades. Se cubre la **cirugía** en estos casos:
 - El objetivo de la **cirugía** es mejorar la capacidad funcional o intentar crear un aspecto normal.

Los **servicios cubiertos** también incluyen los procedimientos o la **cirugía** en dientes sanos y naturales debido a un accidente, excepto si la lesión se produjo al masticar o morder. Se deben realizar apenas sea médicamente posible, cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Los dientes eran estables y funcionales, y no tenían caries ni enfermedad antes de la lesión.
- La **cirugía** o el procedimiento se realizan para que los dientes lesionados vuelvan a funcionar como lo hacían antes del accidente.

Estos servicios dentales relacionados se limitan a lo siguiente:

- La primera colocación de una corona o un recubrimiento permanentes para reparar un diente roto.
- La primera colocación de una dentadura postiza o un puente dental para reemplazar dientes perdidos.
- Terapia de ortodoncia para volver a posicionar los dientes.

Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar a corto plazo

Rehabilitación cardíaca

Los **servicios cubiertos** incluyen los servicios de rehabilitación cardíaca que recibe en un **hospital**, en un **centro de enfermería especializada** o en el consultorio de un **médico**, solo si dichos servicios forman parte de un plan de tratamiento determinado por su nivel de riesgo e indicado por su **médico**.

Rehabilitación pulmonar

Los **servicios cubiertos** incluyen los servicios de rehabilitación pulmonar prestados como parte de la **internación** si están incluidos en un plan de tratamiento indicado por su **médico**. Un tratamiento de rehabilitación pulmonar ambulatoria también puede tener cobertura si se brinda en un **hospital**, en un **centro de enfermería especializada** o en el consultorio de un **médico**, se utiliza para tratar estados reversibles de una enfermedad pulmonar y forma parte de un plan de tratamiento indicado por su **médico**.

Servicios de rehabilitación a corto plazo

Los servicios de rehabilitación a corto plazo ayudan a restablecer o desarrollar las capacidades y el rendimiento en la vida diaria. Los servicios deben seguir un plan de tratamiento específico indicado por su **médico**. Algunas de las siguientes personas o instituciones deben brindar los servicios:

- Un terapeuta físico, ocupacional o del habla con licencia o certificación.
- Un **hospital**, un **centro de enfermería especializada** o un hospicio.
- **Una agencia de cuidado de salud en el hogar.**
- **Médico.**

Nota importante:

Cuando el **médico** considere que el servicio o la terapia son **médicamente necesarios**, estos continuarán siempre que alcancen o superen los objetivos del tratamiento.

Manipulación de la columna vertebral

Los **servicios cubiertos** incluyen la manipulación de la columna vertebral para corregir un problema muscular o esquelético. Su **proveedor** debe establecer o aprobar un plan de tratamiento que detalle el tratamiento y especifique la frecuencia y la duración.

Rehabilitación cognitiva y terapias física, ocupacional y del habla

Los **servicios cubiertos** incluyen los siguientes:

- Terapia física, solo si se considera que mejorará o restaurará las funciones físicas perdidas como resultado de una enfermedad aguda, una lesión o un **procedimiento quirúrgico**, o que lo ayudará a mantener o evitar la pérdida de la capacidad funcional.
- Terapia ocupacional, solo si se espera que genere alguno de estos resultados:
 - Mejorar, desarrollar o restaurar las funciones físicas que perdió como resultado de una enfermedad aguda, una lesión o un **procedimiento quirúrgico**.
 - Ayudarlo a volver a aprender aptitudes para mejorar su capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana.
- Terapia del habla, solo si se espera que genere alguno de estos resultados:
 - Mejorar o restaurar la función del habla perdida, o corregir un deterioro del habla causado por una enfermedad aguda, una lesión o un **procedimiento quirúrgico**.
 - Mejorar retrasos en el desarrollo de la función del habla causados por un defecto anatómico grave presente al nacer.

(La función del habla es la capacidad para expresar pensamientos, pronunciar palabras y formular oraciones. El deterioro del habla es la dificultad para expresar los pensamientos con palabras).

- Rehabilitación cognitiva asociada con la rehabilitación física, pero solo en estos casos:
 - Las deficiencias cognitivas se deben a un deterioro neurológico causado por un traumatismo, un derrame cerebral o una encefalopatía.
 - La terapia se coordina con nosotros como parte de un plan de tratamiento cuyo fin es restaurar la función cognitiva anterior.

Los servicios de terapias física, ocupacional y del habla a corto plazo prestados en un entorno ambulatorio están sujetos a las mismas condiciones y limitaciones impuestas para los servicios de rehabilitación ambulatoria a corto plazo. Consulte la sección “Servicios de rehabilitación a corto plazo” de la *Lista de beneficios*.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Servicios brindados en un entorno educativo o de capacitación o para la enseñanza del lenguaje de señas.
- Rehabilitación profesional o asesoramiento laboral.

Tratamiento ambulatorio y con internación para una lesión cerebral adquirida

Los **servicios cubiertos** incluyen el tratamiento de una lesión cerebral adquirida y se determinará de la misma manera que el tratamiento de cualquier otra enfermedad física. Se cubren, si son servicios necesarios como resultado de una lesión cerebral adquirida y están relacionados con ella, la terapia de rehabilitación cognitiva; la terapia de comunicación cognitiva; la terapia y la rehabilitación neurocognitivas; las pruebas y el tratamiento neuroconductual, neuropsicológico, neurofisiológico y psicofisiológico; la terapia de neuroretroalimentación; la remediación; los servicios de transición posaguda y los servicios de reintegración en la comunidad, incluidos los servicios de tratamiento diurno para pacientes ambulatorios; o cualquier otro servicio de tratamiento posagudo.

El tratamiento de una lesión cerebral adquirida se puede brindar en un **hospital**, un **hospital de rehabilitación aguda o posaguda**, un centro de residencia asistida o en cualquier otro centro donde se puedan ofrecer las terapias o los servicios adecuados.

“Servicio” hace referencia al trabajo de realizarle pruebas y brindarle tratamiento y terapias a una persona con lesión cerebral adquirida.

“Terapia” significa el tratamiento correctivo programado que se brinda a través de la interacción directa con la persona para mejorar una enfermedad patológica derivada de una lesión cerebral adquirida.

Para garantizar que se brinde el tratamiento de cuidado posagudo adecuado, este plan incluye cobertura para gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica del cuidado de una persona cubierta que presenta las siguientes características:

- Ha sufrido una lesión cerebral adquirida.
- No ha respondido al tratamiento.
- Responde al tratamiento más adelante.

Los objetivos de los servicios de tratamiento pueden incluir mantener el funcionamiento o prevenir o desacelerar un mayor deterioro.

Centro de enfermería especializada

Los **servicios cubiertos** incluyen el cuidado durante la internación en un **centro de enfermería especializada**, para el cual debe obtenerse **autorización previa**. Esto incluye a las siguientes:

- **Habitación y comida** que no supere la **tarifa de habitación semiprivada**.
- Servicios y suministros que se proporcionan durante una **internación** en un **centro de enfermería especializada**.

Telemedicina, teleodontología o telesalud

Los **servicios cubiertos** incluyen consultas de **telemedicina**, **teleodontología** o **telesalud** cuando son realizadas a un **médico**, un **especialista** o un **proveedor de salud emocional y psicológica** que ejerza dentro del alcance de su licencia en una ubicación física distinta del **médico** o del **profesional de la salud** que utiliza telecomunicaciones o tecnología de la información para la salud.

Los **servicios cubiertos** para consultas de **telemedicina, teleodontología o telesalud** están disponibles a través de diversos tipos de **proveedores** conforme a su *EOC*. Inicie sesión en el sitio web para miembros en <https://www.aetnacshealth.com> para revisar la lista de proveedores de **telemedicina, teleodontología o telesalud**. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre sus opciones, incluidos los montos específicos de costo compartido.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Llamadas telefónicas.
- Cabinas **de telemedicina o telesalud**.
- Controles o intercambios electrónicos de signos vitales (p. ej., telemedicina en Unidades de Cuidados Intensivos y para tratar el derrame cerebral).

Pruebas, imágenes y estudios de laboratorio (pacientes ambulatorios)

Enfermedades cardiovasculares

Los **servicios cubiertos** incluyen las siguientes pruebas no invasivas para detectar la aterosclerosis y la estructura y el funcionamiento arterial anormales cada cinco años si se realizan en un laboratorio certificado por una organización nacional reconocida:

- Tomografía computarizada para medir las calcificaciones de las arterias coronarias.
- Ultrasonografía para medir el grosor de la capa íntima y media y de la placa carotídea.

Las pruebas están disponibles para cada persona cubierta que sea (1) hombre mayor de 45 años y menor de 76 años o (2) mujer mayor de 55 años y menor de 76 años. La persona debe ser diabética o tener un riesgo intermedio o mayor de desarrollar la enfermedad cardíaca coronaria según los resultados obtenidos a partir del algoritmo de predicción de riesgo coronario del Estudio del Corazón de Framingham.

Servicios de imágenes complejas para diagnóstico

Los **servicios cubiertos** incluyen los siguientes:

- Tomografías computarizadas, incluso para una prueba preoperatoria.
- Resonancias magnéticas, como la espectroscopia por resonancia magnética, la venografía por resonancia magnética y el angiograma por resonancia magnética.
- Procedimientos por imágenes de medicina nuclear, como la tomografía por emisión de positrones.
- Otros servicios de imágenes con un costo facturado superior a \$500.

Los exámenes de imágenes complejas para la prueba preoperatoria están cubiertos dentro de este beneficio.

Cuidado de seguimiento diagnóstico relacionado con el examen de audición en recién nacidos

Los **servicios cubiertos** incluyen el cuidado de seguimiento diagnóstico necesario que se relaciona con las pruebas de detección, desde el nacimiento hasta la fecha en que un niño cumple 24 meses.

Estudios de laboratorio para diagnóstico

Los **servicios cubiertos** incluyen los siguientes:

- Servicios de laboratorio.
- Exámenes patológicos.
- Otras pruebas.

Los **servicios cubiertos** también incluyen pruebas de biomarcadores con el objetivo de diagnosticar, tratar y poder manejar de manera adecuada su enfermedad o realizarle un control continuo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Se basan en pruebas.
- Son científicamente válidas en función de pruebas médicas y científicas.
- Brindan información sobre el resultado de los pacientes y para la decisión clínica del **proveedor**.
- Abordan principalmente el problema agudo o crónico para el cual se piden, salvo que las pruebas incluyan información que no pueda usarse de inmediato en la formulación de una decisión clínica.
- Se brindan de tal manera que no se altera su cuidado ni limitan la cantidad de biopsias o de muestras biológicas.

Estos servicios tienen cobertura solo cuando los recibe en un laboratorio o de un **proveedor** de radiología con licencia.

Servicios radiológicos para diagnóstico (radiografías)

Los **servicios cubiertos** incluyen radiografías, estudios y otros servicios (pero no incluyen imágenes complejas) solo cuando los recibe de un **proveedor** de radiología con licencia. Para obtener detalles, consulte “Servicios de imágenes complejas para diagnóstico” más arriba.

Nota importante:

Aunque le brinden **servicios cubiertos** en un centro de cuidado de salud que sea **proveedor de la red**, es posible que no todos los servicios estén dentro de la red. Algunos servicios que reciba podrían ser brindados por un **médico** o en un centro que sea **proveedor fuera de la red**. Entre los **proveedores** que pueden no ser **proveedores de la red**, se incluyen anestesistas, radiólogos, patólogos, neonatólogos, **médicos** de la sala de emergencias y asistentes quirúrgicos. Podría recibir una factura por los servicios de estos **proveedores fuera de la red**, ya que les pagamos nuestra tarifa habitual o una negociada. Colaboraremos con los **proveedores** para que lo único que usted pague sean los **copagos** correspondientes al nivel de la red. Comuníquese con nosotros si recibió una facturación de saldo por los **servicios cubiertos** prestados por algún **médico** o **proveedor**, incluido un **médico** que trabaja en un centro u otro profesional del cuidado de salud.

Nota importante:

La cobertura para mamografías de diagnóstico, ecografías o resonancias magnéticas para evaluar una anomalía del seno, incluidas las anomalías que detecte usted, o en el caso de que existan antecedentes personales de cáncer de seno o tejido mamario denso se considerará igual a la de las mamografías de rutina para detectar cáncer, tal como se describe en la sección “Cuidado preventivo”.

Terapias: quimioterapia, terapia de infusión y radioterapia

Quimioterapia

Los **servicios cubiertos** para quimioterapia dependen del lugar donde se recibe el tratamiento. En la mayoría de los casos, la quimioterapia se cubre como cuidado ambulatorio. Sin embargo, su beneficio de **hospital** cubre la dosis inicial de quimioterapia después de un diagnóstico de cáncer durante una **internación**.

Terapia de infusión

La terapia de infusión es la administración intravenosa de medicamentos o soluciones con receta. Los **servicios cubiertos** incluyen la terapia de infusión brindada en un entorno ambulatorio, por ejemplo:

- En un centro independiente de cuidado ambulatorio.
- En el departamento de cuidado ambulatorio de un **hospital**.
- En el consultorio de un **médico**.
- En su hogar, brindada por un **proveedor** de cuidado domiciliario.

Si quiere consultar la lista de los centros de terapia de infusión preferidos, comuníquese con nosotros. Cuando se brinden servicios y suministros de terapia de infusión en el hogar, estos no se tendrán en cuenta para calcular ningún máximo aplicable de cuidado de salud en el hogar.

Es posible que algunos medicamentos de infusión estén cubiertos conforme a la sección “Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios”. Puede comunicarse con nosotros para consultar la lista de los **medicamentos de especialidad con receta**.

Radioterapia (radiología terapéutica)

Los **servicios cubiertos** incluyen los siguientes servicios prestados por un **profesional de la salud**:

- Partículas aceleradas.
- Rayos gamma.
- Mesones.
- Neutrones.
- Isótopos radiactivos.
- Servicios radiológicos.
- Radio.

Servicios de trasplantes

Los **servicios cubiertos** incluyen los servicios de trasplantes prestados por un **médico** y en un **hospital**.

Esto incluye los siguientes tipos de trasplante:

- Órgano sólido.
- Células madre hematopoyéticas.
- Médula ósea.
- Terapia de células T con receptor de antígeno quimérico para tratamientos aprobados por la FDA.
- Trasplante de tejido del timo para tratamientos aprobados por la FDA.

Red de centros de trasplantes

Designamos centros para que brinden servicios o procedimientos específicos. Estos figuran como “Individual Exchange -Institutes of Excellence™” (centros IOE participantes de planes del Mercado de Seguros Médicos) en el directorio de **proveedores**.

Debe recibir los servicios de trasplantes en un centro IOE participante de planes del Mercado de Seguros Médicos que designemos para realizarse el trasplante que necesita. Los servicios de trasplante recibidos en un centro IOE están sujetos al **copago**, al **deducible**, al desembolso máximo y a los límites dentro de la red, a menos que se especifique lo contrario en esta *EOC* o en la *Lista de beneficios*.

Nota importante:

Si no hay centros IOE participantes de planes del Mercado de Seguros Médicos designados en la red para que se realice el trasplante que necesita, es importante que se comunique con nosotros para que lo ayudemos a determinar si hay otros centros que podrían satisfacer sus necesidades. Si no recibe los servicios de trasplante en el centro que designamos, no serán **servicios cubiertos**.

Muchos servicios médicos previos y posteriores al trasplante, incluso los de rutina, se relacionan con el resultado satisfactorio de su trasplante y pueden afectarlo. Si el cuidado de su trasplante se coordina a través del programa National Medical Excellence® (NME), todos los servicios médicos deben administrarse mediante el programa NME para que usted reciba el nivel más alto de beneficios en el centro adecuado, incluso cuando el **servicio cubierto** no está relacionado directamente con el trasplante.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Servicios y suministros brindados a un donante cuando la persona que recibe la donación no está cubierta.
- Recolección y almacenamiento de órganos, sin la expectativa de un trasplante inmediato por una enfermedad existente.
- Extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre hematopoyéticas u otras células sanguíneas, sin la expectativa de un trasplante dentro de los 12 meses de la extracción, por una enfermedad existente.
- La operación de trasplante se realiza en China o en otro país que es conocido por haber participado en la extracción forzada de órganos.
- El órgano humano a ser trasplantado se obtuvo mediante una venta o donación originada en China o en otro país conocido por haber participado en la extracción forzada de órganos.

Servicios de cuidado de urgencia

Los **servicios cubiertos** incluyen los servicios y suministros para tratar una enfermedad de urgencia en un centro de cuidado de urgencia. Una enfermedad de urgencia es una afección o una lesión que requiere cuidado médico inmediato pero que no es una **enfermedad de emergencia** que pone en riesgo la vida. Un centro de cuidado de urgencia es un centro habilitado como centro médico independiente para tratar enfermedades de urgencia.

Los **servicios cubiertos** incluyen los servicios y suministros para tratar una enfermedad de urgencia en un centro de cuidado de urgencia según se describe a continuación:

- Enfermedad de urgencia dentro del **área de servicio**.
 - Si necesita cuidado para una enfermedad de urgencia, debe acudir primero a su **médico** o **PCP**. Si su **médico** no está razonablemente disponible, puede ir a un centro de cuidado de urgencia dentro del **área de servicio**.
- Enfermedad de urgencia fuera del **área de servicio**.
 - Puede recibir cuidado de urgencia en un centro de la red fuera del **área de servicio** si usted se encuentra temporalmente fuera del **área de servicio** y el cuidado de salud no puede posponerse hasta que vuelva al **área de servicio**.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Cuidado de urgencia brindado en un centro que está fuera de la red.
- Cuidado que no es de urgencia brindado en un centro de cuidado de urgencia.

Cuidado de la vista

Cuidado de la vista para adultos

Los **servicios cubiertos** incluyen los siguientes:

- Examen de la vista de rutina realizado por un oftalmólogo, optometrista o cualquier otro proveedor que ejerza su profesión dentro de los alcances de su licencia, incluido el examen de diagnóstico de glaucoma y el de refracción.
- Marcos de anteojos, lentes o lentes de contacto con **receta**.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Visitas al consultorio de un oftalmólogo, optometrista, óptico o cualquier otro proveedor que ejerza su profesión dentro de los alcances de su licencia relacionadas con la adaptación de lentes de contacto con **receta**.
- Marcos de anteojos, lentes y lentes de contacto sin **receta** con fines cosméticos.

Cuidado pediátrico de la vista

Los **servicios cubiertos** incluyen los siguientes:

- Examen de la vista de rutina realizado por un oftalmólogo, optometrista o cualquier otro proveedor que ejerza su profesión dentro de los alcances de su licencia, incluido el examen de diagnóstico de glaucoma y el de refracción.
- Marcos de anteojos, lentes o lentes de contacto con **receta**.

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Visitas al consultorio de un oftalmólogo, optometrista, óptico o cualquier otro proveedor que ejerza su profesión dentro de los alcances de su licencia relacionadas con la adaptación de lentes de contacto con **receta**.
- Marcos de anteojos, lentes y lentes de contacto sin **receta** con fines cosméticos.

Clínica sin cita previa

Los **servicios cubiertos** incluyen, entre otros, los servicios de cuidado de salud que se prestan en las **clínicas sin cita previa** para lo siguiente:

- Visitas programadas y no programadas por lesiones y enfermedades que no constituyen una **enfermedad de emergencia**.
- La administración de vacunas preventivas dentro del alcance de la licencia de la clínica.
- Consulta de **telemedicina** o de **telesalud**.
- Servicios de asesoramiento y exámenes preventivos que lo ayudarán a:
 - Luchar contra la obesidad y llevar una dieta saludable.
 - Dejar de consumir productos de tabaco.

Nota importante:

Aunque le brinden **servicios cubiertos** en un centro de cuidado de salud que sea **proveedor de la red**, es posible que no todos los servicios estén dentro de la red. Algunos servicios que reciba podrían ser brindados por un **médico** o en un centro que sea **proveedor fuera de la red**. Entre los **proveedores** que pueden no ser **proveedores de la red**, se incluyen anestesistas, radiólogos, patólogos, neonatólogos, **médicos** de la sala de emergencias y asistentes quirúrgicos. Podría recibir una factura por los servicios de estos **proveedores fuera de la red**, ya que les pagamos nuestra tarifa habitual o una negociada. Colaboraremos con los **proveedores** para que lo único que usted pague sean los **copagos** correspondientes al nivel de la red. Comuníquese con nosotros si recibió una facturación de saldo por los **servicios cubiertos** prestados por algún **médico** o **proveedor**, incluido un **médico** que trabaja en un centro u otro profesional del cuidado de salud.

Exclusiones generales de la EOC

Los siguientes no son **servicios cubiertos** por su *Evidencia de cobertura (EOC)*:

Aborto

Servicios y suministros brindados para un aborto, a menos que el embarazo ponga la vida de la mujer en grave peligro o suponga un riesgo grave de sufrir un deterioro considerable de una función corporal importante.

Medicamentos para el aborto

Medicamentos usados para la interrupción del embarazo, a menos que el embarazo ponga la vida de la mujer en grave peligro o suponga un riesgo grave de sufrir un deterioro considerable de una función corporal importante.

Acupuntura

- Acupuntura.
- Acupresión.

Tratamiento de salud emocional y psicológica

Servicios para los siguientes casos, en función de las categorías, las enfermedades, los diagnósticos o los términos equivalentes según se mencionan en la última versión del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)” de la Asociación Americana de Psiquiatría:

- Servicio escolar o educativo, que incluye educación especial, educación correctiva, programas de tratamiento en la naturaleza o programas similares o relacionados.
- Servicios provistos junto con actividades escolares, laborales, profesionales o recreativas.
- Traslados.

Sangre, plasma sanguíneo, sangre sintética, derivados o sustitutos de la sangre, a excepción de lo descrito en “Cuidado en hospitales” en la sección “Cobertura y exclusiones”.

Por ejemplo:

- El suministro de sangre donada al **hospital**, a excepción de los factores de coagulación derivados de la sangre.
- Cualquier servicio relacionado con sangre donada que incluya los costos de procesamiento, almacenamiento o reemplazo.
- Los servicios de donantes de sangre (incluido usted), aféresis o plasmaféresis.
- La sangre que dona para su propio uso, excepto los costos de administración y procesamiento.
- Gastos por la donación de voluntarios, la cual no tiene costo.

Cirugía plástica y servicios cosméticos

Cualquier tratamiento, **cirugía** (cosmética o plástica), servicio o suministro para modificar, mejorar o resaltar la forma o la apariencia del cuerpo, excepto lo que se describe en la sección “Cobertura y exclusiones”.

Pruebas ordenadas por un tribunal

Pruebas y cuidado ordenados por un tribunal, salvo que sean **médicamente necesarios**.

Cuidado no médico

Servicios y suministros cuyo objetivo es ayudarlo a realizar las actividades de la vida cotidiana o satisfacer otras necesidades personales. Por ejemplo:

- Cuidado de rutina de pacientes, como cambiarles vendajes, darlos vuelta y ubicarlos en la cama regularmente.
- Administración de medicamentos orales.
- Cuidado de una traqueotomía estable (incluida la succión intermitente).
- Cuidado de una colostomía o una ileostomía estables.
- Cuidado de sondas de alimentación (intermitente o constante) nasogástricas, de gastrostomía o yeyunostomía estables.
- Cuidado de un catéter uretral, que incluye vaciar y cambiar los contenedores, y sujetar el tubo.
- Vigilancia o protección del paciente.
- Cuidado temporal para el descanso de la familia, cuidado diurno de adultos o niños, o cuidado de convalecientes.
- Cuidado institucional, que incluye **habitación y comida** para curas de reposo, cuidado diurno de adultos y cuidado de convalecientes.
- Ayuda para caminar, asearse, bañarse, vestirse, acostarse, levantarse, ir al baño, comer o preparar las comidas.
- Cualquier otro servicio que podría enseñarse a una persona sin capacitación médica o paramédica.
- Para la salud emocional y psicológica (tratamiento de salud mental y tratamiento de **trastornos relacionados con el consumo de sustancias**):
 - Servicios prestados cuando ha alcanzado el mayor nivel de capacidad funcional que se espera con el nivel actual de cuidado, para un diagnóstico específico.
 - Servicios que se prestan principalmente para lo siguiente:
 - Mantener, no mejorar, un nivel de capacidad funcional.
 - Brindar un lugar sin condiciones que pudieran empeorar su estado físico o mental.

Servicios educativos

Por ejemplo:

- Cualquier servicio o suministro relacionado con servicios o pruebas de educación, capacitación o perfeccionamiento. Esto incluye a las siguientes:
 - Educación especial.
 - Educación correctiva.
 - Programas de tratamiento en la naturaleza (sin importar si el programa forma parte de un **centro residencial de tratamiento** o una institución autorizada).
 - Capacitación laboral.
 - Programas de perfeccionamiento laboral.
- Servicios educativos, programas escolares y otros relacionados o similares, incluidos los terapéuticos en el entorno escolar.

Exámenes

Cualquier examen dental o de salud que deba realizarse por estos motivos:

- Porque lo solicita un tercero. Por ejemplo, exámenes para obtener o mantener un puesto de trabajo, y exámenes requeridos por un contrato laboral o de otro tipo.
- Para adquirir un seguro o para obtener o mantener una licencia.
- Para viajar.
- Para asistir a una institución educativa, a un campamento o a un evento deportivo, o para practicar un deporte o realizar otra actividad recreativa.

Servicios en etapa de prueba o investigación o de eficacia no demostrada

Los medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos **en etapa de prueba o investigación o de eficacia no demostrada**, a menos que estén cubiertos de otro modo como ensayos clínicos.

Para obtener más información sobre sus derechos de apelación en estas situaciones, consulte la sección “Quejas, decisiones de reclamos y procedimientos de apelación”.

Cuidado de los pies

Servicios y suministros para lo siguiente:

- Tratamiento de callos, juanetes, uñas del pie, dedos en martillo o pies planos.
- Tratamiento de pies débiles, dolor de pie crónico o afecciones provocadas por actividades habituales, como caminar, correr, trabajar o usar zapatos.
- Suministros (incluidos zapatos ortopédicos), dispositivos de ortopedia para pies, soportes de arco, plantillas para zapatos, tobilleras ortopédicas, protectores, cremas, pomadas y otros equipos, dispositivos y suministros, excepto por complicaciones de la diabetes. Consulte la sección “Cobertura y exclusiones”.

Terapia celular, génica y otras terapias innovadoras (GCIT)

Los siguientes no son **servicios cubiertos**:

- Las terapias y tratamientos que incluyan lo siguiente:
 - Inmunoterapias celulares.
 - Terapia con virus oncolíticos genéticamente modificados.
 - Otros tipos de células y tejidos extraídos de una persona para ser usados por ella misma (uso autólogo) y células y tejidos extraídos de una persona para ser usados por otra (uso alogénico) conforme a ciertas indicaciones terapéuticas.
 - Toda terapia génica humana destinada a cambiar la función habitual de un gen o a modificar las propiedades biológicas de células vivas con fines terapéuticos. Por ejemplo:
 - Terapias con Luxturna[®] (voretigén neparvovec).
 - Terapias con Zolgensma[®] (onasemnogén abeparvovec-xioi).
 - Terapias con Spinraza[®] (nusinersén).
 - Terapias con productos derivados de tecnologías de edición genética, incluida CRISPR-Cas9.
 - Terapias basadas en oligonucleótidos. Por ejemplo:
 - Oligonucleótido antisentido. Por ejemplo, Spinraza.
 - Ácido ribonucleico interferente pequeño (siRNA).
 - Ácido ribonucleico mensajero (mRNA).
 - Terapias con ácido ribonucleico pequeño (microRNA).

- Todos los servicios relacionados cuando los servicios de GCIT no están cubiertos. Por ejemplo:
 - Infusión.
 - Servicios de laboratorio.
 - Radiología.
 - Anestesia.
 - Servicios de enfermería.

Los servicios de GCIT se definen como servicios que involucren lo siguiente:

- Terapias génicas.
- Terapias celulares e innovadoras.

Los servicios se basan en la medicina genética o molecular y no tienen cobertura conforme a los programas de los IOE.

Consulte “Requisitos de necesidad médica, remisión y autorización previa” en la sección “Cómo funciona la EOC”.

Cuidado por crecimiento o estatura

- Un tratamiento, dispositivo, medicamento, servicio o suministro para aumentar o disminuir la estatura o para alterar la velocidad de crecimiento.
- **Procedimientos quirúrgicos**, dispositivos para estimular el crecimiento y hormonas de crecimiento.

Exámenes de audición

Exámenes de audición que se llevan a cabo para la evaluación y el tratamiento de una enfermedad, lesión o pérdida de audición.

Cuidado de mantenimiento

Cuidado que consiste en servicios y suministros que se brindan para mantener, más que mejorar, un nivel de función física o mental, a excepción de los servicios de terapia de rehabilitación.

Suministros médicos (desechables para tratamiento ambulatorio)

Cualquier suministro o dispositivo desechable en casos ambulatorios. Estos artículos suelen incluirse en el costo de otros servicios y no se facturan por separado. Por ejemplo:

- Fundas.
- Bolsas.
- Prendas elásticas.
- Medias de soporte.
- Vendas.
- Orinales de cama.
- Kits de pruebas en el hogar no relacionadas con el control de la diabetes.
- férulas.
- Collarines.
- Apósitos.
- Otros dispositivos que no están destinados a ser utilizados por otro paciente.

Citas a las que no asistió

Costos por citas médicas canceladas o a las que no haya asistido.

Cirugía bariátrica y servicios para tratar la obesidad

Tratamientos o medicamentos para reducir o aumentar el peso corporal, controlar el peso o tratar la obesidad (incluida la obesidad mórbida), salvo según se describe en la sección “Cobertura y exclusiones”. Se incluyen los servicios preventivos para los exámenes de detección de obesidad y las intervenciones de control de peso, independientemente de la existencia de otras enfermedades.

Por ejemplo:

- Liposucción, colocación de bandas, engrapado del estómago, derivación gástrica y otras formas de **cirugía** bariátrica.
- **Procedimientos quirúrgicos**, tratamientos médicos y programas de pérdida o control de peso cuyo propósito principal es tratar la obesidad o está relacionado con el tratamiento de la obesidad, incluida la obesidad mórbida.
- Medicamentos, estimulantes, preparados, alimentos o suplementos dietarios, suplementos y regímenes alimenticios, suplementos nutricionales, supresores del apetito y otras medicinas.
- Hipnosis u otras formas de terapia.
- Programas de ejercicios, equipos para ejercicios, membresía en gimnasios, terapia recreativa u otras formas de actividad o mejora de actividades y otras formas de actividad o mejora de la actividad.

Otros servicios no cubiertos

- Servicios que no esté obligado por ley a pagar.
- Servicios que no se le cobrarían si usted no tuviera la cobertura de la *EOC*.

Otro pagador primario

Pago de una porción del cargo del que Medicare u otra parte es responsable como pagador primario. Esta exclusión no se aplica a las leyes que determinan que el programa del gobierno sea el pagador secundario después de que se hayan pagado los beneficios según esta *EOC*.

Artículos para el cuidado, la comodidad o la conveniencia personales

Cualquier servicio o suministro que sea principalmente para su comodidad y conveniencia personal o la de un tercero.

Servicio privado de enfermería (a excepción de lo descrito en “Cuidado en hospitales” en la sección “Cobertura y exclusiones”)

Servicios que no permite la ley

Ciertas leyes restringen la variedad de servicios de cuidado de salud que puede prestar un **proveedor** en determinadas circunstancias o en un estado particular. Cuando esto sucede, la *EOC* no cubre los servicios.

Servicios brindados por un miembro de la familia

Servicios suministrados por un cónyuge, pareja doméstica, padre o madre, hijo, hijastro, hermano, hermana, pariente político o cualquier otra persona de su grupo familiar.

Servicios, suministros y medicamentos recibidos fuera de los Estados Unidos

Servicios médicos que no son de emergencia, medicamentos con **receta** en casos ambulatorios o suministros recibidos fuera de los Estados Unidos. No están cubiertos aunque sí tengan cobertura en los Estados Unidos según esta *EOC*.

Disfunción y mejora del rendimiento sexual

Cualquier tratamiento, medicamento con **receta** o suministro para tratar la disfunción sexual, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual, por ejemplo:

- **Cirugía**, medicamentos con **receta**, implantes, dispositivos o preparados para corregir o mejorar la función eréctil, mejorar la sensibilidad o alterar la forma de un órgano sexual.
- Terapia sexual, asesoramiento sexual, asesoramiento matrimonial u otros servicios de orientación o consejería.

Fuerza y rendimiento

Servicios, dispositivos y suministros, como los medicamentos o los preparados cuyo efecto principal es mejorar la fuerza, el estado físico, la resistencia o el rendimiento físico, excepto cuando se utilizan para tratar una enfermedad o lesión.

Terapias y exámenes

- Tomografías computarizadas de todo el cuerpo.
- Análisis capilar.
- Hipnosis e hipnoterapia.
- Terapia de masajes, salvo cuando se usa para un tratamiento de terapia física.
- Terapia sensorial o de integración de audición y sonido.

Métodos para dejar de consumir tabaco

Cualquier tratamiento, medicamento, servicio o suministro para dejar o reducir el hábito de fumar o el consumo de otros productos del tabaco, o para tratar o reducir la adicción, la dependencia o las ansias de nicotina. Esto incluye medicamentos, parches de nicotina y goma de mascar, a menos que esté recomendado por el USPSTF. Esto también incluye el asesoramiento, la hipnosis y otras terapias a menos que se indique como un **servicio cubierto**.

Tratamiento en una entidad federal, estatal o gubernamental

Todo cuidado en un **hospital** o en otro centro que pertenece a alguna entidad federal, estatal o gubernamental, o que es operado por ellas, a menos que la cobertura sea requerida por las leyes vigentes.

Esterilización voluntaria

- Reversión de procedimientos de esterilización voluntaria, incluido el cuidado de seguimiento relacionado.

Programas de tratamiento en la naturaleza

Consulte “Servicios educativos” en esta sección.

Enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo

Cobertura disponible dentro de un programa de indemnización a trabajadores o similar en virtud de una ley local, estatal o federal para cualquier enfermedad o lesión relacionadas con su empleo o trabajo independiente.

Nota importante:

Se considerará que usted dispone de una fuente de cobertura o reembolso aun si renunció al derecho a recibir pagos de dicha fuente. También es posible que tenga cobertura en virtud de una ley de indemnización a trabajadores o similar. Si usted presenta pruebas de que no tiene cubierta una enfermedad o una lesión específicas según dicha ley, la enfermedad o la lesión se considerarán no ocupacionales, independientemente de la causa.

Cómo funciona la EOC

Cómo funciona la EOC cuando tiene cobertura

La EOC de la HMO lo ayuda a obtener y a pagar muchos de los servicios de cuidado de salud (pero no todos). En general, la EOC solo cubre el cuidado que usted recibe de **proveedores de la red**.

Proveedores

Contamos con una red de **proveedores** para que usted obtenga el cuidado que necesita. La forma más sencilla de encontrar **proveedores de la red** y consultar información importante sobre ellos es iniciando sesión en el sitio web para miembros. Ahí encontrará nuestro *Directorio de proveedores* en línea. Para obtener más información, consulte la sección “Comuníquese con nosotros”.

Usted elige un médico de cuidado primario (**PCP**) para que supervise su cuidado. Su **PCP** le brindará cuidado de rutina y lo remitirá a otros **proveedores** cuando necesite cuidado especializado.

Para obtener más información sobre la red y la función del **PCP**, consulte la sección “Quién ofrece el cuidado”.

Área de servicio

La EOC generalmente paga los **servicios cubiertos** solo dentro de un área geográfica específica llamada **área de servicio**. Consulte el apéndice A, “Mapa de las áreas de servicio”, para ver un mapa de las **áreas de servicio** y una lista detallada de los condados en cada **área de servicio**. Debe residir, vivir o trabajar en el **área de servicio**. Hay algunas excepciones, como para **servicios de emergencia**, cuidado de urgencia y trasplantes. Consulte “Quién ofrece el cuidado” a continuación.

Nota importante para dependientes en virtud de una orden autorizada de manutención médica:

Si debe brindarle cobertura a un dependiente que vive fuera del **área de servicio** en virtud de una orden autorizada de manutención médica o dental de hijos, le ofreceremos a su dependiente una cobertura que sea similar a la cobertura de salud o dental que se les brinda a otros dependientes conforme a una EOC por separado.

Nota importante para otros dependientes fuera del área de servicio (no en virtud de una orden autorizada de manutención médica):

Si tiene un dependiente fuera del **área de servicio**, su cobertura fuera del **área de servicio** estará limitada a emergencias y **enfermedades de urgencia** tanto para los servicios médicos como para los de **farmacia**.

Quién ofrece el cuidado

Proveedores de la red

Tenemos contrato con **proveedores** en el **área de servicio** para que le presten los **servicios cubiertos**. Estos **proveedores** conforman la red de su EOC.

Para obtener los beneficios de la red, debe acudir a **proveedores de la red**. Existen algunas excepciones:

- **Servicios de emergencia:** Consulte la descripción de **servicios de emergencia** en la sección “Cobertura y exclusiones”.
- **Proveedor de la red** que no está razonablemente disponible: Puede obtener servicios de un **proveedor fuera de la red** si no hay un **proveedor de la red** adecuado que esté razonablemente disponible. Usted o su **proveedor** deben solicitarnos aprobación antes de recibir el cuidado. Comuníquese con nosotros para obtener ayuda. Tomaremos una decisión apenas su enfermedad lo requiera, pero en un plazo no mayor de 5 días hábiles después de haber recibido toda la información que necesitamos de su **proveedor**. Es posible que decidamos no aprobar su solicitud. Antes de que rechacemos la solicitud, la revisará un **especialista** con la misma especialidad (o una similar) que la del **proveedor** que usted solicita consultar. Si se aprueba el acceso, le pagaremos al proveedor **fuera de la red** según nuestro cargo habitual o una tarifa acordada. Colaboraremos con el **proveedor** para que lo único que usted pague sea el **copago** correspondiente al nivel de la red. Comuníquese con nosotros para obtener ayuda.
- **Trasplantes:** Consulte la descripción de servicios de trasplantes en la sección “Cobertura y exclusiones”.

Puede seleccionar un **proveedor de la red** del directorio en línea a través del sitio web para miembros.

Usted no tendrá que presentar reclamos por los servicios que haya recibido de **proveedores de la red**. Su **proveedor de la red** se encargará de hacerlo por usted. Le pagaremos directamente al **proveedor de la red** el monto adeudado conforme a la *EOC*.

Su PCP

Para recibir los beneficios debe obtener los **servicios cubiertos** a través del **PCP**. Su **PCP** le brindará cuidado primario.

Su **PCP** puede brindarle servicios obstétricos o ginecológicos. O bien, usted puede elegir un obstetra, ginecólogo u obstetra-ginecólogo de la **red** para que le brinde esos servicios. Puede consultar a un obstetra, ginecólogo u obstetra-ginecólogo de la red sin una remisión de su **PCP**. Las mujeres pueden consultar de manera directa a un obstetra, ginecólogo u obstetra-ginecólogo además de a un **PCP**.

Si tiene una enfermedad crónica, incapacitante o que ponga en riesgo la vida, puede solicitar un **especialista de la red** como **PCP**. El **especialista de la red** debe informarnos que acepta actuar como su **PCP**. Puede comunicarse con nosotros para obtener más información sobre cómo solicitar esta excepción.

La designación de su **especialista de la red** como **PCP** no será retroactiva. Si se rechaza su solicitud, puede apelar la decisión. Consulte la sección “Cuando no está de acuerdo: decisiones y procedimientos de apelación para los reclamos”.

Cómo elegir un PCP

Puede elegir un **PCP** de la lista incluida en nuestro directorio.

Todos los miembros de la familia con cobertura tienen la obligación de seleccionar un **PCP**. Cada uno puede elegir un **PCP** diferente. Usted debe seleccionar un **PCP** para sus dependientes cubiertos si son menores de edad o si no pueden elegir un **PCP** por su cuenta.

Qué hará el PCP por usted

El **PCP** coordinará su cuidado médico o puede brindarle tratamiento. Es posible que le dé remisiones a otros **proveedores de la red**.

Su **PCP** le hará una **remisión** por escrito o en forma electrónica para que vea a otros **proveedores de la red**.

Usted puede recibir tratamiento por un máximo de 15 días hábiles consecutivos de ciertos terapeutas físicos sin **remisión**. Comuníquese con su terapeuta físico para obtener más información.

Nunca necesitará una **remisión** ni autorización de su **PCP** para consultar a un obstetra-ginecólogo de la **red**.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de **PCP** en cualquier momento comunicándose con nosotros.

Si no elige un PCP

Tener un **PCP** es muy importante. Por eso, es posible que elijamos uno por usted. Recibirá una tarjeta de identificación por correo. Le informaremos el nombre, la dirección y el número de teléfono de su **PCP**. Si quiere cambiar de **PCP**, siga las instrucciones que figuran en “Cómo cambiar de PCP” más arriba.

Hasta que seleccione un **PCP**, los beneficios se limitarán al cuidado brindado por **proveedores de la red** de acceso directo, a los **servicios de emergencia** y al cuidado de urgencia.

Cómo conservar a un proveedor al que acude actualmente (continuidad del cuidado)

Es posible que deba buscar un nuevo **proveedor** en los siguientes casos:

- Si se inscribe en la **EOC** y el **proveedor** al que acude actualmente no forma parte de la red.
- Usted ya es miembro de Aetna y su **proveedor** deja de ser parte de la red.

Sin embargo, en algunos casos puede continuar con el **proveedor** actual para completar un tratamiento o recibir un tratamiento que ya estaba programado. Esto se denomina “continuidad del cuidado”.

Si esto se aplica a su situación, comuníquese con nosotros para obtener más detalles. Si usted está recibiendo tratamiento por una enfermedad crónica o aguda, y siempre que el **proveedor** no haya dejado de pertenecer a la red por fraude o por no cumplir con estándares de calidad, podrá recibir cuidado de transición de su **proveedor** por un período de hasta 90 días desde que le notificamos su estado en la red o el fin de su tratamiento, lo que ocurra primero.

Nota importante:

Si está embarazada y ya se encuentra en el segundo trimestre, el cuidado transitorio comprenderá el tiempo requerido para recibir el cuidado posparto directamente relacionado con el parto.

	Si tiene una discapacidad, una condición grave o una enfermedad que pone en riesgo la vida, y su proveedor deja de participar en Aetna
Solicitud de aprobación	Usted o su proveedor deben comunicarse con nosotros para obtener la aprobación de la continuidad del cuidado. Puede comunicarse con Servicios al Cliente a través del número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación para obtener información sobre la continuidad del cuidado.
Duración del período de transición	El cuidado se seguirá brindando durante un período de transición de hasta 90 días. Este período se basa en la fecha en la que el proveedor dejó de participar con nosotros.
Cómo se paga el reclamo	Durante el período de transición, su reclamo se pagará a un precio no inferior a la tarifa contractual de la red.

	Si tiene una enfermedad terminal y su proveedor deja de participar en Aetna
Solicitud de aprobación	Usted o su proveedor deben comunicarse con nosotros para obtener la aprobación de la continuidad del cuidado. Puede comunicarse con Servicios al Cliente a través del número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación para obtener información sobre la continuidad del cuidado.
Duración del período de transición	El cuidado se seguirá brindando durante un período de transición de hasta nueve (9) meses. Este período se basa en la fecha en la que el proveedor dejó de participar con nosotros.
Cómo se paga el reclamo	Durante el período de transición, su reclamo se pagará a un precio no inferior a la tarifa contractual de la red.

	Si está en el segundo trimestre de embarazo, y el proveedor deja de participar en Aetna
Solicitud de aprobación	Usted o su proveedor deben comunicarse con nosotros para obtener la aprobación de la continuidad del cuidado. Puede comunicarse con Servicios al Cliente a través del número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación para obtener información sobre la continuidad del cuidado.
Duración del período de transición	El cuidado se seguirá brindando durante un período de transición hasta el parto, incluido el tiempo necesario para el cuidado posparto directamente relacionado con el parto. Incluye un chequeo posparto en seis semanas.
Cómo se paga el reclamo	Durante el período de transición, su reclamo se pagará a un precio no inferior a la tarifa contractual de la red.

No será responsable por un monto que exceda la parte del costo que hubiera correspondido si su **proveedor** hubiera seguido formando parte de la red.

Requisitos de necesidad médica, remisión y autorización previa

La EOC cubre su parte de los gastos de los **servicios cubiertos** solo si se ajustan a las condiciones generales. Estas condiciones son las siguientes:

- El servicio debe ser médicamente necesario.
- Usted recibe cuidado de uno de los siguientes profesionales:
 - Su **PCP**.
 - Otro **proveedor de la red** después de obtener una remisión del **PCP**.
- Usted o su **proveedor** obtienen la **autorización previa** para el servicio cuando sea necesaria.

Médicamente necesario o necesidad médica

Los requisitos de **necesidad médica** se mencionan en la sección “Glosario”, donde se encuentran las definiciones de **médicamente necesario** o **necesidad médica**. Además, se explica lo que nuestros directores médicos o los **médicos** designados por ellos consideran para determinar si un servicio es **médicamente necesario**.

Nota importante:

Ofrecemos **servicios cubiertos** para un sexo específico cuando son **médicamente necesarios**, independientemente del género identificado.

Remisiones

Necesita una **remisión** de su **PCP** para la mayoría de los **servicios cubiertos**. Si no tiene una **remisión** cuando es necesaria, tendrá que hacerse cargo del pago de los servicios. No necesita una **remisión** para **servicios cubiertos** en una **clínica sin cita previa** de la red.

Autorización previa

Algunos **servicios cubiertos** necesitan nuestra aprobación previa. La aprobación previa también se conoce como “**autorización previa**”.

Su **médico** o **PCP** de la red es responsable de obtener las **autorizaciones previas** necesarias antes de que usted reciba el cuidado. Los **proveedores de la red** no pueden facturarle si no nos solicitan la **autorización previa**. Sin embargo, si su **médico** o **PCP** solicita **autorización previa** y la rechazamos y, aun así, usted decide recibir el cuidado, el responsable de pagarlo será usted.

Es posible que no se requiera una autorización previa si su proveedor cumple con los requisitos de las aprobaciones de autorización previa. Comuníquese con su **médico** o con nosotros para obtener más información.

Su médico o PCP puede solicitar la renovación de una autorización previa existente en los 60 días posteriores a la fecha de vencimiento de la autorización previa. Le notificaremos nuestra decisión antes del vencimiento de la autorización previa existente.

Es posible que alguna vez usted o su **proveedor** quieran que revisemos un servicio que no requiere **autorización previa** antes de que obtenga el cuidado. Esto se denomina “predeterminación” y es diferente de la **autorización previa**. En el caso de la predeterminación, usted o su **proveedor** solicitan una revisión clínica previa de un servicio que no requiere **autorización previa**.

En nuestros boletines de políticas clínicas, se explica nuestra política para servicios y suministros específicos. Usamos estos boletines y otros recursos para orientar las decisiones de cobertura individualizadas conforme a nuestras políticas. Puede encontrar los boletines y otra información en <https://www.aetna.com/health-care-professionals/clinical-policy-bulletins.html>.

Para determinados medicamentos cubiertos en el plan médico o plan de medicamentos con **receta**, su **proveedor** debe obtener una aprobación nuestra antes de que cubramos el medicamento. El requisito de obtener aprobación por adelantado sirve de guía respecto del uso adecuado de ciertos medicamentos y para asegurar que sean **médicamente necesarios**. No se exigirá más de una **autorización previa** anual para medicamentos con **receta** indicados para tratar enfermedades autoinmunes, la hemofilia o la enfermedad de Von Willebrand.

La terapia escalonada es un tipo de **autorización previa** en la que se deben probar uno o más “medicamentos de requisito previo” antes de que se cubra el medicamento que requiere terapia escalonada. Un “requisito previo” es algo que se exige antes que otra cosa. Los medicamentos de requisito previo están aprobados por la FDA, pueden costar menos y tratan la misma enfermedad. Si no prueba primero los medicamentos de requisito previo, el medicamento que requiere terapia escalonada podría no ser cubierto. La terapia escalonada no se aplicará a los medicamentos con receta utilizados para el tratamiento de lo siguiente:

- Cáncer metastásico avanzado en etapa cuatro y enfermedades asociadas.
- Diagnóstico de una enfermedad mental grave si tiene 18 años de edad o más.

Comuníquese con nosotros o visite nuestro sitio web para conocer los requisitos de **autorización previa** y la lista de los medicamentos que requieren terapia escalonada. Allí encontrará la información más actualizada.

Cómo solicitar una excepción al *Formulario*

A veces, es posible que usted o su **proveedor** nos pidan una excepción al *Formulario* por medicamentos que no están cubiertos. Usted, alguien que lo represente o su **proveedor** pueden comunicarse con nosotros. Tendrá que brindarnos la documentación clínica solicitada. La decisión de otorgar cualquier excepción es individual. Si quiere saber cómo presentar una solicitud de revisión, haga lo siguiente:

- Llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.
- Visite el sitio web <https://www.aetnacvshealth.com>.
- Envíe la solicitud por escrito a esta dirección:

CVS Health
ATTN: Aetna PA
1300 E Campbell Road
Richardson, TX 75081

Usted, alguien que lo represente o su **proveedor** pueden solicitar una excepción al *Formulario* más rápida si se trata de una urgencia. Se trata de una urgencia si padece una enfermedad que podría afectar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperarse por completo. También si usted está en tratamiento con un medicamento no cubierto. Una solicitud de excepción al *Formulario* para un medicamento que no figura en la **guía de medicamentos** es una determinación adversa, y usted puede hacer que la revisen como apelación de una determinación adversa, incluida una apelación urgente.

Lo que cubre la EOC y lo que paga usted

¿Quién paga los **servicios cubiertos**: esta EOC, usted o ambos? Depende.

Regla general

En la *Lista de beneficios*, se indica el monto que paga usted para cada tipo de **servicio cubierto**.

En general, los beneficios funcionan de la siguiente manera:

- Usted paga el **deducible**, cuando corresponde.
- Después, usted y la EOC comparten el gasto. Su parte se denomina **copago**.
- Luego, la EOC cubre la totalidad del gasto una vez que usted alcanza el **límite máximo de desembolso** que corresponda.

Cuando se usa el término “gasto” en esta regla general, se hace referencia al **cargo negociado** para un **proveedor de la red**.

Cargo negociado

Para la cobertura de salud:

Es el monto que un **proveedor de la red** ha acordado aceptar o que nosotros hemos acordado pagarle a él o a un proveedor externo (lo que incluye cualquier tarifa administrativa en el monto pagado).

En el caso de las facturaciones inesperadas, los cálculos se basarán en la tarifa contratada media.

Podemos celebrar acuerdos con **proveedores de la red** u otros proveedores en relación con lo siguiente:

- La coordinación del cuidado para los miembros.
- Mejora de la eficiencia y de los resultados clínicos.

Estos son algunos de los acuerdos:

- Contratación basada en el valor.
- Riesgos compartidos.
- Acuerdos para un cuidado responsable.

Estos acuerdos no modificarán el **cargo negociado** según esta EOC.

Para los servicios relacionados con medicamentos con receta:

Cuando recibe un medicamento con **receta**, acordamos pagar esta cantidad por la **receta** o pagamos esta cantidad a la farmacia de la red o un tercero proveedor que lo brindó. El **cargo negociado** puede incluir un reintegro, un servicio adicional o cargos por riesgos y tarifas administrativas. Puede incluir cantidades adicionales pagadas a terceros o recibidas de terceros, según garantías de precio.

Facturas inesperadas

Es posible que existan ocasiones en las que reciba servicios sin saberlo o no dé consentimiento para recibir servicios de parte de un **proveedor fuera de la red**, incluso cuando intenta mantenerse en la red para obtener sus **servicios cubiertos**. Puede recibir una factura con una tarifa con un valor fuera de la red que no esperaba. Esto se denomina “factura inesperada”.

Un **proveedor fuera de la red** no puede facturarle el saldo o intentar cobrarle costos que superen los requisitos de costo compartido dentro de la red, como **deducibles** y **copagos** para los siguientes servicios:

- **Servicios de emergencia** prestados por un **proveedor fuera de la red** y servicios auxiliares que se iniciaron a partir de los **servicios de emergencia**.

- Servicios que no son de emergencia prestados por un **proveedor fuera de la red** en un centro de la red, excepto cuando el **proveedor fuera de la red** le haya dado lo siguiente:
 - El *Aviso de servicios fuera de la red* para que lo firme.
 - Los cargos estimados para los artículos y servicios.
 - Un aviso en el que consta que el **proveedor** es un **proveedor fuera de la red**.
- Servicios de ambulancia aérea fuera de la red.

El **proveedor fuera de la red** debe obtener su consentimiento para recibir tratamiento y para que le facture el saldo por los servicios.

“Servicios auxiliares” se refiere a cualquier servicio profesional que incluya lo siguiente:

- Artículos y servicios relacionados con la medicina de emergencia.
- Anestesiología.
- Servicios de medicina hospitalaria.
- Servicios de laboratorio.
- Neonatología.
- Exámenes patológicos.
- Radiología.
- Servicios prestados por un **proveedor fuera de la red** debido a que no había un **proveedor de la red** disponible para prestar el servicio.

En este caso, “centro” se refiere a una institución que presta servicios relacionados con el cuidado de salud o un establecimiento de cuidado de salud. Esto incluye lo siguiente:

- **Hospitales** y otros centros de hospitalización autorizados.
- Centros de tratamiento o quirúrgicos ambulatorios.
- **Centros de enfermería especializada.**
- **Centros residenciales de tratamiento.**
- Centros de diagnóstico, laboratorio e imágenes.
- Centros de rehabilitación.
- Otros establecimientos de salud terapéuticos.

Un reclamo por una factura inesperada se paga conforme a la tarifa contratada media para todos los planes que ofrecemos en el mismo mercado de seguros para el mismo servicio o producto, o para uno similar, que cumpla con todas las siguientes características:

- Que sea brindado por un **proveedor** de la misma especialidad o de una similar o en un centro del mismo tipo o uno similar.
- Que sea brindado en un área geográfica en la que se ofrece el artículo o servicio.

La tarifa contratada media está sujeta a ajustes adicionales conforme a las reglamentaciones federales.

Todo costo compartido pagado con respecto a los artículos y servicios se tendrá en cuenta para calcular su **deducible** y **límite máximo de desembolso** dentro de la red, si corresponde.

No es una factura inesperada cuando usted elige deliberadamente recibir los servicios fuera de la red y firma un consentimiento para recibirlos. En este caso usted es responsable de pagar todos los cargos.

Comuníquese con nosotros si recibe una factura inesperada o si tiene preguntas sobre qué es una factura inesperada.

Pago de los servicios cubiertos: condiciones generales

Deben cumplirse ciertas condiciones generales para que la *EOC* pague una parte de los gastos de un **servicio cubierto**. Estas condiciones son las siguientes:

- El servicio debe ser **médicamente necesario**.
- Usted recibe cuidado de uno de los siguientes profesionales:
 - Su **PCP**.
 - Otro **proveedor de la red** después de obtener una remisión del **PCP**.
- Usted o su **proveedor** obtienen la **autorización previa** para el servicio cuando sea necesaria.

En general, usted comparte con la *EOC* los costos de los **servicios cubiertos** cuando se cumplen las condiciones generales. Sin embargo, aunque en algunos casos la *EOC* pagará todo el gasto, en otros deberá hacerlo usted. Para obtener más detalles, consulte la *Lista de beneficios* y la información que aparece debajo.

Usted paga la totalidad del gasto en los siguientes casos:

- Cuando obtiene servicios y suministros que no son **médicamente necesarios**.
- Cuando su *EOC* exige **autorización previa**, su **médico** la solicita, nosotros la rechazamos y usted recibe los servicios sin **autorización previa**.
- Cuando usted recibe cuidado sin **remisión** y su *EOC* exige la remisión.
- Cuando recibe cuidado de un **proveedor fuera de la red**, a excepción de servicios de emergencia, de urgencia y de trasplantes. Consulte “Quién ofrece el cuidado” para obtener más detalles.

En todos los casos, el **proveedor** puede exigirle que pague todo el cargo. Los montos que pague no se tendrán en cuenta para calcular el **deducible** o el **límite máximo de desembolso**.

Sus **copagos** no excederán el 50 % del costo total de los servicios prestados ni el 200 % del costo total de la **prima** anual. Si sus **copagos** han excedido el 200 % del costo total de la **prima** anual, deberá presentar una *Explicación de beneficios (EOB)* detallada donde se indiquen las fechas y el monto total de los **copagos** pagados.

Nota importante:

Usted puede recibir servicios de cuidado de salud en un centro de cuidado de salud que es miembro de la red de **proveedores** que usa su plan de salud, o ya los ha recibido. Sin embargo, también puede recibir otros servicios profesionales, o haberlos recibido, en el centro, o a través de él, de parte de **médicos** y otros profesionales que no son miembros de esa red. Es posible que usted deba pagar parte de las tarifas de los servicios profesionales que su plan de beneficios de salud no cubre o no paga. Comuníquese con nosotros si recibió una facturación de saldo por los **servicios cubiertos** prestados por algún **médico** o **proveedor**, incluido un **médico** que trabaja en un centro u otro profesional del cuidado de salud.

Cuál es el papel de la *Lista de beneficios*

En la *Lista de beneficios* figuran los costos de desembolso que usted debe pagar cuando recibe **servicios cubiertos** y las limitaciones de beneficios que se aplican a su *EOC*. También se indican los **límites máximos de desembolso** que corresponden.

Las limitaciones incluyen, por ejemplo, un máximo de edad, de visitas, de horas o de ingresos. Los costos de desembolso incluyen, por ejemplo, **deducibles** y **copagos**.

Tenga en cuenta que usted debe pagar su costo compartido. También debe pagar los costos que no tienen cobertura con esta *EOC*.

Coordinación de beneficios

Esta *EOC* no coordina beneficios con ninguna otra póliza, excepto con coberturas o pólizas de Medicare con los que ya cuente. Para obtener más información, consulte la sección “Si está inscrito en Medicare” en “Disposiciones generales: otros aspectos que debería saber”.

Reclamos y pago de beneficios

Un reclamo es una solicitud de pago que usted o su **proveedor** del cuidado de la salud nos presentan cuando usted quiere obtener o recibe **servicios cubiertos**. Existen diferentes tipos de reclamos. Usted o su **proveedor** pueden comunicarse con nosotros en diferentes momentos para presentar un reclamo o solicitar la aprobación o el pago de beneficios. Pueden hacerlo antes de que reciba el beneficio, mientras lo recibe y después de haberlo recibido.

Es importante que lea atentamente toda la información incluida en la sección anterior, “Cómo funciona la *EOC*”. Cuando llega un reclamo, lo revisamos, tomamos una decisión y le informamos cómo se dividirá el gasto entre usted y el plan. El plazo que tenemos para informarle la decisión sobre un reclamo depende del tipo de reclamo.

Tipo de reclamo y plazos

Reclamo por cuidado de urgencia

Un reclamo por cuidado de urgencia es aquel por el cual el médico que lo atiende decide que una demora en recibir cuidado médico podría poner en peligro su vida o su salud. O bien, su capacidad para recuperarse por completo. También podría presentarse en una situación en la que necesita recibir cuidado para evitar un dolor fuerte. Tomaremos una decisión no más de 1 hora después de que recibamos la solicitud.

Si está embarazada, un reclamo por cuidado de urgencia también comprende una situación que ponga en grave peligro la salud del bebé por nacer.

Reclamo previo al servicio

Un reclamo previo al servicio es aquel que implica servicios que usted aún no ha recibido y que nosotros pagaremos solo si otorgamos la **autorización previa** correspondiente.

Reclamo retrospectivo

Un reclamo retrospectivo al servicio es aquel que implica servicios de cuidado de salud que ya recibió.

Extensión de reclamo de cuidado concurrente

Una extensión de reclamo de cuidado concurrente tiene lugar cuando necesita que aprobemos más servicios de los que habíamos aprobado. Por ejemplo, si se solicita la extensión de una **internación** o la adición de una cantidad de visitas al **proveedor**.

Decisión sobre extensión de reclamo de cuidado concurrente

Usted o su **proveedor** pueden pedir una extensión de reclamo de cuidado concurrente para solicitar más servicios. Le notificaremos si tomamos una determinación de este tipo. Si tomamos una determinación adversa, tendrá tiempo suficiente para presentar una apelación. La cobertura del servicio o del suministro seguirá en vigor hasta que usted reciba una decisión final sobre la apelación de nuestra parte o de una organización de revisión independiente si la situación cumple con los requisitos para solicitar una revisión independiente.

Durante el período de extensión de reclamo de cuidado concurrente, usted sigue siendo responsable de la parte que le corresponde de los costos, como los **copagos** y los **deducibles** que correspondan al servicio o al suministro. Si su solicitud de servicios extendidos no se aprueba después de apelar una determinación adversa, y mantenemos nuestra decisión de reducir o cancelar dichos servicios, usted será responsable de todos los gastos correspondientes al servicio o al suministro recibidos durante el período de extensión de reclamo de cuidado concurrente.

En el siguiente cuadro, se indican diferentes tipos de reclamos para los que otorgamos **autorización previa** y los plazos que tenemos para informarle nuestra decisión.

Determinaciones iniciales de reclamos				
Tipo de aviso	Determinación inicial (de nuestra parte)	Extensiones	Solicitud de información adicional (de nuestra parte)	Respuesta a la solicitud de información adicional (de su parte)
Reclamo previo al servicio*	No más de 3 días calendario después de que recibamos la solicitud.	No corresponde.	No corresponde.	No corresponde.
Reclamo de cuidado concurrente* Si está hospitalizado (puede incluir reclamo de cuidado concurrente de internaciones)	No más de 24 horas después de que recibamos la solicitud, seguida de una notificación por escrito dentro de un plazo de 3 días hábiles.	No corresponde.	No corresponde.	No corresponde.

Cuidado para garantizar que esté estable después de un tratamiento de emergencia (posestabilización) o por una enfermedad que pone en riesgo la vida	No más de una (1) hora después de recibir la solicitud, o en el plazo correspondiente para su enfermedad.	No corresponde.	No corresponde.	No corresponde.
Solicitudes de excepción de terapia escalonada (no es de emergencia)	No más de 72 horas después de recibir la solicitud.	No corresponde.	No corresponde.	No corresponde.
Solicitudes de excepción de terapia escalonada (emergencia)	No más de 24 horas después de recibir la solicitud.	No corresponde.	No corresponde.	No corresponde.

* Si aprobamos el cuidado y los servicios, le enviaremos una carta a más tardar 2 días hábiles después de que recibamos la solicitud. En la sección “Determinaciones adversas” se explica cómo y cuándo le informamos sobre una determinación adversa.

Nota importante:
 Le informaremos sobre una determinación inicial en el plazo correspondiente a las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios y su enfermedad. Siempre le informaremos a más tardar en el plazo que figura en la tabla anterior.

Presentación de reclamos

Por lo general, cuando usted consulta a un **proveedor de la red**, el consultorio nos envía una factura detallada por los servicios que recibió. Si consulta a un **proveedor fuera de la red**, es posible que usted reciba la factura (prueba de pérdida) directamente. Esta factura es la base de su reclamo posterior al servicio. Si recibe una factura directamente, usted o su **proveedor** deben enviárnosla dentro de los 95 días a partir de la fecha en que recibió los servicios, a menos que no tenga la capacidad legal para hacerlo. Debe enviárnosla junto con una forma de reclamo que puede obtener en línea o comunicándose con nosotros. Lleve siempre su propio registro de las fechas, los **proveedores** y los costos de los servicios.

La determinación sobre el pago de beneficios se toma en función de muchos factores, como el **deducible** o los **copagos**, la necesidad del servicio que recibió, el lugar o el momento en que lo recibió, o incluso otro tipo de seguro que pueda tener. Es posible que necesitemos pedirles a usted o a su **proveedor** datos adicionales para tomar la decisión final. Puede comunicarse con nosotros en cualquier momento para saber cuánto podría tener que pagar por un servicio.

Pagaremos el reclamo dentro de los 30 días de haber recibido toda la información necesaria. A veces, podemos pagar solo una parte del reclamo. Otras veces, podemos rechazar el pago en su totalidad. Incluso podemos rescindir su cobertura por completo. Por “rescisión”, se entiende la pérdida de la cobertura desde ese momento y de forma retroactiva. Si pagamos reclamos correspondientes a su cobertura anterior, pediremos la devolución del dinero.

Le enviaremos nuestra decisión por escrito. Usted podría no estar de acuerdo con nuestra decisión. Hay varias maneras de solicitarnos que revisemos las decisiones. Consulte la sección “Quejas, decisiones de reclamos y procedimientos de apelación”.

Quejas, decisiones de reclamos y procedimientos de apelación

Diferencias entre una queja y una apelación

Queja

Una queja es toda expresión de insatisfacción, en forma oral o escrita, con respecto a cualquier aspecto de nuestra administración. Quizás no esté conforme con un **proveedor** o tenga un problema administrativo y quiera quejarse. Puede comunicarse con nosotros en cualquier momento.

Para las quejas sobre asuntos gestionados por el Mercado de Seguros Médicos, como la inscripción, puede llamar o escribir al Mercado de Seguros Médicos para presentar una queja. Algunos ejemplos de quejas indican su insatisfacción con lo siguiente:

- Cómo hemos administrado el plan.
- Cómo hemos manejado el proceso de apelación.
- Cuando rechazamos un servicio que no está relacionado con problemas de **necesidad médica**.
- La forma en que se presta un servicio.
- Una decisión de cancelación de inscripción.

Sin embargo, no se trata de una queja en los siguientes casos:

- Resolvemos un malentendido o corregimos información errónea, a su satisfacción, ofreciendo una explicación o más información.
- Usted o su **proveedor** nos llaman o nos escriben para informar que no están satisfechos o que no están de acuerdo con una determinación adversa. En cambio, esta es una apelación de la determinación adversa. Para obtener más información, consulte las secciones “Apelación de una determinación adversa” y “Plazos para tomar decisiones sobre apelaciones relacionadas con determinaciones adversas”.

La queja debe incluir una descripción del problema. Debe incluir copias de los registros o documentos que usted considere importantes. Le informaremos que hemos recibido su queja en el plazo de 5 días hábiles. En la carta, le informaremos sobre los plazos y los procedimientos de quejas. Si nos llama para presentar una queja, le enviaremos una forma de queja para que la complete y nos la envíe.

Revisaremos la información y le daremos una respuesta por escrito en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de la queja. Si su queja es por servicios que aún no ha recibido, le daremos una respuesta por escrito en un plazo de 15 días calendario a partir de la recepción de la queja.

Le comunicaremos si necesitamos información adicional para tomar una decisión.

Si su queja se relaciona con una emergencia o con el rechazo de la continuidad de una internación o de infusiones intravenosas o **medicamentos con receta**, investigaremos y daremos una resolución antes de 1 día hábil o 72 horas, el plazo que sea menor, después de recibir la queja.

No tomaremos ninguna represalia contra usted, incluida la rescisión o el rechazo de renovar esta *EOC*, porque de modo razonable ha presentado una queja contra nosotros o apelado nuestra decisión.

No tomaremos represalias contra un **médico** o un **proveedor**, incluidas la rescisión o el rechazo a renovar su contrato, porque el **médico** o el **proveedor** (en nombre de un miembro) hayan presentado de modo razonable una queja contra nosotros o hayan apelado nuestra decisión.

Apelación

Su solicitud de que reconsideremos una determinación adversa es una apelación de una determinación adversa. También se trata de una apelación si nos solicita que volvamos a revisar una queja porque no está satisfecho con nuestra respuesta inicial. En las secciones “Apelación de una queja” y “Apelaciones relacionadas con determinaciones adversas” a continuación se explica el proceso de apelación para ambos tipos de apelaciones.

Apelación de una queja

Usted, alguien que lo representa o su **proveedor** pueden solicitarnos que volvamos a revisar su queja. Puede presentarnos una apelación comunicándose con nosotros.

Le informaremos que hemos recibido su apelación en el plazo de 5 días hábiles. En este aviso, se describirán el proceso de apelaciones y sus derechos. Parte de este proceso consiste en asignarle un comité de expertos para que revise su apelación. Tendrá la oportunidad de brindar más información para que el comité de expertos revise la apelación. Tendrá la oportunidad de brindar más información para que el comité de expertos la considere. Usted o un representante autorizado pueden participar en la audiencia de apelación en persona o por teléfono.

El comité de expertos estará compuesto por igual cantidad de lo siguiente:

- Miembros de la HMO que no sean empleados.
- Representantes de la HMO que no participaron en la toma de la decisión inicial.
- **Proveedores** (incluidos los **especialistas**) que no participaron en la decisión. Contaremos con un **proveedor** con experiencia en el área de cuidado en disputa.

Le enviaremos la siguiente información al menos 5 días antes de la audiencia con el comité de expertos en apelaciones de quejas, a menos que usted acuerde lo contrario:

- Una copia de cualquier documentación que se presentará por nuestro personal.
- Las especialidades de los **médicos** o los **proveedores** a los que se consultó durante la revisión.
- El nombre y la afiliación de todos los representantes de la HMO que integrarán el comité de expertos en apelaciones.

Podrá expresar su opinión respecto de esta información. El comité de expertos en apelaciones tendrá en cuenta su respuesta durante la revisión.

El comité de expertos revisará la información y nos comunicará su decisión. Le enviaremos la decisión final por escrito en los 30 días calendario posteriores a la recepción de la apelación. Si su apelación es por servicios que aún no ha recibido, le enviaremos la decisión final por escrito en los 15 días calendario posteriores a la recepción de la apelación. Esta carta incluirá lo siguiente:

- La fecha en que recibimos la solicitud de apelación.
- La comprensión del comité de expertos de su queja y de los hechos.
- Los fundamentos clínicos y los criterios utilizados para tomar la decisión.
- Documentos que respaldan la decisión.
- Si corresponde, la mención de su derecho a solicitar una revisión independiente.
- La mención de su derecho a apelar ante el Departamento de Seguros mediante una comunicación por escrito a la siguiente dirección:

Texas Department of Insurance
P.O. Box 12030
Austin, TX 78711
1-800-252-3439

Si su apelación de una queja se relaciona con una emergencia o con el rechazo de la continuidad de una internación o de infusiones intravenosas o **medicamentos con receta**, investigaremos y daremos una resolución antes de 1 día hábil o 72 horas, el plazo que sea menor, después de recibir la queja.

Por la emergencia en curso o la continuidad de una hospitalización y si lo solicita, brindaremos una revisión por parte de un **médico** o un **proveedor** en lugar de un comité de expertos de revisión que cumpla con las siguientes características:

- No habrá revisado el caso con anterioridad.
- Se desempeñará en la misma especialidad, o una similar, que la del **médico** o **proveedor** que normalmente trataría la enfermedad, el procedimiento o el tratamiento médico que se considera para la revisión de la apelación.

Es posible que el médico o proveedor entreviste al paciente o al representante autorizado del paciente y decida sobre la apelación. El médico o el proveedor puede dar la notificación inicial de la decisión sobre la apelación verbalmente si también se brinda una notificación por escrito de la decisión a más tardar el tercer día después de que se tomó la decisión.

Si lo solicita, le daremos a usted o a su representante acceso razonable a la información de la apelación. Esto incluye todos los documentos, registros y otra información que usamos para decidir sobre el reclamo o la apelación. No le cobraremos por la información.

Decisiones de reclamos y procedimientos de apelación

Su **proveedor** puede comunicarse con nosotros en diferentes momentos para presentar un reclamo o solicitar la aprobación del pago según los beneficios que usted tenga. Pueden hacerlo antes de que reciba el beneficio, mientras lo recibe y después de haberlo recibido. Usted podría no estar de acuerdo con nuestra decisión. Como lo mencionamos en “Reclamos y pago de beneficios” en la sección “Cómo funciona la EOC”, pagamos la totalidad del reclamo, a excepción de la parte de los costos que le corresponde a usted. Sin embargo, a veces pagamos solo una parte del reclamo. Y, a veces, rechazamos el pago por completo.

Cuando rechazamos aunque sea una parte del reclamo, se dice que tomamos una “determinación adversa” o una “decisión adversa”. Por cualquier decisión adversa, recibirá una explicación de beneficios por escrito. Puede solicitarnos que revisemos una determinación adversa. Este es el proceso de apelación interna. Si aún no está de acuerdo, también puede apelar la decisión. Puede ocurrir que usted omita el proceso de apelación interna. Pero en la mayoría de los casos, debe completarlo antes de poder tomar alguna otra medida, como solicitar una revisión independiente.

Una determinación adversa es nuestra determinación de que los servicios de cuidado de salud que ha recibido o que puede recibir:

- Están en etapa de prueba o investigación.
- No **son médicamente necesarios**.

No se trata de una determinación adversa si rechazamos los servicios de cuidado de salud porque su **proveedor** no solicita una **autorización previa**, una revisión prospectiva o concurrente, ni una extensión de reclamo de cuidado concurrente.

Si tomamos una determinación adversa, se lo comunicaremos por escrito. En nuestra decisión por escrito se le informará lo siguiente:

- El principal motivo de la denegación.
- El motivo clínico de la denegación.
- La fuente de los criterios de selección utilizados como guía para tomar la decisión.
- Cómo solicitar una apelación de la denegación, incluido su derecho a apelar ante una organización de revisión independiente (IRO), y cómo obtener una revisión independiente.
- Cómo obtener una revisión inmediata por parte de la IRO cuando la denegación de reclamos implica lo siguiente:
 - Una enfermedad que pone en riesgo la vida.
 - El suministro de infusiones intravenosas o **medicamentos con receta** para los cuales el paciente recibe beneficios de salud conforme a la *EOC*.
 - Solicitudes de excepción de **terapia escalonada**.

En el siguiente cuadro, se ven los plazos que tenemos para informarle sobre una determinación adversa.

Tipo de aviso	Si necesita cuidado para garantizar que esté estable después de un tratamiento de emergencia (posestabilización)	Mientras esté en el hospital	Si no está hospitalizado en el momento de la decisión	Medicamentos con receta u otras infusiones intravenosas que está recibiendo	Revisión retrospectiva
Decisión inicial	No más de 1 hora después de la solicitud al proveedor tratante.	En un plazo de 1 día hábil por teléfono o por correo electrónico a su proveedor , seguido de una notificación por escrito en el plazo de 3 días hábiles a usted y a su proveedor .	En un plazo de 3 días hábiles a usted y a su proveedor.	A más tardar 30 días antes a que se suspenda el suministro de las infusiones intravenosas o los medicamentos con receta .	En un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción del reclamo.
Extensiones	No corresponde.	No corresponde.	No corresponde.	No corresponde.	15 días.
Solicitud de información adicional (de nuestra parte)	No corresponde.	No corresponde.	No corresponde.	No corresponde.	30 días.
Respuesta a la solicitud de información adicional (de su parte)	No corresponde.	No corresponde.	No corresponde.	No corresponde.	45 días

Apelación de una determinación adversa

Le informaremos que hemos recibido su apelación de la determinación adversa en el plazo de 5 días hábiles. En este aviso, se describirán el proceso de apelaciones y sus derechos. Si nos llama para presentar una apelación, le enviaremos una forma de apelaciones para que la complete y la devuelva.

Plazos para tomar decisiones sobre apelaciones relacionadas con determinaciones adversas

El plazo que tenemos para informarle la decisión sobre una apelación depende del tipo de reclamo. En el siguiente cuadro, se indican los diferentes tipos de reclamos y los plazos que tenemos para informarle nuestra decisión. Es posible que le informemos sobre nuestra decisión verbalmente o por escrito. Si le informamos verbalmente, también le enviaremos una carta en los 3 días calendario posteriores a la notificación verbal.

Tipo de reclamo	Nuestro tiempo de respuesta una vez recibida la apelación
Reclamo por cuidado de urgencia	En el plazo de 1 día hábil o 72 horas, el plazo que sea menor.
Enfermedad de emergencia	Lo antes posible, pero antes de 1 día hábil o 72 horas, el plazo que sea menor.
Si necesita cuidado para garantizar que esté estable después de un tratamiento de emergencia (posestabilización)	No más de una (1) hora después de recibir la solicitud.
Si está hospitalizado en el momento de la determinación adversa (puede incluir reclamo de cuidado concurrente de internaciones)	Antes de 1 día hábil o 72 horas, el plazo que sea menor*.
Si está recibiendo infusiones intravenosas o medicamentos con receta	Lo antes posible, pero antes de 1 día hábil o 72 horas, el plazo que sea menor.
Reclamo previo al servicio que requiere autorización previa	Lo antes posible, pero antes de 15 días calendario.
Solicitudes de excepción de terapia escalonada (no es de emergencia)	No más de 72 horas después de recibir la solicitud.
Solicitudes de excepción de terapia escalonada (emergencia)	No más de 24 horas después de recibir la solicitud.
Lesión cerebral adquirida	No más de 3 días hábiles después de que recibamos la solicitud, incluida una solicitud de extensión de la cobertura en función de la pertinencia o necesidad médica.
Reclamo retrospectivo	Lo antes posible, pero antes de 30 días calendario*.

* Si se rechaza la apelación, su **proveedor** puede solicitarnos por escrito que un determinado tipo de **proveedor** especializado revise el caso. La solicitud debe realizarse a más tardar 10 días hábiles después de que se rechazó la apelación. Un **proveedor** de la misma especialidad (o una similar) que normalmente trataría este tipo de enfermedad realizará la revisión. Se tomará una decisión en los 15 días hábiles posteriores a la fecha en que recibamos dicha solicitud.

Cualquier otra apelación de un reclamo

Debe presentar la apelación en un plazo de 180 días calendario a partir de la fecha en que recibe el aviso de determinación adversa.

Para apelar, puede escribir a la dirección que figura en el aviso de determinación adversa o comunicarse con nosotros. Debe incluir la siguiente información:

- Su nombre.
- Una copia de la determinación adversa.
- Las razones por las que presenta la apelación.
- Cualquier otra información que usted quiera que se tenga en cuenta.

Le asignaremos su apelación a una persona que no haya participado en la toma de la decisión inicial.

Otra persona puede presentar una apelación por usted, incluido un **proveedor**. Esa persona se denomina “representante autorizado”. Debe informarnos si decide que otra persona presente la apelación en su nombre (incluso si se tratara de su **proveedor**). Debe completar una forma de representante autorizado en la que indique que autoriza a alguien a presentar la apelación en su nombre. Puede obtener esta forma en nuestro sitio web o comunicándose con nosotros. En la misma forma, encontrará dónde debe enviarla. Puede recurrir a un representante autorizado para presentar su apelación.

El personal que no participó en la determinación adversa inicial será responsable de la revisión y la decisión sobre su apelación.

En su apelación, le proporcionaremos cualquier información adicional o nueva que encontremos y usemos para revisar su reclamo. Está a su disposición sin costo. Le proporcionaremos la información antes de que le comuniquemos nuestra decisión. Esta decisión se denomina “determinación adversa final”. Puede dar una respuesta a dicha información antes de que le notifiquemos nuestra decisión final.

Apelación interna urgente

Tiene derecho a un proceso de apelación interna urgente para denegaciones de cuidado de emergencia, de cuidado por enfermedades que ponen en riesgo la vida y de continuidad de una internación en un **hospital**. También puede pedir una apelación interna urgente si denegamos una solicitud de excepción de **terapia escalonada** o una solicitud para infusiones intravenosas o **medicamentos con receta** que recibe actualmente.

Nota importante:

Puede omitir nuestro proceso de apelación interna estándar y urgente ante una organización de revisión independiente en algunas situaciones. Consulte la sección “Agotamiento del proceso de apelación”.

Agotamiento del proceso de apelación

En la mayoría de los casos, debe completar primero nuestro proceso de apelación antes de poder tomar las siguientes medidas:

- Solicitar un proceso de revisión independiente para la apelación.
- Solicitar arbitraje, iniciar acciones judiciales u otro tipo de procedimiento administrativo.

En ciertas circunstancias, no tiene que completar el proceso de apelación para poder tomar otras medidas. Estas situaciones son las siguientes:

- Usted tiene un reclamo por cuidado de urgencia o un reclamo relacionado con un tratamiento en curso. Su reclamo puede someterse a una revisión interna y, simultáneamente, al proceso de revisión independiente.
- No cumplimos con todos los requisitos para la determinación de reclamos y apelación del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal o de Texas.
- Usted tiene una enfermedad que pone en riesgo la vida. Su apelación puede someterse a una revisión a través del proceso de revisión independiente.
- Si está recibiendo medicamentos con receta o tratamiento de infusión intravenosa y se los denegamos. Su apelación puede someterse a una revisión a través del proceso de revisión independiente.

Sin embargo, no podrá pasar directamente a la revisión independiente en los siguientes casos:

- El incumplimiento de la regla fue menor y es poco probable que afecte una decisión o sea perjudicial para usted.
- El incumplimiento fue por una buena causa o ajeno a nuestro control.
- El incumplimiento fue parte de un intercambio de buena fe entre usted y nosotros.

Revisión independiente

Una revisión independiente es una revisión realizada por personas que forman parte de una organización externa a Aetna. Se denomina “organización de revisión independiente” (IRO).

Usted tiene derecho a solicitar una revisión independiente solo en los siguientes casos:

- Ha recibido una determinación adversa.
- La decisión que tomamos sobre el reclamo siguió criterios médicos.
- Determinamos que el servicio o el suministro no es **médicamente necesario**, no es adecuado o determinamos que el servicio o suministro está **en etapa de prueba o investigación** o es **de eficacia no demostrada**.

También puede solicitar una revisión independiente si quiere saber si la Ley Federal de Facturas Médicas Inesperadas contempla su situación.

Si usted puede solicitar la revisión independiente de nuestra decisión sobre el reclamo, se lo informaremos en el aviso de determinación adversa o de determinación adversa final que le enviemos. En ese aviso, también se describirá el proceso de revisión independiente. Se incluirá una copia de la forma de solicitud de revisión por parte de una organización de revisión independiente (IRO) en el nivel de determinación adversa final.

Debe enviar la forma de solicitud de revisión por parte de una IRO teniendo en cuenta lo siguiente:

- Debe enviarla a Aetna.
- Debe enviarla en el plazo de 4 meses a partir de la fecha en que recibió nuestro aviso sobre la decisión.
- Debe incluir una copia del aviso que le enviamos y toda la demás información pertinente que respalda su solicitud.

Usted pagará los costos de la información que envíe y que quiera que revise la IRO. Nosotros pagaremos el costo de la información que le enviemos a la IRO y el costo de la revisión.

Contactaremos a la IRO que realizará la revisión de su reclamo.

Si su solicitud se basa en circunstancias extremas, esta se enviará lo antes posible. Una “circunstancia extrema” se refiere a lo siguiente:

- Usted sufre una enfermedad que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperarse por completo.
- Está en tratamiento con un medicamento no incluido en el *Formulario*.

La IRO hará lo siguiente:

- Asignará la apelación a uno o más revisores clínicos independientes que tengan la pericia adecuada para llevar a cabo la revisión.
- Considerará la información fiable apropiada que usted envíe.
- Respetará los documentos contractuales y su *EOC* de beneficios.
- Notificará la decisión en un plazo de 45 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su forma de solicitud y toda la información necesaria.

Nos atenderemos a la decisión que tome la IRO, excepto cuando podamos mostrar un conflicto de interés, un prejuicio o fraude.

En cuánto tiempo obtendrá la decisión de la IRO

Le informaremos la decisión de la IRO antes de que pasen 45 días calendario desde que recibimos su forma de aviso de revisión independiente con toda la información necesaria.

En algunas ocasiones, puede obtener una decisión de revisión independiente en menos tiempo. Su **proveedor** debe llamarnos o enviarnos una forma de solicitud de revisión por parte de una IRO.

Puede obtener una decisión de revisión independiente más rápida en estos casos:

Por determinaciones adversas

Su **proveedor** nos informa que si hubiera un retraso a la hora de recibir los servicios de cuidado de salud:

- Su vida, su salud o su capacidad para recuperarse por completo podrían correr peligro.
- La eficacia del tratamiento sería mucho menor si este no se iniciara de inmediato (en el caso de un tratamiento experimental o de investigación).
- La determinación adversa final está relacionada con un ingreso, la disponibilidad de cuidado, la continuación de una **internación** o un servicio de cuidado de salud que usted recibió como **servicio de emergencia**, pero no ha recibido el alta de un centro.
- Una solicitud de excepciones de terapia escalonada.
- Una solicitud de infusiones intravenosas que recibe actualmente.

Si su situación reúne los requisitos para que se realice una revisión más rápida, recibirá una decisión en el plazo de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud, o en el plazo de 24 horas si su solicitud es por circunstancias extremas.

Revisión de utilización

Los medicamentos con **receta** cubiertos por esta *EOC* están sujetos a una revisión por parte nuestra, de su **proveedor** o de su farmacia de la red para detectar uso inadecuado, malgasto o abuso.

El resultado de la revisión puede incluir lo siguiente:

- Limitación de la cobertura de un medicamento a un único **proveedor** o a una única farmacia de la red.
- Límites de cantidad, dosificación o días de suministro.
- Requisito de abastecimiento parcial o rechazo de cobertura.

Registro

Conservaremos los registros de todas las quejas y apelaciones durante un período mínimo de 10 años.

Tarifas y gastos

No pagamos tarifas ni gastos relacionados con su presentación de una queja o una apelación.

Sin embargo, pagaremos las tarifas o los gastos relacionados con la revisión de la IRO.

Cumplimiento de los requisitos, inicio y fin de la cobertura

El proceso de verificación de los requisitos y el proceso de inscripción están sujetos a cualquier regla u otros estándares del Mercado de Seguros Médicos y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Cumplimiento de los requisitos

En esta sección, encontrará información acerca de lo siguiente:

- A quién puede incluir en su *EOC* (quién puede ser dependiente).
- Períodos de inscripción limitados o especiales.
- Cómo agregar nuevos dependientes.
- Fecha de entrada en vigor de la cobertura de sus dependientes.

Usted está inscrito como suscriptor una vez que hayamos verificado el cumplimiento con los requisitos y lo hayamos inscrito en el Mercado de Seguros Médicos. Debe pagar la prima inicial para que su cobertura entre en vigor. El Mercado de Seguros Médicos determina la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Quién puede ser dependiente en su *EOC*

También puede inscribir a miembros de su familia que cumplen con los requisitos (sus dependientes).

Usted puede inscribir a los siguientes miembros de su familia:

- Su cónyuge legal.
- Su pareja doméstica que cumple con los requisitos en virtud de las leyes aplicables.
- Los hijos dependientes (sus propios hijos o los de su cónyuge o pareja doméstica).
 - Los hijos deben ser menores de 26 años; se considera “hijos” a los siguientes:
 - Hijos biológicos.
 - Hijastros.
 - Niños adoptados, incluidos los niños colocados con usted en adopción.
 - Niños bajo cuidado de crianza.
 - Niños que son su responsabilidad conforme a una orden autorizada de manutención médica o dental de hijos o una orden judicial (ya sea que el niño resida con usted o no).
 - Nietos que estén bajo su custodia por orden judicial.
 - Un nieto que sea su dependiente para fines impositivos federales.
 - Todo niño aprobado por el Mercado de Seguros Médicos.

* Como se indica en las secciones “Quién cumple con los requisitos”, “Cómo agregar nuevos dependientes” o “Períodos de inscripción limitados o especiales”, se puede inscribir a su hijo adoptado en la cobertura que usted eligió, después de la siguiente fecha:

- La fecha en que usted se convierte en parte de una demanda de adopción.
- La fecha en que se completa la adopción.

Puede inscribir a sus dependientes en los siguientes momentos:

- En la inscripción inicial.
- En otros momentos especiales del año, según se indica abajo.

Un dependiente debe vivir en el estado donde se emitió la *EOC* y debe ser aprobado por el Mercado de Seguros Médicos.

Cómo agregar nuevos dependientes

Puede agregar a la *EOC* los siguientes nuevos dependientes:

- **Cónyuge:** Si se casa, puede inscribir a su cónyuge en la *EOC*.
 - El Mercado de Seguros Médicos debe recibir toda la información para la inscripción antes de que se cumplan 60 días de la fecha de matrimonio.
 - La cobertura entrará en vigor el primer día del mes posterior a la selección de la *EOC*.
- **Pareja doméstica:** Si registra una relación de pareja doméstica, puede inscribir a su pareja doméstica en la *EOC*.
 - El Mercado de Seguros Médicos debe recibir toda la información para la inscripción antes de que se cumplan 60 días de la fecha de presentación de la Declaración de pareja doméstica.
 - La cobertura entrará en vigor el primer día del mes posterior a la selección de la *EOC*.
- **Hijo recién nacido:** Tiene cobertura de la *EOC* los primeros 31 días de vida.
 - Para que su hijo recién nacido siga teniendo cobertura, el Mercado de Seguros Médicos debe recibir la información de inscripción completa, o puede llamar para notificarnos. Debe brindar la información en los 60 días posteriores al nacimiento.
 - Debe inscribir a su hijo en un plazo de 60 días a partir del nacimiento, aunque la cobertura no requiera el pago de una prima adicional para el dependiente cubierto.
 - Si no cumple con este plazo, su hijo recién nacido no tendrá beneficios de salud después de los primeros 31 días.
- **Hijo adoptivo:** Podrá incluir a un hijo adoptivo en la *EOC* una vez que usted se convierta en parte de una demanda de adopción, la adopción esté completa o se establezca la fecha en que el niño será colocado en adopción. El término “colocado en adopción” significa que se asume y se retiene una obligación legal referida a la manutención total o parcial de un niño antes de su adopción.
 - Para que siga teniendo cobertura, el Mercado de Seguros Médicos debe recibir la información de inscripción completa en el plazo de 60 días a partir del momento en que se convirtió en parte de una demanda de adopción, a partir de la fecha de adopción o a partir de la fecha en que el niño fue colocado en adopción, lo que ocurra primero.
 - Los beneficios para su hijo adoptivo entrarán en vigor en la fecha de adopción (o colocación) o el primer día del mes luego de la adopción (o colocación), lo que ocurra primero.
- **Niño bajo cuidado de crianza:** Podrá incluir a un niño bajo cuidado de crianza en la *EOC* cuando el niño sea colocado con usted en cuidado tutelar. Un niño bajo cuidado de crianza es un niño cuyo cuidado, comodidad, educación y crianza dependen de personas que no son sus padres biológicos.
 - El Mercado de Seguros Médicos debe recibir toda la información para la inscripción antes de que se cumplan 60 días de la fecha en que el niño es colocado con usted.
 - Los beneficios para su niño bajo cuidado de crianza entrarán en vigor en la fecha en que usted pase a ser su tutor legal o el primer día del mes luego de este evento.
- **Un hijastro:** Puede incluir al hijo de su cónyuge o pareja doméstica en la *EOC*.
 - Debe completar la información de inscripción y enviarnosla en un plazo de 60 días a partir de la fecha del matrimonio o de la *Declaración de pareja doméstica* con el padre o la madre de su hijastro.

- Orden judicial: Usted podrá incluir en la *EOC* a niños que tenga a cargo en virtud de una orden autorizada de manutención médica o dental de hijos o una orden judicial.
 - Debe completar la información de inscripción y enviársela al Mercado de Seguros Médicos en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la orden judicial.

Fecha de entrada en vigor de la cobertura de sus dependientes.

La cobertura de sus dependientes comenzará en su fecha de entrada en vigor, si los inscribió para ese momento. En caso contrario, comenzará:

- Como se muestra más arriba en la sección “Cómo agregar nuevos dependientes”.
- Antes del primer día del primer mes después de la fecha en que el Mercado de Seguros Médicos reciba la inscripción completa.
- De acuerdo con la fecha de entrada en vigor de una orden judicial.
- En una fecha apropiada según las circunstancias del período de inscripción especial.

Períodos de inscripción limitados o especiales

Conforme a las leyes federales, usted y sus dependientes pueden inscribirse en una nueva *EOC* en ciertas circunstancias. Estas circunstancias se denominan “períodos de inscripción limitados o especiales”. Pueden inscribirse cuando:

- Usted o su dependiente hayan perdido la cobertura esencial mínima.
- Agrega a un dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción, colocación en adopción o colocación en cuidado de crianza. Para obtener más información, consulte más arriba la sección “Cómo agregar nuevos dependientes”.
 - A fin de reunir los requisitos para inscribirse en un período de inscripción especial por matrimonio, al menos uno de los cónyuges debe demostrar que estuvo inscrito en un plan con cobertura esencial mínima durante por lo menos un día en los 60 días previos a la fecha de matrimonio o una de las siguientes situaciones:
 - que vivió en un país extranjero o un territorio de los Estados Unidos durante por lo menos un día en los 60 días previos a la fecha de matrimonio;
 - que es indígena estadounidense o nativo de Alaska.
- Usted y su dependiente están inscritos en cualquier plan de salud grupal que no sea por año calendario, en un seguro de salud individual o en un acuerdo de reembolso de salud para pequeños empleadores que cumple con los requisitos.
- Usted o su dependiente se han inscrito —o no— en un plan del Mercado de Seguros Médicos sin intención de hacerlo, por accidente o por equivocación a causa de un error, información falsa o retraso de parte del Mercado de Seguros Médicos.
- Usted o su dependiente han podido demostrar al Mercado de Seguros Médicos que su plan no cumplió una cláusula importante de su contrato, o que usted ha enfrentado otras circunstancias inusuales.
- No inscribió antes a ningún dependiente en esta *EOC* porque tenía otra cobertura y esta ha finalizado.
- Un tribunal ordena que usted le brinde cobertura a su cónyuge o pareja doméstica actual o a un hijo con su *EOC* de salud.
- Usted o su dependiente pasan a cumplir con los requisitos para recibir el crédito tributario de la prima, o no cumplen con los requisitos para recibirlo, o cuando cambia su situación con respecto a los requisitos para obtener reducciones en el costo compartido, en una cobertura adquirida a través del Mercado de Seguros Médicos.

- Usted o su dependiente cumplen con los requisitos para adquirir nuevas pólizas porque se han mudado a una nueva ubicación de manera permanente.
- Usted o su dependiente son víctimas de abuso doméstico o abandono del cónyuge.
- Usted o su dependiente pasan a ser ciudadanos, nacionales o residentes de los Estados Unidos.
- Usted es indígena estadounidense o nativo de Alaska, según lo define la Ley de Mejora del Cuidado de Salud de los Indígenas Estadounidenses, y se encuentra en esta situación:
 - Usted puede inscribirse, e inscribir a sus dependientes, en un plan de salud calificado (QHP) o cambiarse de un QHP a otro.
 - Puede hacer esto una vez al mes.
- Usted o su dependiente pasan a cumplir con los requisitos para recibir asistencia estatal conforme a Medicaid o un plan S-CHIP para el pago de las primas de la cobertura de esta EOC.
- Usted o su dependiente dejan de reunir los requisitos para inscribirse en Medicaid o en un plan del S-CHIP.
- Usted o su dependiente son liberados de prisión.
- Ya no recibe contribuciones del empleador o subsidios del gobierno para la cobertura según COBRA.

Podría haber cambios reglamentarios que afecten y amplíen el período de inscripción especial que se aplicará a esta EOC. Si quiere obtener información actualizada, visite <http://www.healthcare.gov/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period/>. La forma de inscripción completa debe enviarse dentro de los 60 días posteriores al evento. Sin embargo, si usted no recibió el aviso de su evento desencadenante, tendrá 60 días a partir del momento en que se le informa del evento.

Notificación de cambios en su estado

En caso de que haya cambios que afecten su EOC o la capacidad de los miembros cubiertos por esta para cumplir con los requisitos, debe contactar al Mercado de Seguros Médicos dentro de los 30 días de la fecha del cambio. Pueden ser cambios en los siguientes aspectos:

- Dirección.
- Número de teléfono.
- Estado civil.
- Estado de los dependientes.
- Cobertura de salud mediante un plan subsidiado por un empleador o un programa como Medicare, Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) para usted o su dependiente.

Cuándo finaliza la cobertura

Cuándo finalizará su cobertura

La cobertura puede finalizar por distintos motivos. En esta sección, se explica cómo y por qué finaliza la cobertura, en la siguiente sección, se indica cuándo puede continuar con la cobertura.

Su cobertura según esta *EOC* finaliza si ocurre lo siguiente:

- La *EOC* ya no está disponible. La cobertura termina 90 días después de que le informemos sobre la terminación.
- Usted solicita que se termine su cobertura mediante una notificación por escrito al Mercado de Seguros Médicos por lo menos 14 días antes de la fecha en que quiere que finalice la cobertura.
- Usted deja de cumplir con los requisitos para adquirir cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos, lo que incluye mudarse fuera del **área de servicio**.
- Usted deja de pagar la prima al final del período de gracia. La cobertura finaliza en la última fecha en que se pagó la prima, o en la fecha exigida por la ley.
- Este producto se interrumpe en el estado, si lo aprueba el Departamento de Seguros del estado donde se emitió esta *EOC*. La cobertura termina 90 días después de que le informemos sobre la terminación.
- Nos retiramos del mercado individual en el estado, si lo aprueba el Departamento de Seguros del estado donde se emitió esta *EOC*. La cobertura termina 180 días después de que le informemos sobre la terminación.
- Rescindimos su cobertura, en función de lo permitido por esta *EOC*.

Cuándo finalizará la cobertura de sus dependientes

La cobertura de sus dependientes finalizará en los siguientes casos:

- Dejan de cumplir con los requisitos para tener cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos.
- Usted deja de hacer contribuciones a la prima para el costo de la cobertura de los dependientes.
- Su cobertura finaliza por alguna de las razones antes mencionadas.

Aviso de finalización de cobertura

El Mercado de Seguros Médicos le enviará un aviso si su cobertura está por finalizar. En él, se indicará la fecha de finalización de la cobertura. La cobertura finalizará inmediatamente en la fecha de vencimiento de la próxima prima posterior a la fecha en la que deje de cumplir con los requisitos.

Cuándo finalizaremos la cobertura

Podemos finalizar su cobertura mediante una notificación por escrito con 15 días de anticipación si cometió fraude o distorsionó información de manera intencional cuando solicitó u obtuvo la cobertura. Consulte la sección “Disposiciones generales: otros aspectos que debería saber” para obtener más información.

El día que finalice su cobertura, le reembolsaremos los pagos que se hayan realizado por adelantado, correspondientes a períodos posteriores a la fecha en que finaliza la cobertura.

Opciones de cobertura especiales cuando finaliza la cobertura

Cuándo puede continuar la cobertura conforme a la EOC

En esta sección, se explican las opciones que puede tener después de que finaliza la cobertura de su EOC. Las opciones que tenga dependerán de su situación en particular. Para solicitar una extensión de la cobertura, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Cómo puede extender la cobertura de un hijo que con discapacidad que supera los límites de edad de la EOC

Tiene derecho a extender la cobertura de un hijo dependiente que supera los límites de edad de la EOC si su hijo discapacitado reúne las siguientes características:

- Tiene una discapacidad mental o física que le impide ser económicamente independiente.
- Depende principalmente de su ayuda (más del 50 % de los ingresos) para vivir.

El derecho a la cobertura continuará siempre que un **médico** certifique que su hijo sigue siendo discapacitado y su EOC permanezca en vigor.

Podemos solicitarle que envíe una prueba de discapacidad en el plazo de 31 días a partir de la fecha en la que habría finalizado la cobertura. Antes de extender la cobertura, podemos solicitar que su hijo se someta a un examen físico. Nosotros pagaremos dicho examen.

Después de extender la cobertura, podemos solicitarle que envíe una prueba de que su hijo es discapacitado, pero no se la pediremos más de una vez al año. Debe enviarla dentro de los 31 días a partir de nuestra solicitud. Si no lo hace, podemos finalizar la cobertura de su hijo dependiente.

Cómo extender la cobertura después del divorcio o de la terminación de la sociedad de pareja

Cuando se divorcia, la cobertura de su excónyuge finaliza. Cuando termina la sociedad de pareja, la cobertura de su expareja doméstica finaliza. En estas situaciones, el excónyuge o la expareja doméstica pueden continuar con la cobertura. Debemos recibir su solicitud para continuar con la cobertura en los 60 días posteriores al divorcio o a la terminación de la sociedad de pareja. El excónyuge o la expareja doméstica pueden solicitar una nueva cobertura similar a esta EOC. En la nueva cobertura, no habrá menos beneficios que en esta EOC. La nueva cobertura tendrá la misma fecha de entrada en vigor que esta EOC. Usted deberá pagar la prima para esta nueva cobertura.

Cómo puede extender la cobertura de trabajos dentales cuando finaliza la cobertura

Es posible que su cobertura dental finalice mientras usted o su dependiente se encuentren en el medio del tratamiento. La EOC no cubre los servicios dentales que se presten después de la finalización de la cobertura. Hay una excepción. La EOC pagará los siguientes **servicios cubiertos** si se solicitan durante la cobertura de la EOC y se colocan dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la cobertura:

- Incrustaciones.
- Sobrepuestos.
- Coronas.
- Puentes removibles.
- Restauraciones fundidas o procesadas.
- Dentaduras postizas.
- Dentaduras postizas parciales fijas (puentes).
- Conductos radiculares.

“Solicitado” significa lo siguiente:

- Para una dentadura postiza, que se tomaron las impresiones de la dentadura que se va a realizar.
- Para un conducto radicular, que se abrió la cámara pulpar.
- Para cualquier otro elemento, que el diente que servirá como retenedor o soporte, o los dientes que se están restaurando:
 - Deben estar completamente preparados para recibir el elemento.
 - Se deben haber tomado las impresiones del elemento que se va a preparar.

Cómo extender la cobertura de los servicios y suministros para la audición después de que finalice la cobertura

La *EOC* cubrirá los servicios y suministros para la audición dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la cobertura en los siguientes casos:

- La **receta** del audífono se emite en los 30 días anteriores a la finalización de la cobertura.
- El audífono se solicita durante los 30 días anteriores a la fecha de finalización de la cobertura.

Cómo extender la cobertura de los servicios y suministros para el cuidado de la vista cuando finaliza la cobertura

La *EOC* cubrirá los servicios y suministros de cuidado de la vista para anteojos y lentes de contacto dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura en los siguientes casos:

- Se realizó un examen completo de la vista en los 30 días anteriores a la finalización de la cobertura y el examen incluyó una refracción.
- El examen dio lugar a que se receten lentes de contacto o con marco por primera vez o a que se soliciten lentes de contacto o con marco nuevos debido a un cambio en la **receta**.

Disposiciones generales: otros aspectos que debería saber

Disposiciones administrativas

Cómo interpretaremos usted y nosotros esta *EOC*

Preparamos esta *EOC* conforme a las leyes federales y estatales aplicables. Usted y nosotros lo interpretaremos conforme a estas leyes.

Si la *EOC* incluye alguna disposición o parte de una disposición que no se correlaciona con el Código de Seguros de Texas (capítulo 1271 del Código de Seguros) o con otras leyes aplicables, las demás disposiciones o partes de estas no se consideran inválidas. Las demás disposiciones o partes de estas que no sean inválidas deben interpretarse y aplicarse como si cumplieran con el Código de Seguros de Texas (capítulo 1271 del Código de Seguros) y con otras leyes aplicables.

Cómo administramos esta *EOC*

Ponemos en práctica políticas y procedimientos que hemos desarrollado para administrar esta *EOC*.

Quién es responsable ante usted

Somos responsables ante usted por lo que hacen nuestros empleados y otros agentes.

No somos responsables de lo que hacen sus **proveedores**. Aunque sean **proveedores de la red**, no son empleados ni agentes nuestros.

En caso de que deje de ser el suscriptor

Si usted ya no es el suscriptor y la *EOC* no se canceló, su cónyuge o pareja doméstica se convertirá en suscriptor. En el caso de un hijo dependiente cubierto, el padre o tutor legal que también esté cubierto por la *EOC* se convertirá en el suscriptor de la misma. Si no hay ningún suscriptor al final de un período de primas, la *EOC* se cancelará.

Cobertura solo para niños

En el caso de la cobertura solo para niños, el padre o tutor legal a nombre del cual se emite la cobertura de la *EOC* se considera el suscriptor. Como padre o tutor legal, el suscriptor suscribe en nombre del niño los beneficios descritos en esta *EOC*. Es responsabilidad del suscriptor garantizar que el niño cumpla con todos los términos y condiciones indicados en esta *EOC*.

Cobertura y servicios

Su cobertura puede cambiar

Su cobertura está definida por esta *EOC*. Este documento también puede tener enmiendas y cláusulas adicionales. En determinadas circunstancias, podemos hacer modificaciones en su *EOC* y también pueden exigirlas las leyes aplicables. Cuando se declara un estado de emergencia o epidemia y usted se ve afectado, podemos modificar o dejar de exigir el requisito de **autorización previa**, los límites en la cantidad de medicamentos con **receta** y la parte que le corresponde de los costos. Cualquier modificación que se realice no será menos favorable que los requisitos actuales. Solo nosotros podemos dejar de exigir un requisito de su *EOC*. Ninguna otra persona puede hacerlo, ni siquiera su **proveedor**.

Evaluaciones y exámenes físicos

Tenemos derecho a que un **médico** de nuestra elección lo examine; los gastos correrán por nuestra cuenta. Esto se hará en momentos razonables siempre que haya certificaciones o reclamos de beneficios pendientes o en revisión.

Registros de gastos

Debe llevar un registro completo de todos sus gastos. Esta información puede llegar a ser necesaria para un reclamo. Es importante que conserve lo siguiente:

- Nombres de **médicos** y otras personas que prestan servicios.
- Fechas en las que se realizan los gastos.
- Copias de todas las facturas y los recibos.

Errores involuntarios y tergiversación de carácter intencional

Errores involuntarios

Usted puede cometer un error involuntario al compartir información con nosotros. Cuando descubrimos el error, podemos hacer un cambio justo en las contribuciones de la prima o en la cobertura. Si esto sucede, le informaremos cuál fue el error. No haremos ningún cambio si el error que descubrimos ocurrió hace más de 2 años.

Tampoco usaremos ninguna declaración hecha para anular, cancelar o no renovar su cobertura, o reducir los beneficios, a menos que esté escrita en una solicitud de inscripción, firmada por el titular del contrato y entregada a usted.

Tergiversación de carácter intencional

Si descubrimos que nos engañó o que distorsionó hechos sustanciales de manera intencional, podemos iniciar acciones que pueden tener consecuencias graves en su cobertura, por ejemplo:

- Rescisión de la cobertura.
- Pérdida de la cobertura a partir de ese momento.
- Rechazo de beneficios.
- Recuperación de montos que ya pagamos.

Además, podemos informar el fraude a las autoridades penales.

Por “rescisión”, se entiende la pérdida de la cobertura desde ese momento y de forma retroactiva. Si pagamos reclamos correspondientes a su cobertura anterior, pediremos la devolución del dinero.

Si rescindimos su cobertura, tiene derechos especiales:

- Recibir un aviso por escrito con 30 días de anticipación.
- Presentar una apelación a Aetna.
- Solicitar la revisión de un tercero, a cargo de una organización de revisión externa independiente.

En ausencia de fraude, cualquier declaración hecha en su solicitud de cobertura se considera una manifestación y no una garantía.

Otros temas relacionados con el dinero

Asignación de beneficios

En general, cuando usted consulta a un **proveedor de la red**, este nos factura directamente a nosotros. Cuando consulta a un **proveedor fuera de la red**, podemos elegir pagarle a usted o pagarle directamente al **proveedor**. En la medida en que lo permita la ley, no aceptaremos la cesión de beneficios a un **proveedor fuera de la red**.

Acción legal

Antes de entablar acciones legales en contra nuestra por algún gasto o factura, debe agotar el proceso de apelaciones interno. Consulte la sección “Quejas, decisiones de reclamos y procedimientos de apelación”. Debe esperar 60 días desde que recibimos el reclamo por escrito para iniciar una acción.

No podrá entablarse ninguna acción legal para recuperar el pago de ningún beneficio una vez transcurridos 3 años desde la fecha límite para presentar reclamos.

Exclusiones por sanciones financieras

Si la cobertura que se ofrece mediante esta *EOC* infringe o infringirá sanciones económicas o comerciales, se considerará nula de inmediato. Por ejemplo, no podemos pagar **servicios cubiertos** si estos infringen un reglamento de sanciones financieras. Esto incluye sanciones de los Estados Unidos a una persona o a un país, a menos que se permita por escrito mediante una licencia de la Oficina de Control de Bienes Extranjeros (OFAC). Puede obtener más información en <https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>.

Reintegro de sobrepagos

A veces, pagamos de más por **servicios cubiertos** o pagamos algo que esta *EOC* no cubre. Si esto ocurre, podemos exigir a la persona que recibió el pago, usted o su **proveedor**, que nos devuelva ese monto. Si no procedemos de esa manera, tenemos derecho a descontar de pagos de beneficios futuros el monto que pagamos por equivocación.

Cuando usted se lesiona por un tercero

Si un tercero le generó la necesidad de recibir cuidado (por ejemplo, un conductor imprudente lo lesionó en un accidente de tránsito), usted puede tener derecho legal a recibir dinero por sus lesiones. Si tiene el derecho legal de recibir dinero de un tercero debido a lesiones que le causó, entonces nosotros tenemos derecho a ese dinero, hasta el monto que pagamos por su cuidado. Si tiene el derecho legal de recibir dinero de uno o más terceros debido a lesiones que le causaron, usted:

- Acepta pagarnos el dinero que reciba de esos terceros debido a sus lesiones.
- Nos otorga el derecho de exigir dinero a esos terceros en su nombre debido a su cuidado.
- Acepta cooperar con nosotros para que podamos recuperar todo el dinero, hasta el monto aplicable que se indica a continuación. Por ejemplo, nos informará, en un plazo de 30 días, cuando intente cobrarles el dinero a esos terceros por sus lesiones o enfermedad. Reservará todo dinero que reciba hasta que nosotros hayamos cobrado todo. Nos dará la prioridad para otorgarnos nuestra parte del dinero que obtenga.
- Acepta notificarnos que va a recibir dinero antes del pago o dentro de los 5 días de haberlo recibido.

Solo exigiremos dinero de su propia cobertura de pagos médicos o para conductor subasegurado o no asegurado (si corresponde) en caso de que usted o su familiar directo no hayan pagado las primas de la cobertura.

Si no está representado por un abogado, podemos recuperar lo que sea menor entre lo siguiente:

- La mitad del dinero que recibe.
- El monto total que nosotros pagamos.

Si está representado por un abogado, podemos recuperar lo que sea menor entre lo siguiente:

- La mitad del dinero que recibe, menos los honorarios del abogado y los costos de recuperación.
- El monto total que nosotros pagamos, menos los honorarios del abogado y los costos de recuperación.

¿Cómo se determinarán los honorarios del abogado?

- Si no utilizamos un abogado: Nosotros (y cualquier otro pagador) le pagaremos a su abogado una tarifa acordada entre nosotros (y otros pagadores) y su abogado, más una parte prorrateada de los gastos de recuperación.
- Si no se llega a ningún acuerdo, el tribunal le otorgará a su abogado una tarifa razonable pagadera por nuestra parte de la recuperación (y la de cualquier otro pagador), que no exceda un tercio de la recuperación.

Si utilizamos un abogado

- El tribunal les otorgará los honorarios a nuestro abogado y a su abogado en función del beneficio acumulado como resultado del servicio de cada abogado. Los honorarios totales del abogado no pueden exceder un tercio de nuestra recuperación (ni de la de cualquier otro pagador).

“Pagador” hace referencia a un emisor del plan que tiene las siguientes características:

- Tiene un derecho contractual de subrogación.
- Le paga beneficios a usted, o en su nombre, por lesiones personales causadas por la conducta delictiva de otra persona.

Un pagador incluye, entre otros, un emisor de lo siguiente:

- Un plan de beneficios de salud que ofrece beneficios para gastos médicos o quirúrgicos realizados debido a una afección, un accidente o una enfermedad.
- Un plan de beneficios por discapacidad.
- Un plan de beneficios de asistencia social para empleados.

Efecto de los beneficios de otras pólizas

Cuando está inscrito en Medicare

Cuando está inscrito en Medicare Parte B, coordinamos los beneficios que pagamos con los beneficios que paga Medicare Parte B. A veces, pagamos beneficios antes de que Medicare los pague y, a veces, los pagamos después de Medicare. Notifíquenos de inmediato si se inscribe en Medicare Parte B mientras tiene la cobertura de esta *EOC*.

Si tiene preguntas sobre Medicare, puede comunicarse con la oficina local de la Administración del Seguro Social.

Indemnización a trabajadores

Si pagamos los beneficios y determinamos que usted ha recibido beneficios de indemnización a trabajadores por el mismo evento, tenemos derecho a que nos devuelvan el pago que hicimos (“recuperación”) como se describe en la sección “Cuando usted se lesiona por un tercero”. Haremos lo posible para recuperar su dinero.

Los derechos de recuperación se aplicarán, aunque ocurra lo siguiente:

- Los beneficios de la indemnización a trabajadores están en discusión o se realizan a través de un acuerdo.
- No se tome una determinación final que establezca que una lesión física o una enfermedad tuvo lugar en el transcurso de su empleo, o como resultado de este.
- El monto de la indemnización a trabajadores por cuidado médico o de salud no es acordado ni definido por usted ni por la compañía de seguros de indemnización a trabajadores.
- Los beneficios médicos o de cuidado de salud están específicamente excluidos del acuerdo de indemnización a trabajadores.

Usted acepta que nos notificará sobre cualquier reclamo de indemnización a trabajadores que realice y que nos reembolsará, según lo descrito más arriba. Si se pagan los beneficios conforme a esta *EOC*, y usted o cualquier dependiente cubierto recuperan el pago o los beneficios de una parte responsable, tenemos derecho a recuperar de usted o de cualquier dependiente cubierto un monto igual al monto que pagamos.

No duplicación de beneficios

Si mientras está cubierto por esta *EOC* también está asegurado por otra *EOC* de cobertura individual de Aetna, se tomarán en cuenta las siguientes cuestiones:

- Solo tiene derecho a los beneficios de la *EOC* con mejores prestaciones.
- Le devolveremos los cargos de primas que haya abonado por la *EOC* con menores beneficios durante el tiempo que haya estado cubierto por ambos planes.

Si mientras está cubierto por esta *EOC* también está asegurado por un plan de grupo de Aetna, se tomarán en cuenta las siguientes cuestiones:

- Solo tiene derecho a los beneficios del plan de grupo.
- Le devolveremos los cargos de primas que haya abonado por la *EOC* individual durante el tiempo que haya estado cubierto por ambos planes.

Su información de salud

Protegeremos su información de salud. Solo la utilizaremos o compartiremos con terceros según sea necesario para brindarle tratamiento y cuidado. También la utilizaremos y compartiremos para procesar los reclamos y administrar su *EOC*.

Puede obtener una copia gratuita de nuestro *Aviso de prácticas de privacidad*. Comuníquese con nosotros.

Cuando acepta obtener la cobertura de esta *EOC*, acuerda que sus **proveedores** compartan su información con nosotros. Necesitamos tener información sobre su estado físico y mental, y sobre el cuidado que recibe.

Glosario

Agencia de cuidado de salud en el hogar

Cualquier agencia con autorización otorgada por ley para prestar servicios de salud en el hogar, como enfermería especializada y otros servicios terapéuticos.

Área de servicio

Es el área geográfica donde se encuentran los **proveedores de la red** de esta *EOC*.

Autorización previa u otorgar la autorización previa

Aprobación previa que les otorgamos a usted o a su **proveedor** antes de que reciba ciertos **servicios cubiertos**. Puede incluir una determinación nuestra que confirme si el servicio es **médicamente necesario** y cumple con los requisitos para tener cobertura.

Cargo negociado

Consulte “Lo que cubre la *EOC* y lo que paga usted” en la sección “Cómo funciona la *EOC*”.

Centro de enfermería especializada

Un centro con una licencia específica para funcionar como **centro de enfermería especializada**, conforme a las leyes vigentes, para brindar cuidado de enfermería especializada. Los **centros de enfermería especializada** también incluyen los siguientes:

- **Hospitales** de rehabilitación.
- Sectores de un **hospital** de rehabilitación.
- **Hospitales** destinados a brindar servicios de rehabilitación o especializados.

El **centro de enfermería especializada** no incluye instituciones que solo brindan lo siguiente:

- Cuidado mínimo.
- Cuidado no médico.
- Cuidado ambulatorio.
- Cuidado de medio tiempo.

No incluye las instituciones que ofrecen principalmente cuidado y tratamiento de **trastornos de salud mental** o **trastornos relacionados con el consumo de sustancias**.

Centro residencial de tratamiento

Una institución con una licencia específica, conforme a las leyes vigentes, para brindar programas residenciales de tratamiento de **trastornos de salud mental** o de **trastornos relacionados con el consumo de sustancias**, o ambos. Está acreditada por nosotros o por una de las siguientes agencias, comisiones o comités para los servicios que presta:

- La Comisión Conjunta (TJC).
- El Comité de Acreditación de Centros de Rehabilitación (CARF).
- El Programa de Acreditación de Centros de Cuidado de Salud (HFAP) de la Asociación Americana de Osteopatía.
- El Consejo de Acreditación (COA).

Además de los requisitos mencionados, la institución debe cumplir con lo siguiente:

- En el caso de los programas residenciales de tratamiento de **trastornos de salud mental**:
 - Un **proveedor de salud emocional y psicológica** debe estar de guardia activa las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Un psiquiatra debe tratar al paciente como mínimo una vez por semana.
 - El director médico debe ser un psiquiatra.
 - No debe ser un programa de tratamiento en la naturaleza (sin importar si el programa forma parte de un **centro residencial de tratamiento** con licencia u otra institución autorizada).
- En el caso de los programas residenciales de tratamiento de **trastornos relacionados con el consumo de sustancias**:
 - Un **proveedor de salud emocional y psicológica** o un profesional debidamente certificado en el estado (consejero certificado en el abuso de drogas y alcohol [CADC], consejero certificado en adicción [CAC], etc.) debe estar de guardia activa durante la programación terapéutica de día y de noche.
 - El director médico debe ser un **médico**.
 - No debe ser un programa de tratamiento en la naturaleza (sin importar si el programa forma parte de un **centro residencial de tratamiento** con licencia u otra institución autorizada).
- En el caso de los programas de **desintoxicación** en un entorno residencial:
 - Un enfermero registrado (RN) debe estar presente en el lugar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - El cuidado residencial debe brindarse bajo la supervisión directa de un **médico**.

Cirugía o procedimiento quirúrgico

El diagnóstico y el tratamiento de una lesión, una deformidad o una enfermedad con métodos manuales e instrumentales, como los siguientes:

- Cortes.
- Abrasión.
- Sutura.
- Destrucción.
- Ablación.
- Extracción.
- Láser.
- Introducción de un catéter (p. ej., cateterismo de corazón o vejiga) o un endoscopio (p. ej., colonoscopia u otros tipos de endoscopia).
- Corrección de fractura.
- Reducción de dislocación.
- Colocación de yeso.
- Inyección en una articulación.
- Inyección de solución esclerosante.
- Otro cambio físico de tejidos y órganos del cuerpo.

Clínica sin cita previa

Un centro de cuidado de salud que brinda cuidado médico limitado, ya sea programado o no programado. Una **clínica sin cita previa** puede encontrarse en los siguientes lugares, o cerca de estos:

- Tienda de productos generales y de farmacia.
- Farmacia.
- Tienda al por menor.
- Supermercado.

Los siguientes lugares no se consideran **clínicas sin cita previa**:

- Centro quirúrgico ambulatorio.
- Sala de emergencias.
- **Hospital.**
- Departamento de cuidado ambulatorio de un **hospital.**
- Consultorio de un **médico.**
- Centro de cuidado de urgencia.

Copago

Es el monto en dólares que usted paga por los **servicios cubiertos**.

Deducible

El **deducible** es el monto anual que paga de desembolso por los **servicios cubiertos** antes de que el plan comience a pagar.

Desintoxicación

El proceso de eliminar alcohol o drogas del organismo de una persona adicta, y de estabilizarla físicamente.

Enfermedad de emergencia

Una enfermedad grave que tiene las siguientes características:

- Requiere cuidado médico de inmediato.
- Hace que una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina considere que la falta de cuidado médico inmediato podría implicar lo siguiente:
 - Poner en peligro la vida o la salud.
 - Ocasionar una disfunción en el cuerpo.
 - Causar una disfunción en alguna parte u órgano del cuerpo.
 - Poner en peligro la salud del feto.
 - Causar desfiguración grave.

Enfermedad terminal

Un pronóstico médico que indica que es probable que usted no viva más de 6 a 24 meses.

Especialista

Un **médico** que ejerce la profesión en una subespecialidad médica o quirúrgica generalmente aceptada.

Farmacia al por menor

Una farmacia de venta al público que despacha medicamentos con **receta** en casos ambulatorios.

Farmacia de especialidad

Una farmacia que abastece **recetas** de medicamentos de especialidad.

Farmacia de órdenes por correo

Una farmacia donde se despachan **medicamentos con receta** legalmente por correo o por una empresa de transporte.

Guía de medicamentos

Una lista de dispositivos y medicamentos con **receta** y sin ella, creada por nosotros o por una filial, en la que se brinda cobertura, se aprueba el pago y se fomentan u ofrecen incentivos. Esta lista no es exhaustiva. Nosotros o una filial podemos revisarla y modificarla solo después de la renovación y con un aviso de 60 días de anticipación dirigido a usted. Si lo solicita, puede obtener una copia. Ingrese en <https://www.aetna.com/individuals-families/find-a-medication.html>.

Habitación y comida

El cargo de un centro por su **internación** durante la noche, y otros servicios y suministros expresados con una tarifa diaria o semanal.

Hospital

Una institución con licencia para funcionar como **hospital** conforme a las leyes vigentes. Es un lugar donde se ofrece cuidado médico. Los pacientes pueden quedar internados para recibir cuidado. También pueden recibir tratamiento y salir ese mismo día. Todos los **hospitales** deben cumplir con determinados estándares de cuidado. Pueden ofrecer cuidado general o cuidado agudo. También pueden ofrecer servicio en un área determinada, como rehabilitación.

Hospital psiquiátrico

Una institución con licencia o certificación para funcionar como **hospital psiquiátrico**, conforme a las leyes vigentes, que le permite ofrecer un programa para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento del alcoholismo, del abuso de drogas o de los **trastornos de salud mental** (incluye **trastornos relacionados con el consumo de sustancias**).

Internación

Una internación continua en un hospital por la cual se cobra un cargo por **habitación y comida**.

Límite máximo de desembolso

El **límite máximo de desembolso** es el monto más alto que una persona cubierta pagará por año en concepto de **copagos y deducible**, si corresponden, por los **servicios cubiertos**.

Médicamente necesario o necesidad médica

Servicios o suministros de cuidado de salud que previenen, evalúan, diagnostican o tratan una enfermedad, una lesión, una afección o sus síntomas, y que presentan todas las características indicadas a continuación a nuestro exclusivo criterio:

- Cumplen con los “estándares de práctica médica generalmente aceptados”.
- Son apropiados desde el punto de vista clínico, en cuanto a tipo, frecuencia, alcance, ubicación, lugar del servicio y duración, y se consideran eficaces para su enfermedad, lesión o afección.
- No tienen como fin principal su comodidad, la comodidad de su **médico** o de otro **proveedor** del cuidado de la salud.
- No son más costosos que un servicio o secuencia de servicios alternativos con análisis clínicos que tengan, por lo menos, las mismas probabilidades de causar resultados diagnósticos o terapéuticos equivalentes en lo que respecta al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, la lesión o la afección.

Los estándares de práctica médica generalmente aceptados tienen estas características:

- Están basados en pruebas científicas confiables que han sido publicadas en trabajos médicos revisados por pares profesionales, generalmente reconocidos por la comunidad médica relevante.
- Concuerdan con los estándares estipulados en nuestras políticas clínicas y aplican juicio clínico.

Nota importante:

Desarrollamos y mantenemos boletines de políticas clínicas que describen los estándares de práctica médica generalmente aceptados, las pruebas científicas confiables y las pautas clínicas predominantes que apoyan nuestras decisiones en relación con servicios específicos. Usamos estos boletines y otros recursos para orientar las decisiones de cobertura individualizadas conforme a nuestros planes y para determinar si una intervención es **médicamente necesaria**, se encuentra **en etapa de prueba o de investigación** o es **de eficacia no demostrada**. Están sujetos a cambios. Puede encontrar estos boletines y otra información en at <https://www.aetna.com/health-care-professionals/clinical-policy-bulletins.html>. También puede comunicarse con nosotros. Consulte la sección “Comuníquese con nosotros” para saber cómo.

Medicamento con receta de marca

Un medicamento aprobado por la FDA con un nombre o una marca comercial específicos dados por la compañía que lo fabrica, que, por lo general, es la misma compañía que lo desarrolla y patenta.

Medicamento genérico con receta

Un medicamento aprobado por la FDA con el mismo uso previsto que el producto de marca y que se considera tan eficaz como aquel. Presenta la misma:

- Dosis.
- Seguridad.
- Concentración.
- Calidad.
- Eficacia.

Medicamentos administrados por un médico

Un medicamento con **receta** en casos ambulatorios, que no sea una vacuna con estas características:

- Razonablemente no pueda ser:
 - Autoadministrada.
 - Administrada por una persona que lo esté asistiendo con la autoadministración.
- En general es administrada:
 - Por un **médico** u otro **proveedor** del cuidado de la salud autorizado conforme las leyes de Texas para administrar el medicamento, incluido cuando se realiza bajo la delegación y la supervisión de un **médico**.
 - En el consultorio de un **médico**.

Medicamentos con receta

Una indicación escrita por un **médico** u otro proveedor que autoriza a un paciente a recibir un servicio, un suministro, un medicamento o un tratamiento.

Medicamentos de especialidad con receta

Un medicamento con **receta** aprobado por la FDA que suele tener un costo más elevado y que requiere almacenamiento, manejo o control especiales. Estos medicamentos pueden administrarse por:

- Vía oral (boca).
- Vía tópica (piel).
- Inhalación (nariz o boca).
- Inyección (jeringa).

Médico

Un **profesional de la salud** con capacitación y licencia para ejercer la medicina y recetar medicamentos conforme a las leyes del estado donde la ejerce; en concreto, con un título en Medicina u Osteopatía. En algunas pólizas, un **médico** también puede ser un **proveedor de cuidado primario (PCP)**.

Profesional de la salud

Una persona con autorización otorgada por ley para prestar servicios de cuidado de salud al público, por ejemplo, **médicos**, enfermeros y terapeutas físicos.

Proveedor

Un **médico**, un farmacéutico, un **profesional de la salud**, una persona o un centro con licencia o certificación conforme a la ley para prestarle servicios de cuidado de salud. Si la ley estatal no tiene estipulaciones sobre la licencia o certificación, la persona o el centro deben reunir todos los estándares de aprobación de Medicare, aunque no participen en Medicare.

Proveedor de cuidado primario (PCP)

Un **proveedor** que reúne las siguientes características:

- Aparece en el directorio como **PCP**.
- Es seleccionado por usted de la lista de **PCP** que figura en el directorio.
- Supervisa, coordina y le brinda el cuidado inicial y los servicios médicos básicos.
- Inicia **remisiones** para que se reciba cuidado de un **especialista**, si la **EOC** lo establece, y mantiene la continuidad del cuidado de los pacientes.
- Figura en nuestros registros como su **PCP**.

Un **PCP** puede ser cualquiera de los siguientes **proveedores**:

- Médico general.
- **Médico** de familia.
- Internista.
- Enfermero facultativo.
- Pediatra.
- Obstetra, ginecólogo y obstetra-ginecólogo.
- Grupo médico, consultorio de cuidado primario o cualquier otro proveedor que el plan permita.

Proveedor de la red

Un **proveedor** que figura en el directorio de su *EOC*.

Proveedor de salud emocional y psicológica

Un **profesional de la salud** con licencia o certificación para brindar los **servicios cubiertos** de salud mental y de tratamiento de **trastornos relacionados con el consumo de sustancias** en el estado en donde ejerce la profesión.

Proveedor de servicios dentales

Una persona legalmente calificada para brindar servicios o suministros dentales.

Proveedor fuera de la red

Un **proveedor** que no es un **proveedor de la red** o un **proveedor de la red** que se visita sin una **remisión**.

Remisión

Es una autorización escrita o electrónica que otorga su **PCP** para enviarlo a un **proveedor de la red** que pueda ofrecerle servicios o suministros **médicamente necesarios**.

Servicio cubierto

Los beneficios cubiertos por la *EOC* sujetos a diferentes costos compartidos. Se refieren a lo siguiente:

- Están descritos en “Prestación de servicios cubiertos”.
- No se mencionan como excluidos en “Prestación de servicios cubiertos” de la sección “Cobertura y exclusiones” ni en la sección “Exclusiones generales de la *EOC*”.
- No exceden ninguno de los límites de la *Lista de beneficios*.
- Son **médicamente necesarios**. Para obtener más información, consulte “Requisitos de necesidad médica, remisión y autorización previa” en la sección “Cómo funciona la *EOC*”. Consulte también la sección “Glosario”.

Servicios de emergencia

El tratamiento suministrado en la sala de emergencias de un **hospital** o en un servicio de emergencias independiente. Incluye la evaluación de una **enfermedad de emergencia** y el tratamiento para estabilizarla. Un “servicio de emergencias independiente” hace referencia a un centro de cuidado de salud que está geográficamente separado de un **hospital**, es distinto de él y tiene otro tipo de licencia, que proporciona **servicios de emergencia**.

Servicios en etapa de prueba o investigación o de eficacia no demostrada

Consideramos a un medicamento, dispositivo, procedimiento, suministro, tratamiento, prueba o tecnología está **en etapa de prueba o investigación o es de eficacia no demostrada** si se da alguna de las siguientes condiciones:

- No se ha demostrado que sea seguro y efectivo para el tratamiento o diagnóstico de la enfermedad o afección para la que se destina mediante ensayos clínicos o estudios de cohortes realizados rigurosamente publicados en bibliografía científica basada en pruebas y revisada por pares.
 - Un ensayo clínico realizado rigurosamente hace referencia a un ensayo aleatorizado y controlado en el cual la intervención experimental se compara con un grupo de control que recibe cuidado de acuerdo con las mejores prácticas y los participantes del estudio son asignados aleatoriamente al grupo experimental o al de control.
 - Un estudio de cohortes realizado rigurosamente hace referencia a un estudio de cohortes prospectivo de más de una institución donde la intervención experimental se compara con un grupo de sujetos que reciben cuidado de acuerdo con las mejores prácticas y en las que el grupo de comparación y el grupo de intervención experimental deben ser comparables en todos los aspectos relevantes.
- No existe aprobación ni una autorización de la FDA para comercializarlo para el uso propuesto.
- Una sociedad médica o dental nacional o agencia reguladora médica ha determinado por escrito que está **en etapa de prueba o investigación o es de eficacia no demostrada**, o que su propósito principal es investigativo.
- Está sujeto a un ensayo clínico de fase I o fase II, o al grupo de prueba o investigación de un ensayo clínico de fase III. Los define la FDA y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Las formas de consentimiento o procedimiento por escrito utilizados por un **proveedor** de un centro expresan que está **en etapa de prueba o investigación o es de eficacia no demostrada**.

Tarifa de habitación semiprivada

El cargo por **habitación y comida** que una institución aplica a la mayoría de las camas en sus habitaciones con 2 camas o más. Si el lugar no tiene estas habitaciones, calcularemos la tarifa en función de la que se cobra más frecuentemente en instituciones similares de la misma área geográfica.

Telemedicina

Servicio de cuidado de salud que brinda un **médico** con licencia en el estado de Texas, o un **profesional de la salud** por delegación de un **médico** con licencia y bajo su supervisión, conforme al alcance de su licencia en una ubicación física diferente a la del paciente mediante el uso de telecomunicaciones y tecnología de la información.

Teleodontología

Servicio de cuidado salud que brinda un dentista o un **profesional de la salud** mediante el uso de telecomunicaciones y tecnología de la información por delegación de un dentista que se encuentra en una ubicación física diferente a la del paciente, bajo la supervisión de dicho dentista y conforme al alcance de su licencia o certificación.

Telesalud

Servicio de salud, que no sea un servicio médico de **telemedicina**, que brinda un **profesional de la salud** con licencia, certificado o autorizado de otra manera a ejercer en el estado de Texas conforme al alcance de su licencia, certificación o autorización en una ubicación física diferente a la del paciente mediante el uso de telecomunicaciones y tecnología de la información.

Trastorno de la articulación de la mandíbula

Esto hace referencia a lo siguiente:

- Una disfunción de la articulación temporomandibular o cualquier trastorno similar de la articulación de la mandíbula.
- Un síndrome miofascial de la mandíbula.
- Cualquier trastorno similar de la relación entre la articulación de la mandíbula, y los músculos y nervios relacionados.

Trastorno de salud mental

En general, el término **trastorno de salud mental** hace referencia a un conjunto de síntomas o comportamientos asociados con una dificultad e interferencia en el desempeño personal. La definición completa de **trastorno de salud mental** aparece en la última edición del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)” de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Trastorno relacionado con el consumo de sustancias

El consumo de drogas, según se define en la última edición del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)” publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, que afecta directamente al sistema de recompensa del cerebro en una cantidad o frecuencia que causa problemas con las actividades normales.



Apéndice A

Mapa de las áreas de servicio

7 de agosto de 2019

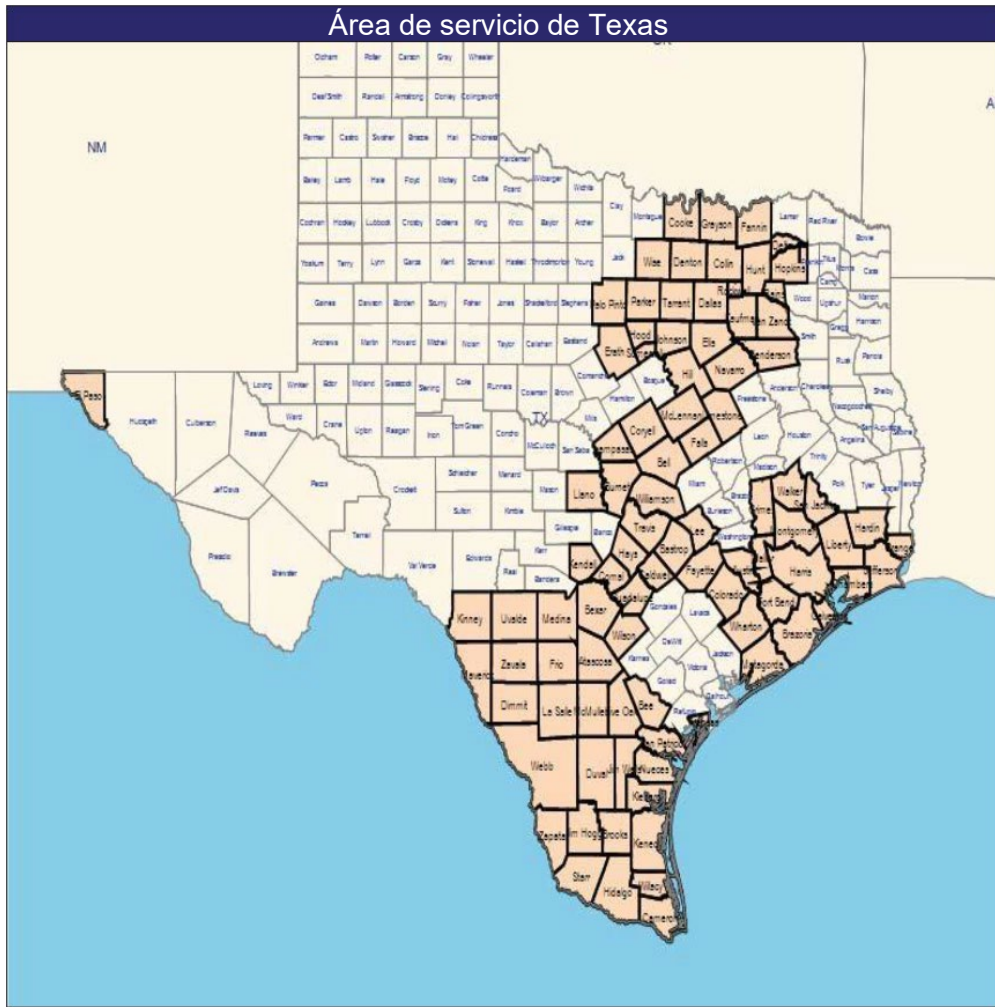
Creado por...

Gerencia de la red de Aetna

Áreas de servicio

En todo el estado

109.14 millas



Declaración de derechos según la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

Según la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos, los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud que ofrecen cobertura de seguro de salud de grupo no pueden, por lo general, reducir la duración de la internación por parto en el hospital a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de un parto por cesárea, tanto para la madre como para el niño recién nacido. Sin embargo, el plan o el emisor pueden pagar una internación más corta si el proveedor tratante (por ejemplo, su médico, enfermero obstetra o asociado médico), después de consultar con la madre, adelanta el alta para la madre o el recién nacido.

También, según la ley federal, los planes y los emisores no pueden fijar el nivel de beneficios o los costos de desembolso de manera tal que cualquier período posterior de la internación de 48 horas (o 96 horas) sea considerado de una manera menos favorable para la madre o para el recién nacido que cualquier otro período anterior de la internación.

Además, un plan o un emisor no pueden, según la ley federal, requerir que usted, su médico u otro proveedor del cuidado de la salud obtengan autorización para indicar una internación de 48 horas (o 96 horas) como máximo. Sin embargo, es posible que usted deba obtener precertificación para los días de internación que superen las 48 horas (o 96 horas). Para obtener más detalles sobre la precertificación, comuníquese con el administrador del plan.

Aviso sobre la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

De acuerdo con este plan de salud, según lo requiere la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act) de 1998, una persona que recibe beneficios por una mastectomía y que elige la posterior reconstrucción del seno recibirá cobertura para lo siguiente:

- (1) Todas las etapas de reconstrucción del seno al que se le practicó una mastectomía.
- (2) Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica.
- (3) Prótesis.
- (4) Tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos linfedemas.

Esta cobertura se brindará previa consulta con el médico tratante y la paciente, y se suministrará de acuerdo con el diseño del plan, las limitaciones, los copagos, los deducibles y los requisitos de remisión, si los hubiera, tal como se indica en los documentos de su plan.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestra cobertura de mastectomías y cirugía reconstructiva, comuníquese con el número de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación.

Para obtener más información, puede visitar el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, <http://www.cms.gov/home/regsguidance.asp>, y sitio web del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/employers-and-advisers/plan-administration-and-compliance/health-plans>.

AVISOS IMPORTANTES SOBRE LA REFORMA DEL CUIDADO DE SALUD

ELECCIÓN DE PROVEEDORES

Si su plan de Aetna generalmente exige o permite la designación de un proveedor de cuidado primario, usted tiene derecho a elegir cualquier proveedor de cuidado primario que participe en nuestra red y esté disponible para aceptarlos a usted y a los miembros de su familia. En el caso de que el plan o la cobertura de seguro de salud deban designar automáticamente a un proveedor de cuidado primario, Aetna lo hará por usted hasta que usted designe uno. En caso de ser miembro actual, para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de cuidado primario y tener acceso a una lista de proveedores de cuidado primario participantes, llame al número de contacto de Aetna que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

Si el plan de Aetna le permite seleccionar un proveedor de cuidado primario para su hijo, puede elegir un pediatra como dicho proveedor.

Si el plan de Aetna brinda cobertura para cuidado de obstetricia o ginecología, y requiere que usted designe a un proveedor de cuidado primario, no necesita autorización previa de Aetna ni de ninguna otra persona (incluido su proveedor de cuidado primario) para recibir cuidado de obstetricia o ginecología de un profesional del cuidado de la salud de nuestra red especialista en este tipo de cuidado. Sin embargo, es posible que el profesional del cuidado de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para algunos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado previamente o respetar algún procedimiento para hacer remisiones. En caso de ser miembro actual, para tener acceso a una lista de profesionales del cuidado de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, llame al número de contacto de Aetna que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

Aviso de confidencialidad

Aetna considera que la información personal es confidencial y aplica políticas y procedimientos para protegerla contra su uso y divulgación ilegal. Con “información personal”, nos referimos a la información relacionada con la salud o la condición física o mental de un miembro, a la prestación de cuidado de salud al miembro o al pago de la prestación de cuidado de salud o de beneficios por discapacidad o de vida al miembro. La información personal no incluye la que está a disposición del público ni la que está disponible o se informa de manera resumida o como agregado, pero que no identifica al miembro.

Cuando es necesario o apropiado para su cuidado o tratamiento, la operación de nuestros planes de seguros de salud, de discapacidad o de vida, u otras actividades relacionadas, utilizamos la información personal de manera interna, la compartimos con nuestras filiales y la comunicamos a los siguientes: proveedores del cuidado de la salud (médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros prestadores de salud); pagadores (organizaciones proveedoras de cuidado de salud, empleadores que patrocinan planes de salud autofinanciados o que comparten la responsabilidad del pago de los beneficios, y otros que puedan ser financieramente responsables del pago de los servicios o beneficios que usted recibe en virtud de su plan); otras compañías de seguros, administradores de terceros, prestadores, consultores, autoridades gubernamentales y sus respectivos representantes. Estas partes están obligadas a mantener la confidencialidad de la información personal según lo establecen las leyes aplicables. En nuestros planes de salud, los proveedores participantes de la red también están obligados a ofrecerle acceso a sus registros médicos dentro de un tiempo razonable a partir de su pedido.

Entre algunas de las maneras en que se utiliza la información personal se incluyen: pago de reclamos; revisión y manejo de la utilización; revisiones de necesidad médica; coordinación del cuidado y beneficios; salud preventiva, detección temprana, rehabilitación vocacional y manejo de enfermedad y de casos; actividades de evaluación y mejora de la calidad; actividades de auditoría y antifraude; medición de rendimiento y evaluación de resultados; análisis e informe de reclamos de salud, discapacidad y vida; investigación de servicios de salud, de discapacidad y vida; manejo de sistemas de datos e información; cumplimiento de requerimientos legales y reguladores; manejo de formularios; procedimientos de litigio; transferencia de pólizas o contratos hacia y desde otras compañías de seguros; administradores de HMO y de terceros; actividades de evaluación de riesgos; y actividades de diligencia debida en relación con la compra o venta de algunos de nuestros negocios, o todos ellos. Consideramos que estas actividades son fundamentales para la operación de nuestros planes de salud, discapacidad y vida. En la medida en que la ley lo permite, utilizamos y divulgamos la información personal indicada anteriormente sin el consentimiento del miembro. Sin embargo, reconocemos que muchos miembros no desean recibir material de mercadeo no solicitado que no tiene relación con sus beneficios de salud, discapacidad y vida. No divulgamos información personal con fines de mercadeo, a menos que el miembro lo consienta. También contamos con políticas referidas a algunas circunstancias en las cuales los miembros no pueden dar su consentimiento.

Para obtener una copia de nuestro *Aviso de prácticas de privacidad*, en el que se describen en más detalle nuestras prácticas referidas al uso y a la divulgación de la información personal, llame al número gratuito de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio web en www.aetna.com.

Lista de beneficios

En este documento (*Lista de beneficios*), se incluyen los **deducibles** y **copagos**, si los hubiera, que se aplican a los **servicios cubiertos** que usted recibe de conformidad con este plan. Léala para conocer dichos montos y los límites que se aplican a los **servicios cubiertos**. Esta lista reemplaza cualquier otra que se le haya enviado antes.

Cómo funciona el costo compartido

- Usted es responsable de pagar los **deducibles** y los **copagos**, si corresponden.
- Usted paga el monto total de cualquier servicio de cuidado de salud recibido que no sea un **servicio cubierto**.
- Existen límites para algunos **servicios cubiertos** en este plan. Por ejemplo, podrían ser límites de visitas o de días.

Nota importante:

Todos los **servicios cubiertos** están sujetos al **deducible** por año calendario, al **límite máximo de desembolso** y a límites o **copagos**, a menos que se indique lo contrario en esta lista. La sección "Facturas inesperadas" de la *EOC* explica su protección contra una factura inesperada.

Comuníquese con nosotros

Estamos aquí para responder sus preguntas. Consulte la sección "Comuníquese con nosotros" de la *EOC*.

Características del plan

Deducible

Seguirá pagando **copagos** o **coseguro**, si corresponden, por los **servicios cubiertos** después de que alcance el **deducible**.

Deducible	Red
Individual	\$0 por año.
Familiar	\$0 por año.

Deducible para medicamentos con receta en casos ambulatorios

Se aplica un **deducible** por separado a los medicamento **con receta**.

Seguirá pagando **copagos**, si corresponden, por los **servicios cubiertos** después de que alcance el **deducible**.

Deducible	Red
Individual	\$2,000 por año.
Familiar	\$4,000 por año.

Límite máximo de desembolso

Límite máximo de desembolso	Red
Individual	\$9,195 por año.
Familiar	\$18,390 por año.

Sus **copagos** no excederán el 50 % del costo total de los servicios prestados ni el 200 % del costo total de la **prima** anual. Si sus **copagos** han excedido el 200 % del costo total de la **prima** anual, deberá presentar una *Explicación de beneficios (EOB)* detallada donde se indiquen las fechas y el monto total de los **copagos** pagados.

Límite máximo de desembolso individual

Es posible que este plan tenga un **límite máximo de desembolso** individual y un **límite máximo de desembolso** familiar. En cuanto al **límite máximo de desembolso** individual, cada persona debe alcanzar su **límite máximo de desembolso** por separado. Después de que usted o sus dependientes cubiertos alcanzan el **límite máximo de desembolso** individual, este plan paga el 100 % del cargo que cumple con los requisitos por los **servicios cubiertos** que se aplicaría para calcular el límite durante el resto del año para esa persona.

Límite máximo de desembolso familiar

Después de que usted o sus dependientes cubiertos alcanzan el **límite máximo de desembolso** familiar, este plan paga el 100 % del cargo que cumple con los requisitos por los **servicios cubiertos** que se aplicaría para calcular el límite durante el resto del año para todos los miembros de la familia cubiertos. El **límite máximo de desembolso** familiar es un **límite máximo de desembolso** acumulativo para todos los miembros de la familia.

Para alcanzar este **límite máximo de desembolso** por lo que resta del año, debe ocurrir lo siguiente:

- El **límite máximo de desembolso** familiar se alcanza mediante una combinación de miembros de la familia.
- Ninguna persona de la familia contribuye más que el monto del **límite máximo de desembolso** individual en un año.

Algunos costos que usted pague no se aplicarán para el **límite máximo de desembolso**. Por ejemplo:

- Todos los costos de cualquier servicio de cuidado de salud recibido que no sea un **servicio cubierto**.

Su responsabilidad financiera y decisiones con respecto a los beneficios

Para calcular su responsabilidad financiera por el costo de servicios, tomamos como base el momento en que se brinda el servicio o el suministro, y no el momento en el que se realiza el pago. Los beneficios se prorratan para dar cuenta de los tratamientos o partes de las **internaciones** que ocurran en más de un año. Las decisiones sobre cuándo los beneficios están cubiertos quedan sujetas a los términos y las condiciones de la *EOC*.

Servicios cubiertos

El costo compartido de un **servicio cubierto** que no figure en la lista con un costo compartido específico depende del lugar donde se preste el **servicio cubierto**; los beneficios serán iguales a los detallados en cada categoría de **servicios cubiertos** en esta *Lista de beneficios*.

Inyecciones para tratar alergias

Descripción	Red
Sin una visita al consultorio del médico o del especialista	Según el lugar donde se preste el servicio cubierto , los beneficios serán iguales a los detallados en cada categoría de servicios cubiertos en esta <i>Lista de beneficios</i> .

Tratamiento y pruebas de alergias

Descripción	Red
En el consultorio del médico o del especialista	Según el lugar donde se preste el servicio cubierto , los beneficios serán iguales a los detallados en cada categoría de servicios cubiertos en esta <i>Lista de beneficios</i> .

Enfermedad de Alzheimer

Descripción	Cobertura dentro de la red
Enfermedad de Alzheimer	Según el lugar donde se preste el servicio cubierto , los beneficios serán iguales a los detallados en cada categoría de servicios cubiertos en esta <i>Lista de beneficios</i> .

Servicio de ambulancia

Descripción	Red
Traslado de emergencia en ambulancia	\$2,200 (no corresponde ningún deducible).
Traslado que no es de emergencia en ambulancia	\$2,200 (no corresponde ningún deducible).

Nota importante:

Los servicios prestados por un proveedor de ambulancia aérea fuera de la red tendrán la misma cobertura que los servicios prestados por un **proveedor de la red**, independientemente del estado de emergencia. Esto incluye aplicar costos compartidos para el **desembolso máximo** dentro de la red. Un proveedor de ambulancia aérea fuera de la red no puede facturarle el saldo o intentar cobrarle costos que superen los requisitos de costo compartido dentro de la red, como **copagos**, excepto para los servicios no cubiertos por el plan.

Nota importante:

- Los **proveedores fuera de la red** no tienen contrato con nosotros. Le pagaremos al **proveedor** nuestra tarifa habitual o un cargo acordado. Es posible que el **proveedor** no acepte el pago de su costo compartido (**copago**) como pago total. Puede recibir una factura con la diferencia entre el monto facturado por el **proveedor** y el monto pagado por este plan. Si el **proveedor** le factura un monto que supera la parte que le corresponde pagar a usted, no es responsabilidad suya pagarlo.
- Envíenos la factura a la dirección que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. Resolveremos con el **proveedor** cualquier disputa relacionada con el pago de ese monto. Asegúrese de que el número de identificación de miembro figure en la factura.

Análisis aplicado del comportamiento

Descripción	Red
Análisis aplicado del comportamiento	\$0 (no corresponde ningún deducible).

Trastorno del espectro autista

Descripción	Red
Terapias física, ocupacional y del habla para el trastorno del espectro autista	\$0 (no corresponde ningún deducible).

Salud emocional y psicológica

La cobertura para los **trastornos de salud mental** y los **trastornos relacionados con el consumo de sustancias** se brinda conforme a los mismos términos y condiciones que para cualquier otra enfermedad.

Descripción	Red
Servicios con internación	El costo compartido es el mismo que para los servicios indicados en "Cuidado en hospital ".
Visita ambulatoria al consultorio de un médico o de un proveedor de salud emocional y psicológica (incluye consultas de telemedicina o telesalud)	\$0 (no corresponde ningún deducible).
Otros servicios para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios de salud emocional y psicológica en el hogar, tratamiento con internación parcial y programa ambulatorio intensivo El costo compartido no corresponde para los servicios de asesoramiento de apoyo de pares dentro de la red (incluye consultas de telemedicina o telesalud), después de alcanzar el deducible , en caso de tener uno.	\$0 (no corresponde ningún deducible).

Cuidado dental

Cuidado dental para adultos

La cobertura se limita a personas cubiertas de 19 años y mayores.

Descripción	Red
Chequeo dental para adultos (servicios de tipo A)	0 % (no corresponde ningún deducible).
Servicio dental básico para adultos (servicios de tipo B)	50 % (no corresponde ningún deducible).
Servicio dental mayor para adultos (servicios de tipo C) Corresponde un período de espera de 6 meses independientemente de la cobertura anterior.	50 % (no corresponde ningún deducible).
Límite por año	Máximo de \$1,000 para todos los servicios dentales (chequeo, básico y mayor). Se aplica un deducible de \$50 por separado a servicios básicos y mayores.

Cuidado preventivo y de diagnóstico (servicios de tipo A)

Visitas y exámenes

- Evaluaciones orales (2 visitas por año o 2 visitas de rutina y 2 visitas centradas en un problema por año).
- Profilaxis (limpieza) (2 tratamientos por año).

Imágenes y patología

- Imágenes de mordida: 1 conjunto por año.
- Película panorámica: 1 conjunto por año.

Cuidado restaurativo básico (servicios de tipo B)

Visitas y exámenes

- Tratamiento paliativo de emergencia, por visita.

Imágenes y patología

- Imágenes periapicales.

Servicios restaurativos

Las restauraciones múltiples sobre 1 superficie se considerarán una única restauración.

- Restauraciones con amalgama.
- Restauraciones con resina compuesta (excepto en molares).

Cuidado restaurativo mayor (servicios de tipo C)

Servicios restaurativos

Las coronas (se excluyen las coronas temporales) están cubiertas solo como tratamiento por caries o **lesión** traumática aguda y solo cuando los dientes no se puedan restaurar con material de relleno o cuando el diente sirva como estribo para un puente fijo. La cobertura está limitada a 1 por diente cada 8 años. (Consulte la sección "Norma de reemplazo").

- Coronas.
- Perno y núcleo.
- Reparaciones: corona.
- Recementación.

Endodocia.

- Recubrimiento pulpar.
- Desbridamiento pulpar.
- Tratamiento pulpar.
- Pulpotomía.
- Terapia de conducto radicular y retratamiento de esta.
 - Diente anterior.
 - Diente bicúspide.
 - Diente molar.

Periodocia.

- Mantenimiento periodontal (2 por año).
- Limadura de raíces, 1 a 3 dientes por cuadrante (1 por sitio cada 2 años).
- Limadura de raíces, 4 o más dientes por cuadrante (4 cuadrantes separados cada 2 años).

- Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente.
- Gingivectomía o gingivoplastia, 1 a 3 dientes por cuadrante (1 por sitio cada 3 años).
- Gingivectomía o gingivoplastia, 4 o más dientes por cuadrante (1 por cuadrante cada 3 años).
- Procedimiento de colgajo gingival, 1 a 3 dientes por cuadrante (1 por sitio cada 3 años).
- Procedimiento de colgajo gingival, 4 o más dientes por cuadrante (1 por cuadrante cada 3 años).
- Colgajo posicionado apicalmente.
- Cambio no programado de apósito (por una persona que no sea el **dentista** tratante o su personal).
- Cirugía ósea (incluido colgajo y cierre), 1 a 3 dientes por cuadrante (1 por sitio cada 3 años).
- Cirugía ósea (incluido colgajo y cierre), 4 o más dientes por cuadrante (1 por cuadrante cada 3 años).
- Procedimientos de injerto de tejido blando.
- Desbridamiento de toda la boca: 1 de por vida.

Prostodoncia

La primera colocación de una dentadura postiza está cubierta solo si es necesario para reemplazar dientes que se extrajeron mientras la cobertura estaba vigente y que no eran estribos para una dentadura postiza de menos de 8 años. (Consulte la sección “Norma del diente faltante no reemplazado”). El reemplazo de las dentaduras postizas existentes se limita a 1 cada 8 años. (Consulte la sección “Norma de reemplazo”).

- Dentaduras postizas completas y parciales (las tarifas para las dentaduras postizas completas y parciales incluyen recubrimientos, rebases y ajustes realizados dentro de los 6 meses posteriores a la colocación. Las tarifas por los recubrimientos y rebases incluyen todos los ajustes realizados dentro de los 6 meses posteriores a la colocación. Las técnicas y caracterizaciones especiales no cumplen con los requisitos).
 - Dentadura postiza completa superior e inferior.
 - Dentadura postiza parcial superior e inferior (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales).
 - Dentadura postiza parcial unilateral removible.
- Rompefuerzas.
- Dentadura postiza parcial provisional (placa sujetadora), solamente anterior.
- Recubrimiento (parcial o completo).
- Rebase, por dentadura postiza.
- Reparaciones: dentadura postiza parcial y completa.
- Adición de dientes y enganches a dentadura postiza parcial existente.
- Reparaciones.

Cirugía oral

- Extracciones, diente erupcionado o raíz expuesta.
- Remoción quirúrgica de diente erupcionado.
- Remoción de diente impactado, tejido blando.
- Remoción quirúrgica de raíces de dientes residuales.
- Biopsia de tejido oral.
- Alveoloplastia.
- Incisión y drenaje de abscesos.

Anestesia general y sedación intravenosa

Anestesia general y sedación intravenosa cubiertas cuando se brindan como parte de un procedimiento quirúrgico con cobertura.

- Evaluación de un anesthesiólogo para sedación profunda o anestesia general.

Equipo médico duradero

Descripción	Red
Equipo médico duradero	50 % (no corresponde ningún deducible)

Servicios de emergencia

Se aplica un costo compartido por separado para las visitas a la sala de emergencias de un **hospital** (o a un centro independiente de cuidado médico de emergencia o un centro comparable), por cada visita a una sala de emergencias.

Descripción	Red
Sala de emergencias de un hospital (o centro independiente de cuidado médico de emergencia o centro comparable)	\$2,200 (no corresponde ningún deducible).

Nota importante sobre los servicios de emergencia:

Los **proveedores fuera de la red** no tienen contrato con nosotros. Le pagaremos al **proveedor** nuestra tarifa habitual o un cargo acordado. Es posible que el **proveedor** no acepte el pago de su costo compartido como pago total. Puede recibir una factura por la diferencia entre el monto facturado por el **proveedor** y el monto pagado por usted y el plan. Si el **proveedor** le factura un monto que supera su costo compartido, no es responsabilidad suya pagar dicho monto. Envíenos la factura a la dirección que aparece en su tarjeta de identificación. Resolveremos con el **proveedor** cualquier problema relacionado con el pago. Asegúrese de que el número de identificación de miembro figure en la factura. Si ingresa en el **hospital** para una **internación** inmediatamente después de su visita a la sala de emergencias (o centro independiente de cuidado médico de emergencia o centro comparable), no paga el costo compartido, si lo hay, para los servicios brindados en la sala de emergencias. Paga el costo compartido para **internación**, si corresponde.

Servicios de terapia de habilitación

Descripción	Red
Terapias física, ocupacional y del habla	\$0 (no corresponde ningún deducible).

Audífonos, implantes cocleares y servicios relacionados

Descripción	Red
Audífonos, implantes cocleares y servicios relacionados	50 % (no corresponde ningún deducible)
Límite de veces que se puede solicitar el reemplazo de los componentes del procesador del habla externo y controlador del implante coclear	Una vez cada 3 años.

Cuidado de salud en el hogar

Descripción	Red
Ambulatorio	\$85 (no corresponde ningún deducible).
Límite de visitas por año	60

Nota importante sobre el cuidado de salud en el hogar:

Está limitado a 3 visitas intermitentes por día brindadas por una **agencia de cuidado de salud en el hogar**. Una visita equivale a un período de 4 horas o menos. Las visitas intermitentes son periódicas y recurrentes, y las realizan enfermeros especializados para asegurarse de que reciba el cuidado adecuado. Puede ser eximido del requisito de que las visitas sean intermitentes para poder tener una cobertura de hasta 12 horas, con un máximo diario de 3 visitas. Los servicios deben prestarse dentro de los 10 días del alta.

Cuidado de hospicio

Descripción	Red
Servicios con internación	\$2,500 por día para los primeros tres días, no corresponde ningún deducible .
Servicios ambulatorios	\$85 (no corresponde ningún deducible).

Cuidado en hospital

Descripción	Red
Servicios con internación	\$2,500 por día para los primeros tres días, no corresponde ningún deducible .

Nota importante sobre el costo compartido por ingreso o por día:

Se puede aplicar un costo compartido por separado según el centro. Puede aplicarse a cada ingreso o por día hasta un monto máximo por ingreso. Si lo internan en el mismo tipo de centro más de una vez, y el plazo transcurrido entre las internaciones es inferior a 10 días (independientemente de la causa), se aplicará solo un costo compartido por ingreso.

Servicios para tratar la esterilidad y preservación de la fertilidad

Descripción	Red
Preservación de la fertilidad	50 % (no corresponde ningún deducible)

Trastorno de la articulación de la mandíbula

Descripción	Red
Tratamiento del trastorno de la articulación de la mandíbula	Según el lugar donde se preste el servicio cubierto , los beneficios serán iguales a los detallados en cada categoría de servicios cubiertos en esta <i>Lista de beneficios</i> .

Cuidado de maternidad y para recién nacidos

Descripción	Red
Servicios de internación para el parto y el cuidado posparto	\$2,500 por día para los primeros tres días, no corresponde ningún deducible .
En un centro o en el consultorio de un médico	\$0 (no corresponde ningún deducible).

Nota importante sobre el cuidado de maternidad y para recién nacidos:

Cuando recibe servicios de cuidado prenatal brindados por un obstetra, un ginecólogo o un obstetra-ginecólogo, no debe pagar un costo compartido. Sin embargo, sí debe pagarlo cuando recibe servicios para el parto y cuidado de posparto de uno de estos profesionales.

Inyectables administrados por médicos

Descripción	Red
Inyectables administrados por médicos	50 % (no corresponde ningún deducible)

Apoyo nutricional

Descripción	Red
Apoyo nutricional	Según el lugar donde se preste el servicio cubierto , los beneficios serán iguales a los detallados en cada categoría de servicios cubiertos en esta <i>Lista de beneficios</i> .

Cirugía ambulatoria

Descripción	Red
En el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital	\$1,250 (no corresponde ningún deducible).
En un centro que no es un hospital	\$950 (no corresponde ningún deducible).

Servicios prestados por un médico

Proveedor de cuidado primario (PCP)

Descripción	Red
Visitas al consultorio durante el horario de atención (cuidado no quirúrgico ni preventivo) (incluye consultas de telemedicina o telesalud)	\$0 (no corresponde ningún deducible).

Especialista

Descripción	Red
Visitas al consultorio durante el horario de atención (cuidado no quirúrgico) (incluye consultas de telemedicina o telesalud)	\$60 (no corresponde ningún deducible).

Servicios quirúrgicos prestados por médicos

Descripción	Red
Servicios quirúrgicos para pacientes internados	\$0 (no corresponde ningún deducible).
Servicios quirúrgicos ambulatorios	\$300 (no corresponde ningún deducible).
Servicios quirúrgicos prestados en el consultorio	50 % (no corresponde ningún deducible)

Medicamentos con receta en casos ambulatorios

Su costo compartido para los suministros de medicamentos con **receta** de más de 30 días, pero de menos de 90, obtenidos en una **farmacia al por menor** es el mismo que para los medicamentos de los niveles 1, 2 y 3 obtenidos en una **farmacia de órdenes por correo**.

Nivel 1A: medicamentos genéricos con receta de bajo costo

Descripción	Red
Por cada suministro de 30 días obtenido en una farmacia al por menor	\$3 (no corresponde ningún deducible).
Para todos los suministros de más de 30 días, pero de menos de 90, obtenidos en una farmacia de órdenes por correo	\$7.50 (no corresponde ningún deducible).

Nivel 1: medicamentos genéricos con receta preferidos

Descripción	Red
Por cada suministro de 30 días obtenido en una farmacia al por menor	\$30 (no corresponde ningún deducible).
Para todos los suministros de más de 30 días, pero de menos de 90, obtenidos en una farmacia de órdenes por correo	\$75 (no corresponde ningún deducible).

Nivel 2: medicamentos con receta de marca preferidos

Descripción	Red
Por cada suministro de 30 días obtenido en una farmacia al por menor	\$60 (no corresponde ningún deducible).
Para todos los suministros de más de 30 días, pero de menos de 90, obtenidos en una farmacia de órdenes por correo	\$150 (no corresponde ningún deducible).

Nivel 3: medicamentos con receta genéricos y de marca no preferidos

Descripción	Red
Por cada suministro de 30 días obtenido en una farmacia al por menor	40 % después del deducible .
Para todos los suministros de más de 30 días, pero de menos de 90, obtenidos en una farmacia de órdenes por correo	40 % después del deducible .

Nota importante:

Si el **cargo negociado** o la tarifa usual y acostumbrada es menor que el **copago**, es posible que solo deba pagar el costo más bajo.

Nivel 4: medicamentos de especialidad con receta

Descripción	Red
Por cada suministro de 30 días obtenido en una farmacia de especialidad	50 % después del deducible .

Medicamentos anticancerígenos con receta administrados por vía oral

Descripción	Red
Por cada suministro de 30 días	\$0 después del deducible aplicable.

Anticonceptivos (control de la natalidad)

La cobertura incluye un suministro de hasta 12 meses por **receta**.

Descripción	Red
Por cada suministro de 30 días de dispositivos y medicamentos genéricos con receta y sin ella	\$0 (no corresponde ningún deducible).
Es posible que reciba un suministro de 3 meses de los medicamentos anticonceptivos cubiertos cuando recibe el medicamento por primera vez.	

Descripción	Red
<p>Por cada suministro de 30 días de dispositivos y medicamentos con receta de marca</p> <p>Es posible que reciba un suministro de 3 meses de los medicamentos anticonceptivos cubiertos cuando recibe el medicamento por primera vez.</p>	El pago depende del nivel del medicamento que aparece más arriba.

Nota importante sobre los anticonceptivos (control de la natalidad):

El costo compartido para medicamentos con **receta** no corresponde para los métodos anticonceptivos si se obtienen en una farmacia de la red. Es decir, se cubren al 100 %. Esto incluye algunos dispositivos y **medicamentos genéricos con receta** y sin ella para los métodos reconocidos por la FDA. Si no hay disponible un **medicamento genérico con receta**, el **medicamento con receta de marca** para ese método se paga al 100 %.

El costo compartido para los medicamentos con **receta** se aplica a los medicamentos con **receta** que tienen un equivalente genérico o una alternativa disponible dentro de la misma clase terapéutica de medicamentos y que se obtienen en una farmacia de la red, a menos que reciba una excepción médica. Una clase terapéutica de medicamentos es un grupo de medicamentos o medicinas que tienen un modo de acción similar o idéntico, o que se usan para el tratamiento de la misma enfermedad o lesión.

Suministros para diabéticos e insulina

Descripción	Red
Por cada suministro de 30 días obtenido en una farmacia al por menor	El pago depende del nivel del medicamento que aparece más arriba.
Por cada suministro de 30 días de suministros para diabéticos e insulina genéricos preferidos o de marca preferidos obtenidos en una farmacia al por menor .	\$25
Para todos los suministros de más de 30 días, pero de menos de 90, obtenidos en una farmacia de órdenes por correo	El pago depende del nivel del medicamento que aparece más arriba.
Para todos los suministros para diabéticos o insulina genéricos preferidos o de marca preferidos de más de 30 días, pero menos de 90 días, obtenidos en una farmacia de órdenes por correo .	\$75

Nota importante sobre los suministros para diabéticos e insulina:

Su costo compartido no superará los \$25 por cada suministro de 30 días de insulina con **receta** cubierto que se obtenga en una farmacia de la red. No corresponde ningún **deducible** para la insulina.

Nota importante:

Cuando se obtiene una renovación de emergencia de suministros para diabéticos, la renovación de emergencia de insulina no debe superar un suministro de 30 días. La cantidad de una renovación de emergencia de equipos o suministros relacionados con la insulina no debe superar la cantidad que sea menor: un suministro de 30 días o el paquete más pequeño disponible.

Apoyo nutricional

Descripción	Cobertura dentro de la red
Apoyo nutricional	El pago depende del nivel del medicamento, según la lista de beneficios que aparece más arriba.

Medicamentos y suplementos de cuidado preventivo y medicamentos con receta para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno

Descripción	Red
Por cada suministro de 30 días obtenido en una farmacia al por menor	\$0 (no corresponde ningún deducible).
Límite	Según las pautas sobre sexo, edad, enfermedad, historia familiar y frecuencia establecidas en las recomendaciones del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. Para obtener una lista actualizada de los medicamentos y suplementos de cuidado preventivo y de los medicamentos con receta para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno cubiertos, consulte la sección “Comuníquese con nosotros” de la <i>EOC</i> .

Medicamentos con receta y sin ella para dejar de consumir tabaco

Descripción	Red
Por cada suministro de 30 días obtenido en una farmacia al por menor El costo compartido es solo para los medicamentos genéricos con receta cuando también hay disponibles medicamentos de marca.	\$0; no corresponde ningún deducible para los primeros dos programas de 90 días de tratamiento. Los programas de tratamiento adicionales se pagarán en virtud del nivel del medicamento que aparece más arriba.
Límite	Según las pautas sobre sexo, edad, enfermedad, historia familiar y frecuencia establecidas en las recomendaciones del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. Para obtener una lista de medicamentos con receta y sin ella para dejar de consumir tabaco cubiertos, consulte la sección “Comuníquese con nosotros” de la <i>EOC</i> .

Nota importante sobre los medicamentos con receta en casos ambulatorios:

Si usted o su **proveedor** solicitan un **medicamento con receta de marca** cubierto cuando hay disponible un **medicamento con receta genérico** equivalente, a usted le corresponde pagar la diferencia de costos entre el medicamento genérico y el de marca, más el costo compartido aplicable al medicamento genérico.

Cuidado preventivo

Descripción	Red
Cuidado preventivo	0 % (no corresponde ningún deducible).
Límite para asesoramiento y apoyo durante la lactancia	6 visitas cada 12 meses en un entorno individual o grupal. Las visitas que superen el límite están cubiertas conforme a lo especificado para los servicios prestados en el consultorio de un médico .
Límite para sacaleches, accesorios y suministros	Sacaleches eléctrico: 1 por año. Sacaleches manual: 1 por embarazo. Suministros y accesorios para sacaleches: 1 compra por embarazo si no se cumplen los requisitos para adquirir un sacaleches nuevo.
Período de espera para sacaleches	Sacaleches eléctrico: 1 año para el reemplazo de un sacaleches existente.
Límite de visitas para asesoramiento sobre consumo indebido de drogas o alcohol	5 visitas cada 12 meses.
Asesoramiento sobre el riesgo de desarrollar cáncer de seno y de ovarios	No está sujeto a ningún límite de edad ni frecuencia.
Límite de visitas para asesoramiento sobre obesidad y dietas saludables	Entre 0 y 22 años de edad: sin límite de visitas. A partir de los 22 años de edad: 26 visitas cada 12 meses, de las cuales hasta 10 pueden utilizarse para asesoramiento sobre dietas saludables.
Límite de visitas para asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual	2 visitas cada 12 meses.
Límite de visitas para asesoramiento para dejar de consumir tabaco	8 visitas cada 12 meses.
Límite de servicios de planificación familiar (anticonceptivos y asesoramiento para mujeres)	Asesoramiento sobre anticonceptivos limitado a 2 visitas cada 12 meses en un entorno individual o grupal. Las visitas que superen el límite están cubiertas conforme a lo especificado para los servicios prestados en el consultorio de un médico .
Límite para vacunas	Según los límites de edad establecidos en las pautas generales respaldadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Para obtener más detalles, comuníquese con su médico .
Cuidado prenatal	Para obtener más información, consulte la sección "Cuidado prenatal" (en "Cuidado preventivo") de la <i>EOC</i> .

Descripción	Red
Límite para exámenes de rutina para detectar cáncer	Según las pautas relacionadas con la edad, la historia familiar y la frecuencia que se establezcan en la versión más actualizada de las siguientes fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Artículos basados en pruebas que tengan una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. • Pautas generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud. <p>Los exámenes para detectar cáncer de pulmón que superen este límite están cubiertos como pruebas ambulatorias de diagnóstico.</p>
Exámenes para detectar cáncer colorrectal	Para adultos mayores de 45 años.
Límite para exámenes físicos de rutina	Según los límites de edad y de visitas establecidos en las pautas generales para niños y adolescentes respaldadas por la Academia Americana de Pediatría, Bright Futures y la Administración de Recursos y Servicios de Salud. <p>Están limitados a lo siguiente: 7 exámenes en personas de 0 meses a 1 año. 3 exámenes en personas de 1 a 2 años. 3 exámenes en personas de 2 a 3 años. Después de esa edad, 1 examen cada 12 meses.</p> <p>Las pruebas de ADN para detectar el virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo en mujeres de 30 años de edad y mayores están limitadas a 1 cada 36 meses.</p>
Límite del examen ginecológico rutina para mujeres sanas	Según los límites de edad y de visitas establecidos en las pautas generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.

Dispositivos protésicos

Descripción	Red
Dispositivos protésicos	50 % (no corresponde ningún deducible)

Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar a corto plazo

Una visita equivale a una sesión de terapia de no más de 1 hora.

Descripción	Red
Rehabilitación cardíaca y pulmonar	\$85 (no corresponde ningún deducible).

Servicios de terapia de rehabilitación a corto plazo

Una visita equivale a una sesión de terapia de no más de 1 hora. Los límites de las visitas de terapia (física, ocupacional, del habla y de manipulación de la columna vertebral) se combinan.

Terapia física ambulatoria

Descripción	Red
Terapia física	\$85 (no corresponde ningún deducible).
Límite de visitas por año	35

Terapia ocupacional ambulatoria

Descripción	Red
Terapia ocupacional	\$85 (no corresponde ningún deducible).
Límite de visitas por año	35

Terapia ambulatoria del habla

Descripción	Red
Terapia del habla	\$85 (no corresponde ningún deducible).
Límite de visitas por año	35

Manipulación de la columna vertebral

Descripción	Red
Manipulación de la columna vertebral	\$85 (no corresponde ningún deducible).
Límite de visitas por año	35

Tratamiento ambulatorio y con internación para una lesión cerebral adquirida

Descripción	Cobertura dentro de la red
Tratamiento ambulatorio y con internación para una lesión cerebral adquirida	Según el lugar donde se preste el servicio cubierto , los beneficios serán iguales a los detallados en cada categoría de servicios cubiertos en esta <i>Lista de beneficios</i> .
Límite de visitas por año	Ninguno.

Centro de enfermería especializada

Descripción	Red
Servicios con internación	\$2,500 por día para los primeros tres días, no corresponde ningún deducible .
Límite	La cobertura está limitada a 25 días por año calendario.

Pruebas, imágenes y estudios de laboratorio (pacientes ambulatorios)

Enfermedades cardiovasculares

Descripción	Cobertura dentro de la red
Enfermedades cardiovasculares	Según el lugar donde se preste el servicio cubierto , los beneficios serán iguales a los detallados en cada categoría de servicios cubiertos en esta <i>Lista de beneficios</i> .

Servicios de imágenes complejas para diagnóstico

Descripción	Red
En un centro	\$750 (no corresponde ningún deducible).
En el consultorio de un médico	\$750 (no corresponde ningún deducible).
En el consultorio de un especialista	\$750 (no corresponde ningún deducible).

Estudios de laboratorio para diagnóstico

Descripción	Red
En un centro	\$85 (no corresponde ningún deducible).
En el consultorio de un médico	\$85 (no corresponde ningún deducible).
En el consultorio de un especialista	\$85 (no corresponde ningún deducible).

Servicios radiológicos para diagnóstico (radiografías)

Descripción	Red
En un centro	\$100 (no corresponde ningún deducible).
En el consultorio de un médico	\$100 (no corresponde ningún deducible).
En el consultorio de un especialista	\$100 (no corresponde ningún deducible).

Nota importante:

Los costos compartidos para mamografías de diagnóstico, ecografías o resonancias magnéticas para evaluar una anomalía del seno o en el caso de que existan antecedentes personales de cáncer de seno o tejido mamario denso se considerarán iguales a los de las mamografías de rutina para detectar cáncer, tal como se describe en la sección “Cuidado preventivo y bienestar”. Los servicios de diagnóstico por imágenes no están sujetos a limitaciones de edad.

Nota importante:

Aunque reciba **servicios de salud que cumplan los requisitos** en un centro de cuidado de salud que sea **proveedor de la red**, es posible que no todos los servicios estén dentro de la red. Algunos servicios que reciba podrían ser brindados por un **médico** o en un centro que sea **proveedor fuera de la red**. Entre los **proveedores** que pueden no ser **proveedores de la red** se incluyen los anestesiólogos, radiólogos, patólogos, neonatólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes quirúrgicos. Podría recibir una factura por los servicios de estos **proveedores fuera de la red**, ya que les pagamos nuestra tarifa habitual o una negociada. Colaboraremos con los **proveedores** para que lo único que usted pague sean los **copagos** correspondientes al nivel de la red. Comuníquese con nosotros si recibió una facturación de saldo por los servicios cubiertos prestados por algún médico o **proveedor**, incluido un médico que trabaja en un centro u otro profesional del cuidado de salud.

Cuidado de seguimiento diagnóstico relacionado con el examen de audición en recién nacidos

Descripción	Cobertura dentro de la red
Examen de audición.	Según el lugar donde se preste el servicio cubierto , los beneficios serán iguales a los detallados en cada categoría de servicios cubiertos en esta <i>Lista de beneficios</i> .

Terapias

Terapia de infusión ambulatoria

Descripción	Red
En el consultorio del médico o en el hogar de la persona	\$60 (no corresponde ningún deducible).
En un centro para pacientes ambulatorios	50 % (no corresponde ningún deducible).

Servicios de trasplantes

Descripción	Dentro de la red (centro IOE participante de planes del Mercado de Seguros Médicos)	Fuera de la red (incluye proveedores de la red de Aetna que no son proveedores de IOE participantes de planes del Mercado de Seguros Médicos)
Servicios y suministros	\$2,500 por día para los primeros tres días, no corresponde ningún deducible .	Sin cobertura

Servicios de cuidado de urgencia

Se aplica un costo compartido por separado de cuidado de urgencia por cada visita a un **proveedor** de cuidado de urgencia.

Descripción	Red
Cuidado médico de urgencia en un centro independiente que no es un hospital	\$50 (no corresponde ningún deducible).

Cuidado de la vista

Cuidado de la vista para adultos

La cobertura se limita a personas cubiertas de 19 años y mayores.

Descripción	Red
Exámenes de la vista para adultos (incluyen exámenes de refracción)	\$10 (no corresponde ningún deducible)
Límite de visitas por año	1 examen completo de ojos de rutina, incluida la dilatación, por año calendario. La cobertura no incluye las visitas al consultorio para la adaptación de lentes de contacto con receta.

Servicios y suministros para el cuidado de la vista

Descripción	Red
Marcos de anteojos, lentes con receta o lentes de contacto con receta	\$0 (no corresponde ningún deducible).

Límites

Descripción	Límite
Límite por año	Un par de anteojos (marcos y lentes con receta) o un par de lentes de contacto regulares, o suministro de hasta 3 meses de lentes de contacto desechables para uso diario o suministro de hasta 6 meses de lentes de contacto de uso extendido.

Descripción	Límite
Límite por año: marcos de anteojos, lentes con receta o lentes de contacto con receta	La cobertura para suministros de la vista (marcos de anteojos, lentes con receta o lentes de contacto con receta) está limitada a \$150 por año.

Cuidado pediátrico de la vista

Las personas cubiertas reciben los beneficios hasta finalizar el mes en el que cumplen los 19 años.

Descripción	Red
Exámenes de la vista pediátricos (incluyen exámenes de refracción)	\$10 (no corresponde ningún deducible).
Límite de visitas por año	1

Servicios y suministros para el cuidado de la vista

Descripción	Red
Marcos de anteojos, lentes con receta o lentes de contacto con receta	\$10 (no corresponde ningún deducible).

Límites

Descripción	Límite
Limitado a uno por año	Un par de anteojos (marcos y lentes con receta) o un par de lentes de contacto regulares, o suministro de hasta 3 meses de lentes de contacto desechables para uso diario o suministro de hasta 6 meses de lentes de contacto de uso extendido.

Nota importante sobre el cuidado de la vista:
 Consulte la sección “Cuidado de la vista” de la *EOC* para obtener más información sobre los servicios y suministros para la vista. Este plan cubrirá la compra de anteojos o de lentes de contacto con **receta**, pero no de ambos. La cobertura no incluye las visitas al consultorio para la colocación de lentes de contacto.

Esterilización voluntaria

Descripción	Red
Vasectomía	50 % (no corresponde ningún deducible)

Visitas a clínicas sin cita previa

No todos los servicios de cuidado preventivo se encuentran disponibles en las **clínicas sin cita previa**. Todos los servicios están disponibles a través de un **médico** de la red.

Descripción	Red
Servicios que no son de emergencia	\$0 (no corresponde ningún deducible).
Consultas de telemedicina para los servicios que no son de emergencia	Según el lugar donde se preste el servicio cubierto , los beneficios serán iguales a los detallados en cada categoría de servicios cubiertos en esta <i>Lista de beneficios</i> .
Vacunas de cuidado preventivo y servicios de asesoramiento y exámenes preventivos (incluye consultas de telemedicina) Para obtener más información, consulte la sección "Cuidado preventivo".	0 % (no corresponde ningún deducible).