

Esta es Su

EVIDENCIA DE COBERTURA

Emitida por

Oscar Insurance Corporation of Ohio

Esta es Su Póliza individual de pago directo para la cobertura de la organización emitida por Oscar Insurance Corporation of Ohio. Esta Póliza, junto con el Programa de Beneficios, las aplicaciones y cualquier enmienda o cláusula que enmiende los términos de esta Póliza, constituyen el acuerdo completo entre Usted y Nosotros.

Usted tiene derecho a devolver esta Póliza. Analícela con atención. Si no está satisfecho, puede devolver esta Póliza y solicitarnos que la cancelemos. La solicitud debe presentarse por escrito dentro de los diez (10) días a partir de la fecha de recepción de dicha Póliza. Reembolsaremos cualquier Prima que se haya pagado, incluidos los honorarios u otros cargos relacionados con la Póliza.

AVISO: SI USTED O LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA CUENTAN CON COBERTURA DE MÁS DE UN PLAN DE CUIDADO DE SALUD, ES POSIBLE QUE NO PUEDA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE AMBOS PLANES. CADA PLAN PUEDE EXIGIRLE QUE SIGA SUS REGLAS O UTILICE MÉDICOS Y HOSPITALES ESPECÍFICOS, Y ES POSIBLE QUE USTED NO PUEDA CUMPLIR CON AMBOS PLANES AL MISMO TIEMPO. LEA TODAS LAS REGLAS CON ATENCIÓN, INCLUIDA LA SECCIÓN SOBRE LA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS, Y COMPÁRELAS CON LAS REGLAS DE CUALQUIER OTRO PLAN QUE BRINDE COBERTURA PARA USTED O SU FAMILIA.

LEA TODA LA PÓLIZA CON ATENCIÓN. ES SU RESPONSABILIDAD COMPRENDER LOS TÉRMINOS Y LAS CONDICIONES QUE SE INCLUYEN EN ESTE DOCUMENTO.

Esta póliza no es una póliza complementaria de Medicare. Si es elegible para Medicare, revise la "Guide to Health Insurance for People with Medicare" (Guía sobre Seguros Médicos para Personas con Medicare), disponible en Oscar.

Esta Póliza se rige según las leyes del estado de Ohio.

Mario Schlosser
Director Ejecutivo de Oscar Insurance Corporation
295 Lafayette Street
NY, NY 10012

ÍNDICE

SECCIÓN 1: DEFINICIONES.....	3
SECCIÓN 2: CÓMO FUNCIONA LA COBERTURA.....	20
SECCIÓN 3: ACCESO AL CUIDADO.....	29
SECCIÓN 4: GASTOS DE COSTOS COMPARTIDOS Y CANTIDAD AUTORIZADA	31
SECCIÓN 5: QUIÉN ESTÁ CUBIERTO.....	33
SECCIÓN 6: SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES	40
SECCIÓN 7: SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS.....	49
SECCIÓN 8: SERVICIOS MÉDICOS DE HOSPITALIZACIÓN	61
SECCIÓN 9: COBERTURA MÉDICA DE EMERGENCIA	66
SECCIÓN 10: SERVICIOS DE AMBULANCIA.....	69
SECCIÓN 11: COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	71
SECCIÓN 12: SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PARA TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	83
SECCIÓN 13: SERVICIOS ADICIONALES, EQUIPOS Y DISPOSITIVOS.....	84
SECCIÓN 14: ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA	95
SECCIÓN 15: OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA	103
SECCIÓN 16: EXCLUSIONES	106
SECCIÓN 17: FACTURAS	114
SECCIÓN 18: REVISIÓN DE UTILIZACIÓN	117
SECCIÓN 19: QUEJAS, APELACIONES Y REVISIÓN EXTERNA	124
SECCIÓN 20: TERMINACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA COBERTURA	134
SECCIÓN 21: DERECHOS DE SUSPENSIÓN TEMPORARIA PARA LOS MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS.....	137
SECCIÓN 22: DERECHO DE CONVERSIÓN A UNA NUEVA PÓLIZA DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN.....	138
SECCIÓN 23: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	139
SECCIÓN 24: DISPOSICIONES GENERALES.....	147

SECCIÓN 1: DEFINICIONES

Curso activo de tratamiento: (A) Un tratamiento activo para una afección que pone en riesgo la vida, definida como una afección o enfermedad que conlleva un alto riesgo de muerte, a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o afección; o (B) Un curso activo de tratamiento contra una afección aguda grave, definida como una enfermedad o afección que requiere de la atención continua compleja que está recibiendo la persona cubierta, como quimioterapia, radioterapia o consultas posoperatorias; o (C) El segundo o tercer trimestre de embarazo; o (D) Un curso tratamiento contra una afección sobre la cual un médico tratante o proveedor de atención médica da fe de que discontinuar la atención empeoraría la situación o interferiría con los resultados anticipados.

Agudo: La aparición de una enfermedad o lesión, o un cambio en la afección del Afiliado, que requeriría cuidado de salud inmediato.

Crédito Fiscal Anticipado para Primas: ayuda económica que reduce Sus impuestos para que Usted y Su familia puedan pagar un seguro médico privado. Puede recibir esta ayuda si cuenta con un seguro médico del Mercado de Seguros y Sus ingresos se encuentran por debajo de un determinado nivel. Los pagos anticipados del crédito fiscal pueden utilizarse de inmediato para reducir la Prima mensual.

Determinación de Beneficios Adversa: Una decisión que toma Oscar:

- Para eliminar, reducir o terminar parcial o totalmente un pago o un servicio de cuidado de salud solicitado, que incluye cualquiera de las siguientes opciones:
 - Una determinación de que un servicio de cuidado de salud no cumple con los requisitos de Oscar de necesidad médica, adecuación, entorno de atención médica, o nivel o eficacia de atención, incluidos tratamientos experimentales o en fase de investigación.
 - Una determinación sobre la elegibilidad de una persona para la cobertura de seguro individual, que incluye la cobertura que se les ofrece a las personas mediante una cobertura grupal que no sea del empleador, para participar en un plan o cobertura de seguro de salud.
 - Una determinación de que un servicio de cuidado de salud no es un beneficio cubierto.
 - La imposición de una exclusión, incluidas exclusiones de afecciones preexistentes, fuente de lesión, red, o cualquier otra limitación sobre los beneficios que, de otro modo, estarían cubiertos.

SECCIÓN 1: DEFINICIONES

- Para no emitir una cobertura de seguro individual para un solicitante, que incluye la cobertura que se les ofrece a las personas mediante una cobertura grupal que no sea del empleador.
- Para rescindir la cobertura en un plan de beneficios de salud.

Cantidad Autorizada o Cantidad Autorizada Máxima: La cantidad máxima en la que se basa Nuestro pago de los Servicios Cubiertos. Consulte la sección Gastos de Costos Compartidos y Cantidad Autorizada de esta Póliza para obtener una descripción de cómo se calcula dicha cantidad.

Centro Quirúrgico Ambulatorio: Un centro actualmente autorizado por la agencia reguladora estatal apropiada para la prestación de servicios quirúrgicos y médicos relacionados de forma ambulatoria.

Representante Autorizado: Una persona que representa a una persona cubierta en una apelación interna o en un proceso de revisión externa de una Determinación de Beneficios Adversa, que puede ser cualquiera de las siguientes:

- Una persona a quien la persona cubierta ha otorgado consentimiento expreso, por escrito, para que represente a esa persona en una apelación interna o en un proceso de revisión externa de una Determinación de Beneficios Adversa.
- Una persona autorizada por ley para brindar consentimiento sustituto para una persona cubierta.
- Un familiar o un proveedor de atención médica que realiza el tratamiento, pero solo cuando la persona cubierta no puede brindar su consentimiento.

Servicios Autorizados: Un Servicio Cubierto prestado por cualquier Proveedor que no sea un Proveedor Dentro la Red, cuyo pago en el nivel de la Red hemos autorizado de antemano (excepto el Cuidado de Emergencia que es posible que se autorice luego de la prestación del servicio). El Afiliado puede ser responsable de cualquier Coaseguro, Copago o Deducible de la Red correspondiente. Para obtener más información, consulte la sección sobre pagos de facturas.

Facturación por el Saldo: Cuando un Proveedor Fuera de la Red le factura a Usted la diferencia entre el cargo del Proveedor Fuera de la Red y la Cantidad Autorizada. Un Proveedor de la Red no puede realizarle a Usted una Facturación del Saldo por Servicios Cubiertos.

Servicios de cuidado de salud básicos: Los siguientes servicios cuando son

SECCIÓN 1: DEFINICIONES

Medicamento Necesarios:

- Servicios del Médico, excepto cuando dichos servicios son Servicios de Cuidado de Salud Complementarios
- Servicios hospitalarios de Pacientes Internos
- Servicios médicos Ambulatorios
- Servicios de Salud de Emergencia
- Servicios de Cuidados de Urgencia
- Servicios de laboratorio de diagnóstico y servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico
- Servicios de diagnóstico y tratamiento, excepto los servicios de Medicamentos Recetados, para enfermedades mentales biológicas
- Servicios preventivos de cuidado de salud, incluidos, entre otros, servicios de planificación familiar voluntarios, servicios por infertilidad, exámenes físicos periódicos, cuidado obstétrico prenatal y cuidados para niños sanos
- Cuidado de rutina para pacientes inscritos en un ensayo clínico de cáncer elegible conforme la sección [3923.80](#) del Revised Code (Código Revisado)

Los servicios de cuidado de salud básicos no incluyen los procedimientos Experimentales.

Período de Beneficios o Año del Plan: Los 12 meses durante los cuales pagaremos los beneficios por los Servicios Cubiertos. Si Su cobertura finaliza antes de este período, dicho período también finaliza. El Período de Beneficios o Año del Plan comienza en Su Fecha de Entrada en Vigor, lo que significa que puede no coincidir con el año calendario.

Monto Máximo del Período de Beneficios: El monto máximo que pagaremos por los Servicios Cubiertos específicos durante un Período de Beneficios.

Medicamento de Marca: La primera versión que se desarrolla de un medicamento en particular o un medicamento que se vende bajo una marca comercial o un nombre comercial registrado perteneciente a una empresa farmacéutica. El fabricante original recibe una patente, que le permite ser la única empresa autorizada para fabricar y vender el nuevo medicamento durante una cantidad determinada de años.

Hijo, Hijos: Los Hijos del Suscriptor, incluidos los Hijos naturales, los Hijos adoptados o hijastros, los Hijos discapacitados solteros, los Hijos recién nacidos o cualquier otro Hijo, según la descripción que figura en la sección Quién está cubierto de esta Póliza.

Coaseguro: El porcentaje específico de la Cantidad Máxima Autorizada para los Servicios Cubiertos (que se indica en el Programa de Beneficios) que Usted debe pagar. Por lo general, el Coaseguro se aplica luego del Deducible que Usted debe pagar. Consulte el Programa de Beneficios para conocer las excepciones. Su Coaseguro no se aplica a los cargos por servicios que no están cubiertos y no se reduce por reembolsos, descuentos ni cualquier otra forma de ajustes negociados posteriores al pago.

Copago: Un monto específico en dólares de la Cantidad Máxima Autorizada para los Servicios Cubiertos (que se indica en el Programa de Beneficios) que Usted debe pagar. El Copago no se aplica a ningún Deducible que Usted deba pagar. El Copago será la cantidad menor entre la que figura en el Programa de Beneficios y el monto que cobra el Proveedor.

Costos Compartidos: Montos que debe pagar por los Servicios Cubiertos, expresados como Copagos, Deducibles o Coaseguros.

Reducciones de Costos Compartidos: Descuentos que reducen los Costos Compartidos para determinados servicios cubiertos por una Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization - HMO) o el seguro médico comprado a través del Intercambio de Seguros. Puede obtener un descuento si Sus ingresos se encuentran por debajo de un determinado nivel y si elige un plan de nivel plata. Si Usted es miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal, puede cumplir con los requisitos para obtener Reducciones de Costos Compartidos sobre determinados servicios cubiertos por una HMO individual o sobre el seguro médico adquirido mediante el Intercambio de Seguros en cualquier nivel metal, y es posible que pueda recibir reducciones adicionales de este tipo según Sus ingresos.

Servicios Cubiertos: Los servicios Médicamente Necesarios que pagamos, organizamos o autorizamos Nosotros para Usted según los términos y las condiciones de esta Póliza.

Cuidado o Servicio Asistencial: Cuidado diseñado para asistirlo con las actividades cotidianas y que puede estar a cargo de cualquier persona. El Cuidado Asistencial no representa un tratamiento específico para una enfermedad o lesión y no se debe esperar que mejore significativamente una afección médica. Dicho cuidado incluye, entre otros, los siguientes:

- Cuidado personal, como, por ejemplo, asistencia para caminar, levantarse y acostarse, vestirse, bañarse, alimentarse y usar el baño

SECCIÓN 1: DEFINICIONES

- Preparación y administración de dietas especiales
- Supervisión de la administración de medicamentos por parte de un cuidador
- Supervisión de la autoadministración de medicamentos
- Programas y terapias que incluyen o se describen como, entre otros, cuidado para convalecientes, cuidado del descanso, cuidados en sanatorios, cuidado educacional o cuidado recreativo

Deducible: El monto que debe pagar para que comencemos a pagar por los Servicios Cubiertos, según se los incluye en el Programa de Beneficios. El Deducible se aplica antes de aplicar cualquier Copago o Coaseguro. Es posible que el Deducible no se aplique a todos los Servicios Cubiertos. También es posible que cuente con un Deducible que se aplique a un Servicio Cubierto específico (p. ej., un Deducible para Medicamentos Recetados) y que deba pagar para que comencemos a pagar por un Servicio Cubierto en particular.

Dependiente: El cónyuge o los Hijos del Suscriptor, que están cubiertos según la Póliza, de acuerdo con la descripción que figura en la sección Quién está cubierto.

Diagnóstico (Servicio/Pruebas): Una prueba o procedimiento que se le realiza a un Afiliado, que muestra síntomas específicos, para detectar o monitorear una enfermedad o afección. Un Servicio de Diagnóstico también incluye una prueba de detección de Cuidado Preventivo Medicamente Necesario a la que es posible que deba someterse un Afiliado que no presenta ningún síntoma. Sin embargo, dicha prueba debe ser solicitada por un Proveedor.

Cuidado Domiciliario: Cuidado que se proporciona en una institución residencial, centro de tratamiento, centro de rehabilitación o escuela porque el entorno del hogar no está disponible o no es adecuado. Dicho cuidado consiste principalmente en un servicio de pensión completa, incluso si se incluyen sesiones de terapia.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment - DME): Equipos que tienen las siguientes características:

1. Pueden resistir el uso repetido.
2. Generalmente no son útiles para las personas que no presentan enfermedades ni lesiones.
3. Son apropiados para el uso en el hogar o pueden ser necesarios para su uso en otros lugares o en la comunidad para que una persona pueda realizar las actividades básicas de la vida diaria (Activities of Daily Living - ADL).
4. Principalmente y de manera habitual se utilizan para un propósito médico en

lugar de ser principalmente para comodidad o conveniencia.

Fecha de Entrada en Vigor: La fecha en la que comienza Su cobertura según esta Póliza.

Servicios de Salud de Emergencia: Aquellos servicios de cuidado de salud que deben estar disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día, a fin de evitar el riesgo para el estado de salud de un Afiliado que ocurriría si dichos servicios no se recibieran tan pronto como sea posible, e incluyen, según corresponda, disposiciones de pagos de transporte e indemnización o acuerdos de servicio para la cobertura fuera del área.

Afección Médica de Emergencia: Una afección médica que se manifiesta por medio de síntomas Agudos de gravedad suficiente, incluido dolor intenso, y que una persona común y prudente que posee conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar razonablemente que derive en alguno de los siguientes casos si el paciente no recibe cuidado de salud inmediato:

- Peligro grave para la salud de la persona o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del niño no nacido
- Deterioro grave de las funciones corporales
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

Servicios de Emergencia: Se incluyen los siguientes:

- Examen médico de detección, según lo exige la ley federal, que se encuentra dentro de las capacidades del departamento de emergencia de un Hospital (incluidos los servicios auxiliares que habitualmente se encuentran disponibles en dicho departamento) y permite evaluar una Afección Médica de Emergencia
- Los tratamientos y exámenes médicos adicionales que se requieren, en virtud de la ley federal, para estabilizar una Afección Médica de Emergencia y están dentro de las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en el Hospital, incluido cualquier centro de urgencias y de quemados del Hospital

Exclusiones: Servicios de cuidados de salud que no pagamos ni cubrimos.

Experimental/En Fase de Investigación: Cualquier Medicamento, producto biológico, dispositivo, Diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro que se utiliza en el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de una enfermedad, lesión u otra afección médica, o está directamente relacionado

con ellos, que consideramos no demostrado. Para conocer cómo se determina esto, consulte la sección Exclusiones.

Centro: Un Hospital; Centro Quirúrgico Ambulatorio; centro de maternidad; centro de diálisis; Centro de rehabilitación; Centro de Enfermería Especializada; Hospicio; Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar o agencia de servicios de cuidado domiciliario certificada o autorizada según la legislación estatal; centro de cuidado integral para trastornos alimentarios según la legislación estatal.

Determinación de Beneficios Adversa Final: Una Determinación de Beneficios Adversa que ha sido confirmada tras la finalización del proceso de apelación interna de Oscar.

Formulario: La lista de productos farmacéuticos cubiertos, desarrollada junto con Médicos y farmacéuticos, aprobada por su calidad y rentabilidad.

Medicamentos Genéricos: Medicamentos Recetados que, según la Food and Drug Administration (Administración de Medicamentos y Alimentos - FDA), son equivalentes a los Medicamentos de Marca, pero que no se fabrican ni venden bajo una marca comercial o nombre comercial registrado. Los Medicamentos Genéricos tienen los mismos ingredientes activos, cumplen con los mismos requisitos de la FDA en lo que respecta a seguridad, pureza y potencia, y deben dispensarse en la misma forma de dosificación (comprimido, cápsula, crema) que los Medicamentos de Marca.

Servicios de Habilitación: Servicios o dispositivos de cuidado de salud que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el desempeño en las actividades cotidianas. Entre los Servicios de Habilitación, se incluyen la gestión de limitaciones y discapacidades, incluidos servicios o programas que permiten mantener o evitar el deterioro en lo que respecta a las funciones físicas, cognitivas o conductuales. Estos servicios consisten en fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.

Profesional de Cuidado de Salud: Un Médico autorizado, registrado o certificado adecuadamente; dentista; optometrista; quiropráctico; psicólogo; trabajador social; podólogo; fisioterapeuta; terapeuta ocupacional; partera; patólogo del habla y el lenguaje; audiólogo; farmacéutico; analista conductual; o cualquier otro profesional de cuidado de salud autorizado, registrado o certificado para prestar servicios de cuidado de salud conforme a la ley estatal. Los servicios del Profesional de Cuidado de Salud deben prestarse dentro del ámbito de práctica legal para ese tipo de

Proveedor a fin de que estén cubiertos por esta Póliza.

Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar: Una organización actualmente certificada o autorizada por el estado de Ohio o el estado en el que esta opera y presta servicios de cuidados de salud en el hogar.

Cuidado de Hospicio: Cuidado que ofrece una organización para enfermos terminales certificada según la legislación estatal o un proceso de certificación similar exigido por el estado donde opera dicha organización. Esta atención brinda consuelo y asistencia a las personas que se encuentran en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospital: Un Hospital general de cuidados intensivos y a corto plazo que tiene las siguientes características:

- Se dedica principalmente a proporcionar servicios terapéuticos y de diagnóstico a pacientes para el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado de personas lesionadas o enfermas por parte de Médicos o bajo la supervisión continua de estos.
- Cuenta con departamentos organizados de medicina y cirugía mayor.
- Establece el requisito de que cada paciente debe recibir cuidados de un Médico o dentista.
- Ofrece servicios de enfermería las 24 horas proporcionados por personal de enfermería registrado o bajo la supervisión de este.
- Está debidamente autorizado por la agencia responsable de emitir las licencias correspondientes para dichos Hospitales.
- No se trata, excepto en casos aislados, de un lugar de descanso, de un lugar destinado principalmente al tratamiento de la tuberculosis, de un lugar para los ancianos, drogadictos o alcohólicos ni de un lugar que brinda cuidados para convalecientes o cuidado asistencial, educacional o de rehabilitación.

Los hospitales no son centros de salud, spas ni enfermerías en escuelas o campamentos.

Hospitalización: cuidados que se brindan en un Hospital y requieren la admisión como paciente internado y, por lo general, una estadía de una noche.

Cuidado Ambulatorio en el Hospital: Cuidados que se brindan en un Hospital y, por lo general, no requieren una estadía de una noche.

Tarjeta de Identificación: Una tarjeta emitida por Nosotros, donde figura Su

nombre, número de membresía e información general del Plan.

Paciente Interno: Cuidados que recibe como paciente registrado en la cama de un Hospital u otro Centro donde se cobran cargos por alojamiento y comida. Esto no se aplica a los Afiliados que permanezcan en observación durante menos de 24 horas.

Medicamento Necesario/Necesidad Médica: Para obtener la definición, consulte la sección Cómo funciona la cobertura de esta Póliza.

Medicare: Título XVIII de la Social Security Act (Ley de Seguro Social), con sus enmiendas.

Afiliado: El Suscriptor, o Dependiente cubierto, o una persona cubierta que ha cumplido las condiciones de elegibilidad, ha solicitado cobertura aprobada por Nosotros y para quien se han pagado las Primas solicitadas. Siempre que un Afiliado deba presentar un aviso según los términos de esta Póliza, "Afiliado" también significa el designado del Afiliado.

Trastorno de Salud Mental: Un patrón de funcionamiento conductual, emocional o cognitivo que está relacionado con aflicción, sufrimiento o problemas en una o más áreas de la vida de una persona.

Proveedor Dentro de la Red: Un Proveedor que tiene un contrato con Nosotros para brindarle servicios a Usted. Para obtener una lista de Proveedores Dentro de la Red y sus ubicaciones, visite nuestro sitio web en www.hioscar.com o solicítenosla. Nos encargaremos de revisar la lista periódicamente.

Proveedor Fuera de la Red: Un Proveedor que no tiene un contrato con Nosotros para brindarle servicios a Usted. Los servicios de los Proveedores Fuera de la Red están cubiertos únicamente para Servicios de Emergencia, Cuidados de Urgencia o casos autorizados por Nosotros.

Límite de Gastos de su Bolsillo: El monto máximo que Usted paga durante un Período de Beneficios en Costos Compartidos (según se indica en el Programa de Beneficios) antes de que comencemos a pagar el 100% de la Cantidad Autorizada para los Servicios Cubiertos. Este límite nunca incluye la Prima, los costos de Facturación por el Saldo ni el costo de los servicios de cuidado de salud que no cubrimos.

Paciente Ambulatorio: Un Afiliado que recibe servicios o suministros mientras no es Paciente Interno.

Comité de Farmacia y Terapéutica (Pharmacy and Therapeutics - P&T): Un comité formado por Profesionales de Cuidado de Salud, incluidos enfermeros, farmacéuticos y Médicos. El objetivo de este comité es ayudar a determinar la adecuación clínica de los Medicamentos; determinar la asignación de Medicamentos; determinar si un Medicamento se incluirá en alguno de los Formularios; y aconsejar acerca de programas que permitan mejorar el cuidado. Entre dichos programas, se pueden incluir programas de utilización de Medicamentos, criterios de preautorización, programas de conversión terapéutica, iniciativas conjuntas e iniciativas relacionadas con los perfiles de los Medicamentos.

Médico o Servicios Médicos: Servicios de cuidado de salud que ofrece o coordina un Médico certificado (M.D., Doctor en Medicina, o D.O., Doctor en Medicina Osteopática).

Colocación para Adopción: La aceptación y retención de una obligación legal por parte de una persona en lo que respecta a la manutención total o parcial de un Niño en espera de la adopción del Niño. La colocación del Niño con una persona termina cuando vence dicha obligación.

Plan (o Nosotros, a Nosotros, Nuestro): Oscar Insurance Company of Ohio (Oscar), que ofrece beneficios a los Afiliados por los Servicios Cubiertos que se describen en esta Póliza.

Póliza: Esta Póliza emitida por Oscar Insurance Corporation of Ohio, incluidos el Programa de Beneficios y cualquier cláusula adjunta. La Póliza proporciona un resumen de los términos de Sus beneficios.

Preautorización o Autorización Previa: El proceso que se aplica a determinados servicios, suministros, tratamientos y Medicamentos o categorías terapéuticas para definir o limitar las condiciones según las cuales se brindará cobertura. El Comité de P&T define los Medicamentos Recetados y los criterios de cobertura.

Prima: El monto que debe pagarse por Su cobertura de seguro médico.

Medicamento de Venta con Receta, Medicamento Recetado o Medicamento: Un medicamento, producto o dispositivo que figura en Nuestro Formulario, ha sido aprobado por la FDA y puede, según la legislación federal o estatal, dispensarse únicamente de acuerdo con una Receta o un Resurtido. Un Medicamento Recetado

SECCIÓN 1: DEFINICIONES

es un medicamento que, debido a sus características, es apropiado para la autoadministración o la administración por parte de un cuidador sin experiencia.

Receta: Una solicitud legal, escrita por un Proveedor, para un Medicamento Recetado y cualquier resurtido posterior.

Médico de Cuidado Primario (Primary Care Physician - PCP): Un Proveedor Dentro de la Red que, por lo general, es un médico de medicina interna, médico de práctica familiar, médico generalista, obstetra o ginecólogo, médico geriatra o pediatra, y que brinda o coordina de manera directa una amplia gama de servicios de cuidado de salud para Usted.

Proveedor: Un Médico, Profesional de Cuidado de Salud o Centro autorizado, registrado, certificado o acreditado según lo exige la legislación estatal. Dentro de esta categoría, también se incluyen los proveedores o distribuidores de equipos y suministros para personas diabéticas, DME, suministros médicos o cualquier otro equipo o suministro cubierto según esta Póliza que estén autorizados, registrados, certificados o acreditados según lo exige la legislación estatal.

Entre los proveedores, se incluyen las siguientes personas y centros que figuran a continuación. Si tiene una pregunta sobre un Proveedor que no aparece a continuación, llame al número que figura en el reverso de Su tarjeta de identificación.

- **Centro de Tratamiento para Alcoholismo:** un centro que ofrece principalmente tratamientos de desintoxicación o rehabilitación para personas alcohólicas.
- **Centro de Cuidados Alternativos:** Un centro de atención médica que no pertenece a un Hospital, o un centro adjunto designado como independiente por un Hospital que el Plan aprueba, que ofrece Servicios Ambulatorios principalmente para lo siguiente, entre otras cosas:
 1. Servicios de Diagnóstico, como, por ejemplo, tomografía axial computarizada (Computerized Axial Tomography - CAT) o imagen de resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging - MRI)
 2. Cirugía
 3. Servicios de terapia o rehabilitación
- **Centro Quirúrgico Ambulatorio:** Un centro, con un personal organizado de médicos, que tiene las siguientes características:
 1. Está autorizado como tal, según corresponde.
 2. Cuenta con instalaciones y equipos permanentes para el objetivo principal de realizar procedimientos quirúrgicos de forma ambulatoria.

3. Ofrece tratamiento a cargo de Médicos o bajo la supervisión de estos y servicios de enfermería siempre que el paciente se encuentre en las instalaciones.
 4. No ofrece alojamiento para Pacientes Internos.
 5. No se usa, salvo en casos aislados, como consultorio o clínica para la práctica privada de un Médico u otro Proveedor profesional.
- **Especialistas en Enfermería Clínica cuya especialidad médica es Salud Mental**
 - **Hospital de Día:** Un Centro que ofrece servicios de rehabilitación diurnos de forma ambulatoria.
 - **Centro de Diálisis:** Un Centro que ofrece principalmente tratamiento, mantenimiento o entrenamiento relacionado con la diálisis de forma ambulatoria o en el hogar. No se trata de un Hospital.
 - **Centro de Tratamiento para Abuso de Drogas:** Un Centro que ofrece principalmente tratamientos de desintoxicación o rehabilitación para el abuso de drogas.
 - **Agencia de Cuidados de Salud en el Hogar:** Un Centro, autorizado en el estado donde opera, que tiene las siguientes características:
 1. Ofrece servicios de enfermería especializada y otros servicios en forma de visitas en el hogar del Afiliado.
 2. Es responsable de supervisar la prestación de dichos servicios según un plan indicado y aprobado por escrito por el Médico tratante.
 - **Centro de Infusión en el Hogar:** Un Centro que ofrece una combinación de lo siguiente:
 1. Servicios de enfermería especializada
 2. Medicamentos recetados
 3. Dispositivos y suministros médicos en el hogar como terapia de infusión en el hogar para Nutrición Parenteral Total (Total Parenteral Nutrition - TPN), terapia con Antibióticos, Quimioterapia Intravenosa (Intravenous - IV), Terapia Nutricional Enteral o control del dolor IV.
 - **Hospicio:** Un plan coordinado de cuidado domiciliario, Ambulatorio y para Pacientes Internos que ofrece servicios médicos paliativos y de apoyo y otros servicios de salud para pacientes con enfermedades terminales. Un equipo interdisciplinario brinda un programa de cuidado planificado y continuo, cuyos componentes médicos están bajo la supervisión de un Médico. El cuidado está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Hospicio debe cumplir con los requisitos de autorización del estado o la localidad donde opera.
 - **Hospital:** Un Proveedor constituido, autorizado y operado como se establece en las leyes que se aplican a los Hospitales, que tiene las siguientes

características:

1. Ofrece alojamiento y comida, y cuidado de enfermería para sus pacientes.
2. Cuenta con un personal con uno o más Médicos disponibles en todo momento.
3. Ofrece un servicio de enfermería las 24 horas.
4. Mantiene en su edificio todas las instalaciones necesarias para el diagnóstico, el cuidado médico y el tratamiento de una enfermedad o lesión.
5. Está acreditado por la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención de la Salud).

El término Hospital no incluye a un Proveedor, o esa parte de un Proveedor, que se utiliza principalmente para lo siguiente:

1. Cuidado de enfermería
 2. Cuidado para el descanso
 3. Cuidado para convalecientes
 4. Cuidado para ancianos
 5. Cuidado asistencial
 6. Cuidado educacional
 7. Tratamiento del abuso de alcohol
 8. Tratamiento del abuso de drogas
- **Trabajadores Sociales Independientes**
 - **Centro Psiquiátrico Ambulatorio:** Un Centro que ofrece principalmente servicios terapéuticos y de Diagnóstico para el tratamiento de afecciones relacionadas con el Abuso de Sustancias o Trastornos de Salud Mental de forma ambulatoria.
 - **Farmacia:** Un establecimiento autorizado para dispensar Medicamentos Recetados y otros medicamentos por medio de un farmacéutico debidamente autorizado según la receta emitida por un Médico.
 - **Médico:** Un doctor en medicina, osteópata (huesos y músculos), Quiropráctico (columna vertebral y otras estructuras corporales), cirujano dental (dientes), podólogo (enfermedades de los pies) o quiropodista quirúrgico (especialista quirúrgico de pies) u optometrista (especialista en ojos y visión) legalmente autorizado.
 - **Asesores Clínicos Profesionales**
 - **Asesores Profesionales**
 - **Hospital Psiquiátrico:** Un Centro que, como compensación para sus pacientes, está comprometido principalmente con la prestación de servicios

terapéuticos y de Diagnóstico para el tratamiento de afecciones relacionadas con Abuso de Sustancias o Trastornos de Salud Mental en Pacientes Internos. Dichos servicios son proporcionados por un equipo organizado de Médicos o bajo la supervisión de estos. Los servicios de enfermería continuos son proporcionados bajo la supervisión de Personal de Enfermería Registrado.

- **Psicólogo:** Un Psicólogo clínico acreditado. En estados donde no existe legislación sobre acreditaciones, el Psicólogo debe contar con la autorización del organismo profesional correspondiente.
- **Hospital de Rehabilitación:** Un Centro que está comprometido principalmente con la prestación de servicios de rehabilitación para Pacientes Internos o Ambulatorios. Los servicios de cuidados de rehabilitación consisten en el uso combinado de servicios médicos, sociales, educacionales y vocacionales para que los pacientes discapacitados por una enfermedad o lesión logren un cierto nivel razonable de habilidad funcional. Los servicios son proporcionados por un equipo organizado de médicos o bajo la supervisión de estos. Los servicios de enfermería continuos son proporcionados bajo la supervisión de Personal de Enfermería Registrado.
- **Clínica de Salud Minorista:** Un Centro que ofrece servicios de cuidado de salud básicos y limitados a los Afiliados sin cita previa. Estas clínicas normalmente funcionan en farmacias grandes o tiendas minoristas. Por lo general, los servicios médicos están a cargo de Auxiliares Médicos y Enfermeros Practicantes.
- **Centro de Enfermería Especializada:** Un Proveedor constituido, autorizado y operado como se establece en la legislación estatal correspondiente, que tiene las siguientes características:
 1. Ofrece principalmente tratamiento y cuidados para Pacientes Internos para personas que se están recuperando de una enfermedad o lesión.
 2. Ofrece atención bajo la supervisión de un Médico.
 3. Ofrece cuidados de enfermería las 24 horas del día bajo la supervisión de Personal de Enfermería Registrado de tiempo completo.
 4. No se trata de un lugar destinado a brindar cuidado para ancianos, cuidado asistencial o domiciliario, ni tratamientos para la dependencia de alcohol o drogas.
 5. No se trata de un Proveedor de servicios asistenciales, educacionales o de descanso, o lugar similar.
- **Trabajador Social:** Un Trabajador Social Clínico autorizado. En estados donde no existe legislación sobre acreditaciones, el Trabajador Social debe contar con la autorización del organismo profesional correspondiente.
- **Proveedor de Equipo Médico Duradero, Dispositivos Protésicos o**

Dispositivos Ortopédicos

- **Centro de Cuidados de Urgencia:** Un centro de cuidado de salud autorizado que, desde el punto de vista organizacional, es independiente de un Hospital y cuyo objetivo primario es ofrecer y proporcionar cuidado de salud inmediato a corto plazo, sin cita, para Cuidados de Urgencia.

Recuperación: Una Recuperación es dinero que Usted recibe de otro, su compañía de seguros o cualquier cobertura para “Conductor No Asegurado”, cobertura para “Conductor Subasegurado”, cobertura de “Pagos Médicos”, cobertura “Sin Falta” o cobertura de “Protección contra Lesiones Personales”, u otra disposición de cobertura de seguro como resultado de una lesión o enfermedad causada por otro. Independiente de cómo Usted o Su representante o cualquier acuerdo describan el dinero que Usted recibe, este estará sujeto a las disposiciones de Subrogación y Reembolso de este Plan.

Referencia: Una autorización otorgada a un Proveedor Dentro de la Red por otro Proveedor Dentro de la Red (por lo general, de un PCP a un Especialista de la Red) a fin de organizar servicios de cuidado adicionales para un Afiliado. Su Proveedor puede transmitir una Referencia de forma electrónica o completar un formulario de Referencia en papel.

Servicios de Rehabilitación: Servicios de cuidado de salud que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar el desempeño en las actividades cotidianas y las habilidades que se perdieron o se vieron afectados debido a una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios consisten en fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y se brindan en un entorno para Pacientes Internos o Ambulatorios.

Programa de Beneficios: Un documento, incorporado a modo de referencia en esta Póliza, donde se describen los Copagos, Deducibles, Coaseguros, Límites de Gastos de su Bolsillo, requisitos de Preautorización y otros límites en relación con los Servicios Cubiertos.

Área de Servicio: El área geográfica, designada por Nosotros y aprobada por el estado de Ohio, en la cual ofrecemos cobertura.

Especialista: Un Médico que se concentra en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar determinados tipos de síntomas y afecciones.

Cónyuge: La persona con la que está legalmente casado el Suscriptor, incluidos los Cónyuges del mismo sexo. Este concepto también incluye a las parejas domésticas.

Estabilizar: La prestación del tratamiento médico correspondiente que pueda ser necesario a fin de garantizar, dentro de las probabilidades médicas razonables, que el traslado de la persona no causará un deterioro importante de su afección médica, si dicha afección podría generar alguna de las siguientes situaciones:

- Peligro grave para la salud de la persona o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del niño no nacido
- Deterioro grave de las funciones corporales
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

En el caso de una mujer con contracciones, “estabilizar” se refiere al tratamiento médico que pueda ser necesario para el parto, incluida la expulsión de la placenta.

Subcontratista: Una organización o entidad que posee experiencia especializada en determinadas áreas y a la cual podemos subcontratar servicios específicos. Dichas organizaciones o entidades subcontratadas pueden tomar determinaciones de beneficios o llevar a cabo tareas administrativas, de pago de facturas o de servicio al cliente en Nuestro nombre.

Suscriptor: la persona para quien se emite esta Póliza. El Suscriptor es legalmente responsable por el pago de Primas y de cualquier monto correspondiente a Copagos, Coaseguros y Deducibles requeridos en esta Póliza.

Abuso de Sustancias: Abuso, uso excesivo o dependencia en relación con alcohol, drogas o productos químicos.

Servicios de Terapia: Servicios y suministros que se utilizan para ayudar a una persona a recuperarse de una enfermedad o lesión. Los Servicios de Terapia Cubiertos se limitan a los servicios que se incluyen como Servicios Cubiertos en esta Póliza.

Usual, Acostumbrado y Razonable (Usual, Customary and Reasonable - UCR): El costo de un servicio médico en un área geográfica según el monto que los Proveedores del área, por lo general, cobran por el mismo servicio médico o uno similar.

Cuidados de Urgencia: Aquellos servicios de cuidado de salud que se brindan, de

SECCIÓN 1: DEFINICIONES

manera oportuna, para una afección inesperada que requiere atención médica sin demoras, pero que no pone en peligro la vida, un miembro ni la salud permanente de una persona herida o enferma, y que puede incluir servicios de cuidado médico que se brindan en el área de servicios aprobada de Oscar conforme con los pagos de indemnización o acuerdos de servicio.

Centro de Cuidados de Urgencia: Un Centro autorizado (que no sea un Hospital) que brinda Cuidados de Urgencia.

Usted, Su: El Afiliado.

SECCIÓN 2: CÓMO FUNCIONA LA COBERTURA

A. Su cobertura según esta Póliza

Nos ha comprado una Póliza de seguro médico. Ofreceremos los beneficios descritos en esta Póliza a Usted y a Sus Dependientes cubiertos. Debe guardar esta Póliza con los demás documentos importantes que conserva de manera que esté disponible para referencia futura.

Oscar no forma parte de ningún fondo de garantías, incluida la Ohio Life and Health Insurance Guaranty Association (Asociación de Garantías de Seguros de Vida y Salud de Ohio). En caso de insolvencia por parte de Oscar o en caso de que Oscar cese sus operaciones, Usted estará protegido únicamente en la medida en que la disposición de eximición de responsabilidad en virtud de la sección 1751.13 del Ohio Revised Code (Código Revisado de Ohio) se aplique a los servicios de cuidado de salud prestados. Según esta disposición de eximición de responsabilidad, con la excepción del Deducible Anual, el Copago, el Coaseguro y los Servicios No Cubiertos, los Proveedores Dentro de la Red no pueden cobrarle a Usted por los Servicios Cubiertos.

Si Usted está recibiendo un tratamiento por parte de Proveedores Dentro de la Red cuando Oscar cesa sus operaciones o se declara insolvente, los Proveedores Dentro de la Red continuarán prestando los Servicios Cubiertos según sea necesario para completar cualquier procedimiento y cuidados de seguimiento que sean Médicamente Necesarios para ese tratamiento. Si Usted está recibiendo Servicios de Hospitalización en un Hospital de la Red, su cobertura para dichos servicios continuará durante un máximo de treinta (30) días calendario a partir de la declaración de insolvencia o el cese de las operaciones del Plan.

En caso de que Oscar se declare insolvente o cese sus operaciones, es posible que Usted deba pagar los servicios de cuidado de salud que reciba de un Proveedor Fuera de la Red, independientemente de que Oscar haya autorizado o no el uso de dicho proveedor. Si necesita información adicional, comuníquese con Servicio al Afiliado al 1-855-OSCAR-55.

B. Servicios Cubiertos

Recibirá los Servicios Cubiertos según los términos y las condiciones de esta Póliza únicamente si el Servicio Cubierto tiene las siguientes características:

- Es Médicamente Necesario o se lo incluye específicamente de otra manera como Servicio Cubierto según esta Póliza.
- Es prestado por un Proveedor Dentro de la Red.

SECCIÓN 2: CÓMO FUNCIONA LA COBERTURA

- Se encuentra dentro del alcance de la licencia del Proveedor que presta el servicio.
- Se presta mientras está en vigencia la cobertura de esta Póliza.
- No es un servicio Experimental o En Fase de Investigación, ni se lo excluye o limita de otra manera en esta Póliza, o en alguna enmienda o cláusula de dicha Póliza.
- Lo autorizamos de antemano si dicha Preautorización es obligatoria según esta Póliza.

Se incurre en un costo por un Servicio Cubierto el día en que recibe el servicio, suministro o tratamiento. La fecha en la que se incurre en el gasto (para determinar la aplicación del Deducible y otros Costos Compartidos) para una admisión de Paciente Interno es la fecha de la admisión, salvo que se especifique lo contrario en los beneficios luego de la terminación. Los Servicios Cubiertos no incluyen ningún servicio o suministro que no esté documentado en los registros del Proveedor.

Cuando se encuentra fuera de Nuestra Área de Servicio, la cobertura se limita a los Servicios de Emergencia, los Servicios Médicos de Emergencia Prehospitalarios y los servicios de ambulancia para tratar Su Afección Médica de Emergencia y recibir Cuidados de Urgencia.

C. Proveedores Dentro de la Red

Esta Póliza incluye únicamente los Beneficios Dentro de la Red. Para recibir Beneficios Dentro de la Red, Usted debe recibir cuidados exclusivamente de los Proveedores de Nuestra Red. Usted será responsable de pagar el costo de todos los cuidados que brinden los Proveedores Fuera de la Red, a menos que hayamos Preautorizado dichos cuidados o que el Proveedor Fuera de la Red esté administrando Servicios de Cuidados de Urgencia o de Emergencia (según se describe en la sección Servicios de Cuidados de Urgencia y Emergencia de esta Póliza).

A excepción de los Copagos y Deducibles, los proveedores de la red deben solicitar una compensación por los Servicios Cubiertos únicamente de Oscar.

Para conocer si un Proveedor es un Proveedor dentro de la red:

- Consulte el directorio de Proveedores, que está disponible cuando Usted lo solicite.
- Llame al 855-OSCAR-55.
- Visite Nuestro sitio web, www.hioscar.com.

D. El rol del Médico de Cuidado Primario

Esta Póliza no incluye un controlador, comúnmente conocido como PCP. Usted no necesita la Referencia de un PCP para poder recibir cuidados de un Especialista.

A los efectos de los Costos Compartidos, si obtiene servicios de un PCP (o un Médico que cubre a un PCP) que cuenta con una especialidad primaria o secundaria que no sea práctica general, práctica familiar, medicina interna, pediatría y obstetricia/ginecología, Usted debe pagar el Costo Compartido de la consulta de especialidad que figura en el Programa de Beneficios de la Póliza cuando los servicios prestados se relacionan con el cuidado especializado.

Por lo general, permitimos la designación de un PCP. Usted tiene derecho a designar a cualquier PCP que participe de Nuestra Red y que esté disponible para aceptarlos a Usted o a los miembros de Su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un PCP y consultar una lista de todos los PCP, comuníquese con Nosotros al número de teléfono que figura en Su Tarjeta de Identificación o visite Nuestro sitio web, www.hioscar.com. En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como PCP.

E. Acceso al cuidado de obstetricia y ginecología

No necesita Preautorización de Nosotros o de alguna otra persona (incluido un PCP) para acceder al cuidado de obstetricia o ginecología de un Profesional de Cuidado Primario de Nuestra Red que se especialice en dichas áreas. Sin embargo, es posible que el Profesional de Cuidado de Salud deba cumplir con determinados procedimientos, incluidos obtener una Preautorización para algunos servicios o seguir un plan de tratamiento preaprobado. Para obtener una lista de los Profesionales de Cuidado de Salud de la Red que se especializan en obstetricia o ginecología, llame al número de teléfono que figura en Su Tarjeta de Identificación o visite Nuestro sitio web, www.hioscar.com.

F. Servicios sujetos a Preautorización

Nuestra Preautorización se exige antes de que Usted reciba ciertos Servicios Cubiertos. Su PCP realiza una remisión, luego es responsable de solicitar la Preautorización para los servicios dentro de la Red enumerados en la sección "Programa de Beneficios y esta Póliza" que requieren Preautorización. Sin embargo, si usted selecciona al Proveedor, Usted será el responsable de asegurar que dicho Proveedor pertenezca a la Red y de solicitar la Preautorización. Los criterios de Preautorización se basarán en múltiples fuentes, incluidas la póliza médica y las pautas clínicas, farmacéuticas y terapéuticas. Es posible que determinemos que un servicio que se recetó o solicitó inicialmente no es Médicamente Necesario si Usted

no ha probado antes tratamientos alternativos que sean más rentables.

G. Procedimiento de notificación/Preautorización

Si Usted busca cobertura para servicios que requieren de una Preautorización o notificación, Usted o Su Proveedor debe llamarnos al número que figura en Su tarjeta de identificación.

Usted o Su Proveedor debe comunicarse con Nosotros para solicitar la Preautorización por teléfono, por fax, por escrito o a través de un portal seguro en línea de la siguiente manera:

- Al menos 5 días antes de una hospitalización electiva como Paciente Interno en un Hospital, centro de Rehabilitación o de cuidados extendidos u Hospicio
- Al menos 30 días antes de la evaluación inicial para los servicios de trasplantes de órganos
- Al menos 30 días antes de recibir servicios de ensayos clínicos
- Al menos 5 días antes de una hospitalización como Paciente Interno para un tratamiento programado por Abuso de Sustancias o Trastorno de Salud Mental
- Al menos 5 días antes del inicio de los cuidados de salud en el hogar
- Antes de que se presten servicios de ambulancia aérea para una Afección Médica que No Sea de Emergencia

Usted o Su Proveedor debe comunicarse con Nosotros para proporcionar una notificación de la siguiente manera:

- Tan pronto como sea razonablemente posible si se prestan servicios de ambulancia aérea para una Afección Médica de Emergencia.
- Si lo hospitalizan por una Afección Médica de Emergencia, debe llamarnos dentro de las 24 horas luego de Su admisión o tan pronto como sea razonablemente posible a partir de dicha situación.

Luego de recibir una solicitud de aprobación, revisaremos los motivos de Su tratamiento planificado y determinaremos si los beneficios están disponibles. Los criterios se basarán en múltiples fuentes, entre las que se pueden incluir la póliza médica y las pautas clínicas, farmacéuticas y terapéuticas.

Puede encontrar información adicional sobre la Preautorización en la sección "Revisión de Utilización" de este documento.

H. Administración médica

Los beneficios disponibles para Usted según esta Póliza están sujetos a revisiones

SECCIÓN 2: CÓMO FUNCIONA LA COBERTURA

previas al servicio, simultáneas y retrospectivas para determinar cuándo debemos cubrir los servicios. El objetivo de estas revisiones es promover la entrega de cuidado de salud rentable mediante la revisión del uso de los procedimientos y, según corresponda, el entorno o el lugar donde se prestan los servicios. Los Servicios Cubiertos deben ser Médicamente Necesarios para que se proporcionen los beneficios.

I. Necesidad Médica

Cubrimos los beneficios descritos en esta Póliza siempre y cuando el servicio, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo, Medicamento Recetado o suministro de cuidado de salud (en su conjunto, "servicio") sea Médicamente Necesario. El hecho de que un Proveedor haya proporcionado, recetado, solicitado, recomendado o aprobado el servicio no lo hace Médicamente Necesario ni significa que debamos cubrirlo.

Es posible que basemos Nuestra decisión en una revisión de los siguientes aspectos:

- Su historia clínica
- Nuestras políticas médicas y pautas clínicas
- Opiniones médicas de una sociedad profesional, comité de revisión por parte de colegas u otros grupos de Médicos
- Informes de publicaciones médicas revisadas por colegas
- Informes y pautas publicados por organizaciones de cuidado de la salud reconocidas a nivel nacional que incluyen datos científicos de respaldo
- Estándares profesionales de seguridad y efectividad, generalmente reconocidos en los Estados Unidos para el diagnóstico, el cuidado o el tratamiento
- La opinión de Profesionales de Cuidado de Salud de la especialidad médica generalmente reconocida en cuestión
- La opinión de los Proveedores tratantes, que ofrecen credibilidad, pero no rechazan las opiniones contrarias

Los servicios se considerarán Médicamente Necesarios únicamente si cumplen con los siguientes requisitos:

- Son apropiados desde el punto de vista clínico en términos de tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración, y se consideran eficaces para Su enfermedad o lesión.
- Son necesarios para el control o cuidado y tratamiento directo de esa afección.

SECCIÓN 2: CÓMO FUNCIONA LA COBERTURA

- Su afección se vería afectada de manera negativa si no se proporcionaran los servicios.
- Se ofrecen de acuerdo con estándares de práctica médica generalmente aceptados.
- No se brindan principalmente para la conveniencia de Usted, Su familia o Su Proveedor.
- No son servicios Experimentales/En Fase de Investigación, ni están sujetos a Exclusiones según esta Póliza.
- No son más costosos que un servicio o una secuencia de servicios alternativos, que, al menos, produzcan resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes.
- Cuando el entorno o lugar de prestación de un servicio forma parte de la revisión, los servicios que se le pueden proporcionar a Usted de manera segura en un entorno de menor costo no serán Médicamente Necesarios si se prestan en un entorno con un costo más alto. Por ejemplo, no brindaremos cobertura en el caso de una admisión como Paciente Interno para una cirugía si dicha intervención podría realizarse de forma ambulatoria o en el caso de una infusión o inyección de un medicamento de especialidad administrado en el departamento de Pacientes Ambulatorios si dicho medicamento podría administrarse en el consultorio de un Médico o en el hogar.

Consulte las secciones Revisión de utilización y Quejas, apelaciones y revisión externa de esta Póliza para obtener información sobre Su derecho a una Apelación interna y externa de Nuestra determinación acerca de que un servicio no es Médicamente Necesario.

J. Gestión de casos

La gestión de casos permite coordinar los servicios para los Afiliados con necesidades de cuidado de la salud debido a afecciones de salud graves, complejas o crónicas. Nuestros programas permiten coordinar los beneficios y educar a los Afiliados que aceptan formar parte del programa de gestión de casos para que puedan satisfacer las necesidades relacionadas con su salud.

Nuestros programas de gestión de casos son confidenciales y voluntarios. Estos programas se ofrecen sin costo adicional para Usted y no implican una modificación en los Servicios Cubiertos. Si Usted cumple con los criterios del programa y acepta participar, lo ayudaremos a satisfacer Sus necesidades de cuidado de salud identificadas. Esto se logra mediante la comunicación y el trabajo en equipo con Usted o Su Representante Autorizado, sus Médicos tratantes y otros

SECCIÓN 2: CÓMO FUNCIONA LA COBERTURA

Proveedores. Además, podemos colaborar en la coordinación del cuidado con servicios y programas comunitarios existentes para satisfacer Sus necesidades. Esto puede incluir brindarle información sobre agencias externas y servicios y programas comunitarios.

En determinados casos de lesiones o enfermedades crónicas o graves, es posible que le proporcionemos beneficios para cuidados alternativos por medio de Nuestro programa de gestión de casos que no se encuentra en la lista de Servicios Cubiertos. También es posible que extendamos los Servicios Cubiertos más allá de los montos máximos de beneficios de esta Póliza. Tomaremos Nuestra decisión según cada caso si determinamos que el beneficio alternativo o extendido resulta lo más conveniente para Usted y Nosotros.

Nada de lo establecido en esta disposición le impedirá apelar Nuestra decisión. La decisión de ofrecer beneficios extendidos o aprobar el cuidado alternativo en un caso en particular no nos obliga a proporcionar los mismos beneficios nuevamente a Usted o a algún otro Afiliado. Nos reservamos el derecho, en cualquier momento, a modificar o dejar de proporcionar beneficios extendidos o aprobar el cuidado alternativo. En dicho caso, le enviaremos una notificación por escrito a Usted o a Su representante.

K. Programas de incentivo y valor agregado

Es posible que ofrezcamos productos y programas relacionados con la salud o el estado físico a nuestros Afiliados. También es posible que ofrezcamos servicios de valor agregado que incluyen descuentos en productos de Farmacia (medicamentos de venta libre, consultas y biometría). Los productos y servicios disponibles según este programa no son Servicios Cubiertos en virtud del Plan, sino que son adicionales a los beneficios del Plan, y pueden incluir obsequios que promueven una forma de vida saludable. Como tales, las características del programa no están garantizadas por Su Acuerdo y podrían interrumpirse en cualquier momento. No promocionamos ningún proveedor, producto o servicio relacionado con este programa. Los proveedores del programa son los únicos responsables de los productos y servicios que Usted recibe.

Finalmente, es posible que ofrezcamos incentivos para los Afiliados que participen en programas que ayuden a reducir los gastos administrativos o hagan que conservar la cobertura sea más conveniente. Dichos programas pueden incluir inscribirse para pagar las Primas de forma electrónica y automática en lugar de recibir una factura todos los meses.

SECCIÓN 2: CÓMO FUNCIONA LA COBERTURA

Programa de recompensas de bienestar: es posible que Oscar le ofrezca programas de recompensas de bienestar que le permiten obtener recompensas si realiza determinadas actividades. Las recompensas pueden incluir dinero en efectivo, créditos, tarjetas de regalo, descuentos en las primas, modificaciones en los deducibles, copagos o montos de los costos compartidos, u otros beneficios. Puede obtener información sobre los programas de bienestar de Oscar en el sitio web de Oscar o llamando al 855-OSCAR-55.

Si no puede participar en un programa de bienestar por motivos de salud, comuníquese con nosotros porque es posible que pueda obtener recompensas de una manera diferente. Si una afección de salud le impide realizar una actividad de bienestar, trabajaremos con usted para encontrar una manera que sea adecuada para usted para obtener la misma recompensa. En algunos casos, podemos solicitarle una nota de su médico para saber de qué modo su estado de salud afecta su capacidad para obtener una recompensa. Si tiene alguna pregunta relacionada con el programa, la recompensa o la actividad de bienestar de Oscar, comuníquese con nosotros al 855-OSCAR-55.

L. Números de teléfono y direcciones importantes

- **FACTURAS**

Oscar Insurance

PO Box 52146

Phoenix, AZ 85072-2146

(Envíe los formularios de reclamaciones a esta dirección.)

Id. del pagador: OSCAR

(Envíe las facturas electrónicas a este ID).

claims-submissions@hioscar.com

(Envíe otras facturas a esta dirección de correo electrónico).

- **QUEJAS Y APELACIONES DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN**

Oscar Insurance

PO Box 52146

Phoenix, AZ 85072-2146

855-OSCAR-55

- **EMERGENCIAS MÉDICAS Y CUIDADOS DE URGENCIA**

855-OSCAR-55

SECCIÓN 2: CÓMO FUNCIONA LA COBERTURA

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

- **SERVICIO AL AFILIADO**
855-OSCAR-55
(Los Representantes de Servicio al Afiliado se encuentran disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.)
- **PREAUTORIZACIÓN**
855-OSCAR-55
- **NUUESTRO SITIO WEB**
www.hioscar.com

SECCIÓN 3: ACCESO AL CUIDADO

A. Proveedores Dentro de la Red

Para que los beneficios se consideren pagaderos, un Proveedor Dentro de la Red debe prestar los servicios o proporcionar los suministros. No se proporcionan Beneficios cuando se usa un Proveedor Fuera de la Red, y Usted puede ser responsable del monto total facturado por dicho proveedor. La única excepción es con respecto a los Servicios de Cuidados de Urgencia o Emergencia, o una Autorización para consultar a un Proveedor Fuera de la Red.

Para maximizar Sus beneficios, asegúrese de confirmar que el Proveedor (p. ej., un Médico u Hospital) al que desea consultar sea un Hospital o un Proveedor Dentro de la Red. Por ejemplo, si recibe tratamiento por un servicio que no es de Emergencia en un Hospital, es especialmente importante que revise el estado de TODOS Sus Proveedores con respecto a la red. Si bien es posible que Su Proveedor tratante participe de la red de Oscar, otros Proveedores involucrados, como, por ejemplo, anestesiólogos, patólogos o radiólogos, pueden no formar parte de Su Red de Proveedores.

B. Continuidad del Cuidado

Le enviaremos una notificación por correo postal en un plazo de treinta (30) días después de la terminación de un contrato con un PCP si Usted, o un Dependiente cubierto en virtud de Su Plan, ha recibido servicios de cuidado de salud del PCP dentro de los doce meses anteriores o si Usted o Su Dependiente ha seleccionado a dicho médico como Su PCP o el PCP de Su Dependiente dentro de los doce meses anteriores. Le enviaremos una notificación por correo postal en un plazo de treinta (30) días después de la terminación de un contrato con un hospital si Usted, o un Dependiente cubierto en virtud de Su Plan, ha recibido servicios de cuidado de salud de ese hospital dentro de los doce meses anteriores.

De acuerdo con los términos del contrato, pagaremos todos los servicios de cuidado de salud cubiertos que haya prestado el PCP o el hospital a un Inscrito entre la fecha de terminación del contrato y cinco días luego del envío de la notificación de dicha terminación por correo postal a Su última dirección conocida.

En caso de que un Proveedor Dentro de la Red sea desvinculado sin causa mientras un Afiliado se encuentra bajo un curso de tratamiento activo con dicho Proveedor, el Afiliado podrá solicitar tratamiento continuo con el proveedor hasta que el tratamiento se complete, o por 90 días, lo que sea más corto, a tasas de [costos compartidos](#) dentro de la red.

En todos los demás casos de interrupción de contratos con Proveedores, haremos Nuestro mayor esfuerzo de buena fe para brindarle un aviso por escrito acerca de la interrupción en un plazo de 30 días antes de la fecha de entrada en vigor del cambio o, de lo contrario, lo antes posible, a usted, si Usted, o un dependiente inscrito bajo Su plan son pacientes regulares del Proveedor cuyo contrato se interrumpirá.

C. Autorización para consultar a un Proveedor Fuera de la Red

Si determinamos que no contamos con un Proveedor Dentro de la Red que tenga el entrenamiento y la experiencia apropiados para tratar Su afección, aprobaremos una autorización para consultar a un Proveedor Fuera de la Red apropiado. Su Proveedor Dentro de la Red o Usted debe solicitar la aprobación previa de la autorización para consultar a un Proveedor Fuera de la Red específico. La aprobación de las autorizaciones de los Proveedores Fuera de la Red no se realizará para Su conveniencia ni la de otro Proveedor que lo atienda, y no se aprobará necesariamente para el Proveedor Fuera de la Red específico que Usted haya solicitado. Si aprobamos la autorización, todos los servicios prestados por el Proveedor Fuera de la Red están sujetos a un plan de tratamiento aprobado por Nosotros en conjunto con Su PCP, el Proveedor Fuera de la Red y Usted. Los Servicios Cubiertos prestados por el Proveedor Fuera de la Red se pagarán como si pertenecieran a un Proveedor Dentro de la Red y el costo que Usted deberá asumir no será superior a aquel que pagaría por los cuidados obtenidos de un Proveedor Dentro de la Red. Usted será responsable únicamente de cualquier Costo Compartido dentro de la red que corresponda. En caso de que no se apruebe una autorización, no se cubrirán los servicios prestados por un Proveedor Fuera de la Red.

SECCIÓN 4: GASTOS DE COSTOS COMPARTIDOS Y CANTIDAD AUTORIZADA

A. Deducible

Excepto cuando se indique lo contrario, Usted debe pagar la cantidad que figura en el Programa de Beneficios para los Servicios Cubiertos durante cada Período de Beneficios para que proporcionemos cobertura. Si tiene una cobertura que no sea individual, existe un Deducible individual que se aplica a cada persona cubierta en virtud de esta Póliza. Una vez que una persona dentro de una familia alcanza el Deducible individual, no se requiere otro Deducible para la persona que ha alcanzado el Deducible individual de ese Período de Beneficios. Sin embargo, una vez que los pagos de Deducibles de las personas cubiertas en virtud de esta Póliza ascienden en conjunto al total del Deducible familiar del Programa de Beneficios en un Período de Beneficios, no se requerirá otro Deducible para ninguna persona cubierta en virtud de esta Póliza para ese Período de Beneficios.

El Deducible se extiende desde el primer hasta el último día de Su Año del Plan.

B. Copagos

Excepto cuando se indique lo contrario, una vez que Usted ha satisfecho el Deducible descrito anteriormente, Usted debe pagar los Copagos, o cantidades fijas, que figuran en el Programa de Beneficios para los Servicios Cubiertos. Sin embargo, si la Cantidad Autorizada para un servicio es inferior al Copago, Usted es responsable del monto más bajo.

C. Coaseguro

Excepto cuando se indique lo contrario, una vez que Usted ha satisfecho el Deducible descrito anteriormente, debe pagar un porcentaje de la Cantidad Autorizada para los Servicios Cubiertos. Usted paga el porcentaje de la Cantidad Autorizada que se indica en el Programa de Beneficios y Nosotros pagaremos el porcentaje restante de dicha cantidad.

D. Límite de Gastos de su Bolsillo

Cuando haya alcanzado Su Límite de Gastos de su Bolsillo en el pago de Copagos, Deducibles y Coaseguro para un Período de Beneficios en el Programa de Beneficios, proporcionaremos cobertura por el 100% de la Cantidad Autorizada para los Servicios Cubiertos durante el resto de ese Período de Beneficios. Si Usted cuenta con una cobertura que no sea individual, una vez que una persona de la familia alcance el Límite de Gastos de su Bolsillo individual que figura en el Programa de Beneficios, proporcionaremos cobertura por el 100% de la Cantidad

Autorizada durante el resto de ese Período de Beneficios para esa persona. Si se aplica una cobertura que no sea individual, cuando las personas de la misma familia cubiertas en virtud de esta Póliza hayan alcanzado en conjunto el Límite de Gastos de su Bolsillo familiar en el pago de Copagos, Deducibles y Coaseguro para un Período de Beneficios según el Programa de Beneficios, proporcionaremos cobertura por el 100% de la Cantidad Autorizada durante el resto de ese Período de Beneficios para la familia completa.

E. Cantidad Autorizada

“Cantidad Autorizada” se refiere a la cantidad máxima que pagaremos Nosotros por los servicios o suministros cubiertos en virtud de esta Póliza, antes de restar los montos correspondientes a Copago, Deducible y Coaseguro. Determinamos Nuestra Cantidad Autorizada de la siguiente manera:

La Cantidad Autorizada para los Proveedores Dentro de la Red será la cantidad que hemos negociado con el Proveedor Dentro de la Red o el cargo del Proveedor Dentro de la Red.

Consulte la sección Servicios de Cuidados de Urgencia y Emergencia de esta Póliza para conocer la Cantidad Autorizada para una Afección Médica de Emergencia y la sección Acceso al cuidado de esta Póliza para conocer la Cantidad Autorizada para los Proveedores Fuera de la Red autorizados.

SECCIÓN 5: QUIÉN ESTÁ CUBIERTO

A. Quién está cubierto en virtud de esta póliza

Usted, el Suscriptor para quien se emite esta Póliza, está cubierto en virtud de esta Póliza. Usted debe vivir o residir en Nuestra Área de Servicio para estar cubierto en virtud de esta Póliza. Si está inscrito en Medicare, no es elegible para comprar esta Póliza. Los miembros de Su familia también pueden estar cubiertos según el tipo de cobertura que Usted seleccionó.

Tenemos derecho, en cualquier momento, a solicitar y obtener dicha prueba según sea necesario para determinar el estado de elegibilidad de un Suscriptor cubierto o prospectivo y todos los demás Afiliados cubiertos o prospectivos en relación con la elegibilidad para la cobertura en virtud de esta Póliza.

B. Tipos de Cobertura

Ofrecemos los siguientes tipos de cobertura:

1. **Individual.** Si seleccionó la cobertura individual, Usted está cubierto.
2. **Individuo y cónyuge.** Si seleccionó la cobertura de Individuo y Cónyuge, Usted y Su Cónyuge están cubiertos.
3. **Padre e Hijo/Hijos.** Si seleccionó la cobertura de padre e hijo/hijos, Usted y Su Hijo o Sus Hijos, según se describe a continuación, están cubiertos.
4. **Familia.** Si seleccionó la cobertura de familia, Usted, Su Cónyuge y Su Hijo o Sus Hijos, según se describe a continuación, están cubiertos.
5. **Catastrófica.** Si seleccionó la cobertura Catastrófica, debe cumplir uno de los siguientes requisitos:
 - Ser menor de 30 años el primer día del Año de la Póliza
 - Haber recibido un certificado de exención por dificultad o falta de cobertura asequible

C. Hijos cubiertos en virtud de esta Póliza

Si Usted seleccionó la cobertura de padre e hijo/hijos o de familia, los hijos cubiertos en virtud de esta Póliza incluyen a Sus Hijos naturales, Hijos adoptados legalmente, Hijastros e Hijos de quienes Usted es el padre adoptivo propuesto, sin tener en cuenta la dependencia económica, la residencia con Usted, la condición de estudiante o el empleo. Un Hijo adoptado propuesto es elegible para la cobertura a

SECCIÓN 5: QUIÉN ESTÁ CUBIERTO

partir de la fecha de Colocación para Adopción. La cobertura continúa hasta el final del año en el que el Hijo cumple 26 años de edad o termina el período de Colocación para Adopción. La cobertura también incluye a los Hijos de los que Usted es tutor legal si estos dependen principalmente de Su manutención y Usted ha sido designado su tutor legal mediante una orden judicial. Los Hijos bajo tutela temporal y los nietos no están cubiertos, a menos que así lo exija la ley o una orden judicial.

Cualquier Hijo dependiente soltero, independientemente de la edad, que sea incapaz de tener un empleo para su propio sustento debido a una enfermedad mental, una discapacidad del desarrollo, un retraso mental o un impedimento físico, que haya adquirido dicha incapacidad antes de alcanzar la edad en la cual la cobertura del Hijo terminaría de otra manera y que dependa principalmente de Usted en lo que respecta a apoyo y manutención, permanecerá cubierto mientras Su seguro continúe vigente y Su Hijo mantenga dicha condición. Tiene 31 días a partir de la fecha en la que Su Hijo alcanza la edad de terminación para enviar una solicitud para que se incluya a Su Hijo en Su cobertura y una prueba de la incapacidad de dicho Hijo. Tenemos derecho a verificar si un Hijo es elegible y continúa cumpliendo con los requisitos en virtud de esta sección. No solicitaremos una prueba de discapacidad con una frecuencia superior a una vez por año.

D. Inscripción abierta

Usted puede inscribirse conforme a esta Póliza durante un período abierto de inscripción que se extiende desde el 1 de noviembre hasta el 15 de diciembre del año calendario anterior. Si el Intercambio de seguros recibe Su selección el 15 de diciembre del año calendario anterior, o antes de dicha fecha, Su cobertura comenzará el 1 de enero del siguiente año calendario, siempre y cuando se reciba el pago de la Prima correspondiente para entonces.

Si no se inscribe durante el período abierto de inscripción o un período especial de inscripción, según se describe a continuación, debe esperar hasta el próximo período abierto de inscripción anual para hacerlo.

E. Períodos especiales de inscripción

Fuera del período abierto de inscripción anual, Usted, el Suscriptor, Su Cónyuge o Su Hijo pueden inscribirse para recibir cobertura en un plazo de 60 días antes o después de la ocurrencia de uno (1) de los siguientes eventos:

1. Usted, Su Cónyuge o Su Hijo pierden involuntariamente una cobertura esencial mínima, incluidas COBRA o la continuidad de la cobertura por el

SECCIÓN 5: QUIÉN ESTÁ CUBIERTO

estado, incluso si Usted está inscrito en un plan médico grupal o una cobertura de seguro médico individual que no pertenece al año calendario, aun si Usted tiene la opción de renovar la cobertura.

2. Se determina que Usted, Su Cónyuge o Su Hijo comenzaron a ser elegibles recientemente en lo que respecta a los pagos anticipados del Crédito Fiscal para Primas porque la cobertura en la que Usted está inscrito dejará de ser una cobertura esencial mínima patrocinada por el empleador, incluso como resultado de que Su empleador cancele o modifique la cobertura disponible dentro de los siguientes 60 días, siempre que Usted pueda terminar la cobertura existente.
3. Usted, Su Cónyuge o Su Hijo pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid, incluidas la cobertura de Medicaid para servicios relacionados con el embarazo y la cobertura de Medicaid para los casos médicamente necesarios, excepto otros programas de Medicaid que no proporcionan cobertura de cuidado primario y de especialidad.
4. Usted, Su Cónyuge o Su Hijo comienzan a ser elegibles para los nuevos planes médicos calificados debido a una mudanza permanente y Usted, Su Cónyuge o Su Hijo contaban con una cobertura esencial mínima para uno (1) o más días durante los 60 días anteriores a la mudanza o vivían fuera de los Estados Unidos o un territorio de los Estados Unidos al momento de la mudanza.

Fuera del período abierto de inscripción anual, Usted, el Suscriptor, Su Cónyuge o Su Hijo pueden inscribirse para recibir cobertura en un plazo de 60 días después de la ocurrencia de uno (1) de los siguientes eventos:

1. La inscripción o falta de inscripción de Usted, Su Cónyuge o Su Hijo en otro plan médico calificado ocurrió de forma no intencional, inadvertida o errónea y fue el resultado de una manifestación falsa de información, un error o una falta de acción de un oficial, un empleado o un agente del Intercambio de Seguros, o una entidad ajena al Intercambio de Seguros que ofrece asistencia para la inscripción o realiza actividades de inscripción, según lo evalúe y determine dicho Intercambio.
2. Usted, Su Cónyuge o Su Hijo demuestran adecuadamente al Intercambio de Seguros que otro plan médico calificado en el que Usted estaba inscrito infringió sustancialmente una disposición esencial de su acuerdo.
3. Añadió a un Dependiente o se convirtió en Dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción, Colocación para Adopción o tutela temporal, orden de manutención de un hijo u otra orden judicial. Sin embargo, los Niños bajo tutela temporal no están cubiertos en virtud de esta Póliza.

SECCIÓN 5: QUIÉN ESTÁ CUBIERTO

4. Usted eliminó a un Dependiente o ya no se lo considera Dependiente debido a divorcio, separación legal o Su muerte o la de Sus Dependientes.
5. Si Usted es Nativo Americano, según se define en el Título 25 del United States Code (Código de los Estados Unidos - U.S.C.), Sección 450b(d), Usted puede inscribirse en un plan médico calificado o cambiar de un (1) plan médico calificado a otro una (1) vez al mes.
6. Usted, Su Cónyuge o Su Hijo demuestran al Intercambio de Seguros que se enfrentan a otras circunstancias excepcionales que puede estipular el Intercambio de Seguros.
7. Usted, Su Cónyuge o Su Hijo no tenían la condición de ciudadano, nacionalizado o residente legal y adquieren dicha condición.
8. Se determina que Usted, Su Cónyuge o Su Hijo comienzan a ser elegibles o dejan de ser elegibles para recibir el Crédito Fiscal para Primas o experimentan un cambio de elegibilidad en cuanto a la Reducción de los Costos Compartidos.

El Intercambio de Seguros debe recibir un aviso y Nosotros debemos recibir cualquier pago de Prima en un plazo de 60 días a partir de uno (1) de estos eventos.

Si Usted, Su Cónyuge o Su Hijo se inscriben porque Usted perderá la cobertura esencial mínima dentro de los próximos 60 días, se determina que Usted es elegible en lo que respecta a pagos anticipados del Crédito Fiscal para Primas debido a que la cobertura en la que Usted está inscrito dejará de ser una cobertura esencial mínima patrocinada por el empleador o Usted obtiene acceso a nuevos planes médicos calificados debido a una mudanza y Su selección se realiza el día del evento desencadenante o antes de dicha fecha, Su cobertura comenzará el primer día del mes posterior a Su pérdida de cobertura.

Si Usted, Su Cónyuge o Su Hijo se inscriben porque Usted se casó, Su cobertura comenzará el primer día del mes posterior a la fecha en la que Nosotros recibimos el aviso y el pago de cualquier Prima requerida adicional. Si Usted, Su Cónyuge o Su Hijo se inscriben porque Usted incorporó a un Dependiente por Colocación para Adopción, Su cobertura comenzará en la fecha de dicha colocación. Si Usted, Su Cónyuge o Su Hijo se inscriben debido a una orden judicial, Su cobertura comenzará en la fecha de entrada en vigencia de dicha orden.

Si dio a luz a un niño o adoptó a un niño recién nacido, la cobertura del recién nacido comienza en el momento del nacimiento y continúa durante 31 días. A fin de que la cobertura continúe más allá de los 31 días iniciales, Usted debe enviar

SECCIÓN 5: QUIÉN ESTÁ CUBIERTO

una notificación al Intercambio de Seguros en un plazo de 60 días y pagar cualquier Prima requerida adicional. Si Usted cuenta con cobertura de Individuo o de Individuo y Cónyuge, también debe enviar una notificación al Intercambio de Seguros acerca de Su intención de pasar a tener cobertura de Familia o de Padre e Hijo/Hijos y pagar cualquier Prima adicional dentro de los 60 días a partir del nacimiento o la adopción a fin de que la cobertura continúe más allá de los 31 días iniciales.

Si Usted, Su Cónyuge o Su Hijo se inscriben debido a Su muerte o la muerte de Sus Dependientes, Su cobertura comenzará el primer día del mes posterior a Su selección.

Los pagos adelantados del Crédito Fiscal para la Prima y la Reducción de los Costos Compartidos no entran en vigencia hasta el primer día del mes siguiente, a menos que el nacimiento o la Colocación para Adopción suceda el primer día del mes.

En todos los demás casos, la fecha de entrada en vigencia de Su cobertura dependerá de la fecha en la que el Intercambio de Seguros reciba Su selección. Si se recibe Su selección entre el primer y el decimoquinto día del mes, Su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente, siempre y cuando se reciba el pago de la Prima correspondiente para entonces. Si se recibe Su selección entre el decimosexto y el último día del mes, Su cobertura comenzará el primer día del segundo mes, siempre y cuando se reciba el pago de la Prima correspondiente para entonces.

F. Período especial de inscripción para mujeres embarazadas

Si Usted está embarazada y dicho embarazo está certificado por un Profesional de Cuidado de Salud, Usted puede inscribirse en un plan de cobertura en cualquier momento durante Su embarazo. Debe proporcionarnos la certificación de embarazo emitida por Su Profesional de Cuidado de Salud. La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes en el cual Usted reciba la certificación de embarazo emitida por Su Profesional de Cuidado de Salud, a menos que Usted decida que la cobertura entre en vigencia el primer día del mes posterior a la certificación. Debe pagar todas las Primas que venzan desde el primer día del mes en el cual reciba la certificación de embarazo para que comience Su cobertura. Sin embargo, si Usted decide que su cobertura entre en vigencia el primer día del mes posterior a la certificación, debe pagar todas las Primas adeudadas desde el primer día del mes en el que entra en vigencia Su cobertura.

Si Usted es elegible, los pagos adelantados del Crédito Fiscal para Primas y la

Reducción de los Costos Compartidos se aplicarán el primer día del mes posterior a Su inscripción con el Intercambio de Seguros.

G. Cobertura para pareja doméstica

Esta Póliza cubre a las parejas domésticas de los Suscriptores como Cónyuges. Si Usted seleccionó la cobertura familiar, en la categoría de Hijos cubiertos en virtud de esta Póliza también se incluye a los Hijos de Su pareja doméstica. La prueba de pareja doméstica y de interdependencia económica debe presentarse en las siguientes formas:

1. Registro como pareja doméstica que indique que ninguna persona ha sido registrada como miembro de otra pareja doméstica dentro de los últimos seis (6) meses, si existe dicho registro.
2. En el caso de parejas que residan en lugares donde no exista dicho registro, se debe presentar una declaración jurada alternativa de pareja doméstica.
 - a. La declaración jurada debe estar certificada y debe contener la siguiente información:
 - Los miembros de la pareja tienen más de 18 años y son mentalmente competentes para celebrar un contrato.
 - No existe entre ellos un vínculo sanguíneo que impediría el matrimonio según las leyes del estado de Ohio.
 - Los miembros de la pareja han estado conviviendo de forma continua antes de la fecha de la solicitud.
 - Ninguno de los dos ha sido registrado como miembro de otra pareja doméstica dentro de los últimos seis (6) meses.
 - b. Prueba de convivencia (p. ej., licencia de conducir, declaración de impuestos u otra prueba suficiente).
 - c. Prueba de que las partes son interdependientes desde el punto de vista económico. Dos (2) o más de los siguientes documentos son suficientes en conjunto para establecer la interdependencia económica:
 - Una cuenta bancaria conjunta
 - Una tarjeta de cargos o de crédito conjunta
 - Una obligación conjunta sobre un préstamo
 - Estado como firmante autorizado con respecto a la cuenta bancaria, tarjeta de crédito o tarjeta de cargos de la pareja
 - Propiedad conjunta de participaciones o inversiones
 - Propiedad conjunta de bienes residenciales
 - Propiedad conjunta de bienes inmuebles que no sean

residenciales

- Inscripción de ambas partes como arrendatarios del contrato de alquiler de la residencia compartida
- Pagos de alquiler compartidos relacionados con la residencia (no necesariamente compartidos en un 50/50)
- Listado de ambas partes como arrendatarios de un contrato de alquiler, o pagos de alquiler compartidos, por una propiedad que no sea la residencial
- Gastos del hogar compartidos y comunes; por ejemplo, facturas de la tienda de comestibles, facturas de servicios públicos, facturas de teléfono, etc. (no necesariamente compartidos en un 50/50)
- Presupuesto para el hogar compartido a los fines de recepción de beneficios gubernamentales
- Estado de una de las partes como representante beneficiario de los beneficios gubernamentales de la otra persona
- Propiedad conjunta de artículos importantes de propiedad personal (p. ej., dispositivos, muebles)
- Propiedad conjunta de un vehículo motorizado
- Responsabilidad conjunta para el cuidado de los Hijos (p. ej., documentos escolares, tutela)
- Gastos compartidos relacionados con el cuidado de los hijos; p. ej., niñera, cuidado diurno, facturas escolares (no necesariamente compartidos en un 50/50)
- Ejecución de testamentos en los que se nombran mutuamente testamento o beneficiario
- Designación como beneficiario en virtud de la póliza de seguro de vida de la otra persona
- Designación como beneficiario en virtud de la cuenta de beneficios de jubilación de la otra persona
- Otorgamiento mutuo de un poder notarial duradero
- Otorgamiento mutuo de autoridad para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud (p. ej., poder notarial para el cuidado de la salud)
- Declaración jurada del acreedor u otra persona capaz de atestiguar la interdependencia económica de la pareja
- Otros elementos de prueba suficientes para establecer la interdependencia económica según las circunstancias del caso en particular

SECCIÓN 6: SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES

Consulte el Programa de Beneficios para conocer los requisitos de los Costos Compartidos, los límites de días o visitas y los requisitos de Preautorización o Referencia que se aplican a estos beneficios.

A. Pruebas de alergias

Cubrimos pruebas y evaluaciones con inyecciones, como también pruebas de escarificación y de punción, para determinar la existencia de una alergia. También cubrimos tratamientos para alergias, incluidos inyecciones y sueros.

B. Servicios de Rehabilitación

Cubrimos los Servicios de Rehabilitación que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional cuando se brindan como visitas médicas domiciliarias o servicios ambulatorios. Cubrimos 20 visitas de terapia por Año del Plan, a menos que se especifique lo contrario. Cuando se proporcionan en el hogar, se aplican los límites de los Servicios de Cuidados en el Hogar. También cubrimos hasta 12 visitas de Terapia de Manipulación por Año del Plan.

Debe existir la esperanza de que la terapia genere una mejora práctica del nivel de funcionamiento dentro de un período razonable.

- La fisioterapia incluye el tratamiento por medios físicos, hidroterapia, calor o modalidades similares, agentes físicos y principios y dispositivos biomecánicos y neurofisiológicos. Dicha terapia se ofrece para aliviar el dolor, restaurar una función corporal y evitar una discapacidad luego de una enfermedad, lesión o pérdida de una parte del cuerpo.
 - Entre los Servicios No Cubiertos, se incluyen los siguientes: terapia de mantenimiento para retrasar o minimizar el deterioro muscular en pacientes que padecen una enfermedad crónica; ejercicios repetitivos para mejorar el movimiento, mantener la fuerza y aumentar la resistencia (incluida la asistencia para caminar que se brinda a pacientes débiles o inestables); ejercicios pasivos y de rango de movimiento que no están relacionados con la restauración de una pérdida funcional específica, sino que permiten mantener un rango de movimiento en extremidades paralizadas; programas de ejercicio generales; diatermia, ultrasonido y tratamientos con calor para afecciones pulmonares; diapulso; rehabilitación laboral.
- Terapia del habla para la corrección de una deficiencia del habla.
- Terapia ocupacional para el tratamiento de una persona con una discapacidad física por medio de actividades constructivas diseñadas y

adaptadas para promover la restauración de la habilidad de la persona para realizar satisfactoriamente las tareas cotidianas comunes y aquellas necesarias para el rol ocupacional específico de la persona.

- La terapia ocupacional no incluye la terapia recreativa ni vocacional (p. ej., pasatiempos y manualidades). Entre los Servicios No Cubiertos, se incluyen los siguientes: suministros (telares, baldosas de cerámica, cuero, utensilios); terapia para mejorar o restaurar funciones que podría esperarse que mejoren a medida que el paciente retoma las actividades normales nuevamente; ejercicios generales para promover el estado físico y la flexibilidad en general; terapia para aumentar la motivación; terapia de succión para recién nacidos (máquinas de alimentación); movilización de tejidos blandos (manipulación visceral o manipulación de tejidos blandos viscerales), movilización de tejidos blandos aumentados, liberación miofascial; adaptaciones en el hogar, como rampas, ensanchamiento de puertas, adaptadores del automóvil y de la cocina, y otros tipos de equipos similares.
- La Terapia de Manipulación incluye la Terapia de Manipulación Osteopática/Quiropráctica que se utiliza para tratar problemas relacionados con huesos, articulaciones y la espalda. Las dos terapias son similares. Sin embargo, la quiropráctica se concentra en las articulaciones de la columna vertebral y el sistema nervioso, mientras que la osteopática pone el mismo énfasis sobre las articulaciones y los músculos, los tendones y los ligamentos que las rodean. Las manipulaciones, independientemente de que se realicen y facturen como único procedimiento o se realicen junto con un examen y se facturen como una visita al consultorio, se tendrán en cuenta para la cantidad máxima en el caso de los servicios de Terapia de Manipulación. Los servicios de Terapia de Manipulación prestados en el hogar como parte de los Servicios de Cuidados en el Hogar no están cubiertos.
- Cubrimos 20 visitas por Año del Plan en el caso de la rehabilitación pulmonar, a menos que dicho servicio se preste como parte de la fisioterapia, en cuyo caso se aplicarán los límites de visitas de fisioterapia.
- Cubrimos 36 visitas por Año del Plan en el caso de la rehabilitación cardíaca, que es un programa de evaluación médica, capacitación, ejercicios supervisados y apoyo psicosocial para restaurar el estado funcional de una persona luego de un evento cardíaco. No se cubren los programas domiciliarios ni los servicios de mantenimiento y acondicionamiento continuo.

C. Servicios de Habilitación

Cubrimos servicios o dispositivos de cuidado de salud que ayudan a una persona a

mantener, aprender o mejorar las habilidades y el desempeño en las actividades cotidianas. Entre los Servicios de Habilidadación, se incluyen la gestión de limitaciones y discapacidades, incluidos servicios o programas que permiten mantener o evitar el deterioro en lo que respecta a las funciones físicas, cognitivas o conductuales. Estos servicios consisten en fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, y están sujetos a los límites de visitas de Su Programa de Beneficios.

En el caso de los servicios de habilitación para niños con trastornos del espectro autista, cubrimos beneficios de terapia del lenguaje y del habla y terapia ocupacional de 20 visitas por Año del Plan para cada servicio. Además, cubrimos 20 horas por semana para análisis conductual aplicado.

Cubrimos servicios ambulatorios de salud conductual o mental para personas inscritas menores de catorce años de edad cuando los realiza un psicólogo, psiquiatra o médico registrado que consulta, evalúa, desarrolla o supervisa planes de tratamiento

D. Procedimientos de laboratorio y servicios de radiología

Cubrimos radiografías y procedimientos, pruebas, servicios y materiales de laboratorio, incluidos radiografías, radioterapia, fluoroscopia, electrocardiogramas, electroencefalogramas, pruebas de laboratorio y servicios de radiología terapéutica.

La cobertura de estos Servicios de Diagnóstico incluye los siguientes servicios, entre otros:

- Radiografías y otros servicios de radiología, incluidas mamografías para cualquier persona a la que se le haya diagnosticado cáncer de mama
- Angiografía por resonancia magnética (ARM)
- Imágenes por resonancia magnética (IRM)
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Servicios de patología y análisis de laboratorio
- Pruebas cardiográficas, encefalográficas y radioisotópicas
- Estudios de imágenes de cardiología nuclear
- Servicios de ultrasonido
- Pruebas de alergias
- Electrocardiogramas (ECG)
- Electromiogramas (EMG) (los EMG superficiales no son Servicios Cubiertos)
- Ecocardiogramas
- Estudios de densidad ósea
- Tomografías por emisión de positrones (TEP)

SECCIÓN 6: SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES

- Pruebas de Diagnóstico como evaluación para determinar la necesidad de un Procedimiento de Trasplante Cubierto
- Ecografías
- Estudios Doppler
- Potenciales evocados del tronco cerebral (PETC)
- Potenciales evocados somatosensoriales (PESS)
- Potenciales evocados visuales (PEV)
- Estudios de conducción nerviosa
- Pruebas musculares
- Electrocorticogramas
- Los suministros centrales (tubos de infusión o IV) o farmacéuticos (tinte) necesarios para realizar las pruebas están cubiertos como parte de la prueba, independientemente de que se realice en un Hospital o en el consultorio del Médico.

E. Cuidado de maternidad y para recién nacidos

Cubrimos servicios de cuidados de maternidad prestados por un Médico o una partera, un enfermero registrado de práctica avanzada, un enfermero practicante, un Hospital o un centro de maternidad. Cubrimos el cuidado prenatal (incluida una (1) visita para pruebas genéticas), el cuidado posnatal, el parto y las complicaciones propias del embarazo. No pagaremos los servicios de rutina duplicados prestados por un Médico y una partera. Consulte la sección Servicios de Hospitalización de esta Póliza para conocer la cobertura del cuidado de maternidad para Pacientes Internos.

Si Usted está embarazada cuando comienza la cobertura y se encuentra en el primer trimestre del embarazo, debe cambiarse a un Proveedor Dentro de la Red para que los Servicios Cubiertos se paguen en el nivel de la Red. Si Usted está embarazada cuando comienza la cobertura y se encuentra en el segundo o tercer trimestre del embarazo (13 semanas o más), puede continuar el cuidado obstétrico con Su Proveedor Fuera de la Red hasta el final del embarazo y el período posparto inmediato. Sin embargo, debe enviarnos una notificación donde exprese su intención de permanecer con dicho Proveedor.

Cubrimos apoyo, asesoramiento y suministros para la lactancia, incluido el costo de alquilar o comprar un (1) sacaleches por Período de Beneficios de un Proveedor Dentro de la Red o proveedor designado.

F. Cuidados preventivos

Cubrimos los siguientes servicios con el objetivo de promover la buena salud y la

SECCIÓN 6: SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES

detección temprana de enfermedades. Los servicios preventivos no están sujetos a Costos Compartidos (Copagos, Deducibles o Coaseguro) si los presta un Proveedor Dentro la Red de acuerdo con las pautas generales respaldadas por la Health Resources and Services Administration (Administración de Servicios y Recursos de Salud - HRSA), si los artículos o servicios tienen una calificación "A" o "B" por parte del United States Preventive Services Task Force (Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos - USPSTF) o si las vacunas son recomendadas por el Advisory Committee on Immunization Practices (Comité Asesor de Prácticas de Vacunación - ACIP). Sin embargo, es posible que se apliquen Costos Compartidos a los servicios brindados durante la misma visita en la que se prestan servicios preventivos. Además, si se proporciona un servicio preventivo durante una visita al consultorio y dicho servicio no es el objetivo principal de la visita, se continuará aplicando el monto de Costo Compartido que, de otra manera, se aplicaría a la visita.

Puede comunicarse con Nosotros al 855-OSCAR-55 o visitar Nuestro sitio web (www.hioscar.com) para obtener una copia de las pautas generales respaldadas por la HRSA, los artículos o servicios con una calificación "A" o "B" por parte del USPSTF y las vacunas recomendadas por el ACIP. Además, puede visitar los siguientes sitios web del gobierno federal para obtener más información:

- <http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention.html>
- <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>
- <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/acip/>

Cuidados para bebés y niños sanos

Cubrimos cuidados para bebés y niños sanos que consisten en exámenes físicos de rutina, incluidos exámenes de la vista y la audición, evaluación del desarrollo, orientación temprana y pruebas de laboratorio, solicitados en el momento de la visita, según lo recomienda la American Academy of Pediatrics (Academia Estadounidense de Pediatría). También cubrimos los exámenes y los cuidados preventivos según se prevé en las pautas generales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios con una calificación "A" o "B" por parte del USPSTF. Si el programa de visitas preventivas para niños sanos al que se hizo referencia anteriormente permite una (1) visita preventiva para niños sanos por Período de Beneficios, no denegaremos una visita de este tipo si no han pasado 365 días desde la visita anterior. Las vacunas y los refuerzos exigidos por el ACIP también están cubiertos. Este beneficio no está sujeto a Copagos, Deducibles ni Coaseguro cuando está a cargo de un Proveedor Dentro de la Red.

Exámenes físicos anuales para adultos

Cubrimos los exámenes y los cuidados preventivos, como también los exámenes físicos anuales para adultos, según se prevé en las pautas generales respaldadas por la HRSA, y los artículos o servicios con una calificación "A" o "B" por parte del USPSTF.

Entre los artículos o servicios con una calificación "A" o "B" por parte del USPSTF, se incluyen control de la presión arterial para adultos, control del colesterol, examen de detección de cáncer de pulmón, examen de detección de cáncer colorrectal, examen para detectar abuso de alcohol, examen para detectar la depresión y examen de detección de diabetes. Para obtener una lista completa de los Servicios preventivos cubiertos, visite Nuestro sitio web (www.hioscar.com) o solicítela y se la enviaremos por correo postal.

Usted es elegible para un examen físico una vez por cada Período de Beneficios, independientemente de si han pasado o no 365 días desde la visita de examen físico anterior. Los exámenes de la vista no incluyen refracciones.

Este beneficio no está sujeto a Copagos, Deducibles o Coaseguro si se lo proporciona de acuerdo con las pautas generales respaldadas por la HRSA, si los artículos o servicios tienen una calificación "A" o "B" por parte del USPSTF y si el beneficio está a cargo de un Proveedor Dentro de la Red.

Vacunas para adultos

Cubrimos vacunas para adultos según las recomendaciones del ACIP. Este beneficio no está sujeto a Copagos, Deducibles o Coaseguro cuando se lo proporciona de acuerdo con las recomendaciones del ACIP y cuando está a cargo de un Proveedor Dentro de la Red.

Exámenes de salud de la mujer

Cubrimos exámenes de salud de la mujer que consisten en examen ginecológico de rutina, examen mamario y prueba de Papanicolaou anual, incluidos los servicios de diagnóstico y laboratorio relacionados con la evaluación de la prueba de Papanicolaou. También cubrimos los exámenes y los cuidados preventivos según se prevé en las pautas generales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios con una calificación "A" o "B" por parte del USPSTF. Para obtener una lista completa de los servicios preventivos cubiertos, visite Nuestro sitio web (www.hioscar.com) o solicítela y se la enviaremos por correo postal. Este beneficio no está sujeto a Copagos, Deducibles o Coaseguro cuando se lo proporciona de acuerdo con las pautas generales respaldadas por la HRSA, cuando los artículos o servicios tienen

SECCIÓN 6: SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES

una calificación "A" o "B" por parte del USPSTF (lo cual puede ser menos frecuente que lo descrito anteriormente) y cuando el beneficio está a cargo de un Proveedor Dentro de la Red.

Mamografías, exámenes y diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama

Cubrimos mamografías para la detección del cáncer de mama de la siguiente manera:

- Una (1) mamografía inicial para las Afiliadas de entre 35 y 39 años
- Una (1) mamografía anual para las Afiliadas mayores de 40 años

Si una Afiliada de cualquier edad o un pariente de primer grado tiene antecedentes de cáncer de mama, cubrimos mamografías y asesoramiento sobre las pruebas de genes BRCA, según las recomendaciones del Proveedor de la Afiliada. Sin embargo, en ningún caso se cubrirá más de un (1) examen preventivo por Año del Plan.

Las mamografías para la detección del cáncer de mama no están sujetas a Copagos, Deducibles ni Coaseguro cuando las proporciona un Proveedor Dentro de la Red.

Además, cubrimos exámenes y servicios de diagnóstico por imágenes adicionales para la detección del cáncer de mama, lo que incluye mamografías de diagnóstico, ultrasonido mamario y resonancias magnéticas. Los exámenes y servicios de diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama, incluidos mamografías de diagnóstico, ultrasonido mamario y resonancias magnéticas, no están sujetos a Copagos, Deducibles o Coaseguro si los proporciona un Proveedor Dentro de la Red.

Servicios de planificación familiar y salud reproductiva

Cubrimos los servicios de planificación familiar que consisten en métodos anticonceptivos aprobados por la FDA y recetados por un Proveedor (no cubiertos de otra manera en virtud de la sección Cobertura de Medicamentos Recetados de esta Póliza), el asesoramiento sobre el uso de anticonceptivos y temas relacionados, y los procedimientos de esterilización para mujeres. Dichos servicios no están sujetos a Copagos, Deducibles o Coaseguro cuando se los proporciona de acuerdo con las pautas generales respaldadas por la HRSA, cuando los artículos o servicios tienen una calificación "A" o "B" por parte del USPSTF y cuando están a cargo de un Proveedor Dentro de la Red.

También cubrimos vasectomías sujetas a Copagos, Deducibles o Coaseguro.

No cubrimos servicios relacionados con la reversión de esterilizaciones electivas.

Pruebas o mediciones de densidad mineral ósea

Cubrimos las pruebas o mediciones de densidad mineral ósea, y los dispositivos y Medicamentos Recetados aprobados por la FDA o equivalentes genéricos como sustitutos autorizados. La cobertura de Medicamentos Recetados está sujeta a la sección Cobertura de Medicamentos Recetados de esta Póliza. Las pruebas o mediciones de densidad mineral ósea, los medicamentos o los dispositivos incluirán aquellos cubiertos para personas que cumplan con los criterios según el programa federal Medicare y aquellos que satisfacen los requisitos de los National Institutes of Health (Institutos Nacionales de la Salud). Usted también reunirá los requisitos para la cobertura de pruebas y mediciones de densidad mineral ósea si cumple con alguno de los siguientes criterios:

- Se le diagnosticó osteoporosis o tiene antecedentes familiares de dicha enfermedad.
- Presenta síntomas o afecciones que indican la presencia o un riesgo significativo de osteoporosis.
- Se encuentra bajo un régimen de medicamento recetado que presenta un riesgo significativo de osteoporosis.
- En cierta medida, los factores relacionados con la forma de vida presentan un riesgo significativo de osteoporosis.
- Su edad, género u otras características fisiológicas presentan un riesgo significativo de osteoporosis.

Además, cubrimos las pruebas o mediciones de densidad mineral ósea, como así también los dispositivos y Medicamentos Recetados, según se prevé en las pautas generales respaldadas por la HRSA, y los artículos o servicios con una calificación "A" o "B" por parte del USPSTF.

Este beneficio no está sujeto a Copagos, Deducibles ni Coaseguro cuando se lo proporciona de acuerdo con las pautas generales respaldadas por la HRSA, cuando los artículos o servicios tienen una calificación "A" o "B" por parte del USPSTF (que pueden no incluir todos los servicios anteriores, como medicamentos y dispositivos) y cuando el beneficio está a cargo de un Proveedor Dentro de la Red.

Examen de detección de cáncer de próstata

Cubrimos un examen de diagnóstico estándar anual, incluidos, entre otros, un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico para hombres mayores de 50 años que no presentan síntomas y para hombres mayores de

40 años con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otros factores de riesgo relacionados con dicho cáncer. También cubrimos pruebas de diagnóstico estándares, incluidos, entre otros, un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico, para hombres de cualquier edad que tengan antecedentes de este tipo de cáncer.

Servicios para dejar de fumar

Cubrimos un examen de uso del tabaco y, para aquellos que consumen productos del tabaco, intentos para dejar de fumar. Con este objetivo, la cobertura de un intento para dejar de fumar incluye cobertura de lo siguiente:

- Sesiones de asesoramiento para dejar de fumar con una duración de, al menos, diez (10) minutos cada una (incluidos asesoramiento telefónico, grupal e individual) sin Preautorización
- Todos los medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA (incluidos los medicamentos de venta libre y recetados) sin Preautorización para un régimen de tratamiento de 90 días si los receta un Profesional de Cuidado de Salud

SECCIÓN 7: SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS

Consulte el Programa de Beneficios para conocer los requisitos de los Costos Compartidos, los Límites y los requisitos de Preautorización o Referencia que se aplican a estos beneficios. Todos los servicios deben ser Médicamente Necesarios para que estén cubiertos.

Los Servicios Ambulatorios incluyen el uso del Centro y los servicios auxiliares, como también los cargos profesionales, cuando se brindan de forma Ambulatoria en un Hospital, Centro de cuidados alternativos, clínica de salud minorista u otro Proveedor, según lo determinemos Nosotros. Estos Centros pueden incluir un sitio que no sea un Hospital y que ofrezca Servicios de Diagnóstico y Terapia, cirugía o Rehabilitación, u otro Centro Proveedor, según lo determinemos Nosotros. Los cargos profesionales solo incluyen servicios facturados por un Médico u otro Profesional de Cuidado de Salud.

Cuando los Servicios de Diagnóstico u otros Servicios de Terapia (quimioterapia, radiaciones, diálisis, inspiración o rehabilitación cardíaca) son los únicos servicios Ambulatorios que se cobran, no se requiere un Copago si dichos servicios forman parte de una cirugía ambulatoria. Se seguirán aplicando Coaseguros para estos servicios.

A. Servicios hospitalarios ambulatorios

Cubrimos los servicios y suministros Hospitalarios, según se describe en la sección Servicios de Hospitalización de esta Póliza, que puede obtener Usted mientras recibe atención en un Centro ambulatorio. Por ejemplo, entre los Servicios Cubiertos se incluyen terapia de inhalación, rehabilitación pulmonar y cardíaca, y terapia de infusión.

B. Servicios quirúrgicos

Cubrimos los Servicios Quirúrgicos cuando se proporcionan como parte de las visitas médicas domiciliarias, los servicios para pacientes internos o los servicios ambulatorios, como, por ejemplo, los siguientes:

- Realización de procedimientos quirúrgicos aceptados y otros procedimientos invasivos
- Corrección de fracturas y dislocaciones
- Anestesia y asistencia quirúrgica cuando sean Médicamente Necesarias
- Cuidado preoperatorio y posoperatorio usual y relacionado
- Otros procedimientos aprobados por Nosotros

Los honorarios quirúrgicos incluyen el cuidado posoperatorio normal. Es posible que combinemos el reembolso cuando se lleve a cabo más de una cirugía durante la misma sesión operatoria. Comuníquese con Nosotros para obtener más información.

Entre los Servicios Quirúrgicos Cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Procedimientos operatorios y de corte
- Exámenes endoscópicos, como, por ejemplo, artroscopia, broncoscopia, colonoscopia y laparoscopia
- Otros procedimientos invasivos, como, por ejemplo, angiograma, arteriograma, amniocentesis o punción cerebral o espinal

C. Visitas al consultorio

Cubrimos visitas al consultorio para el diagnóstico y tratamiento de lesiones, enfermedades y afecciones médicas. Las visitas al consultorio pueden incluir las Visitas Domiciliarias.

Su cobertura incluirá servicios de visitas en línea si estos están disponibles en Su área. Entre los Servicios Cubiertos, se incluyen las consultas médicas en línea vía cámara web, chat o voz. Consulte el Programa de Beneficios para obtener información sobre cualquier Deducible, Coaseguro, Copago y límite de beneficios correspondiente. Los Servicios No Cubiertos incluyen, entre otros, las comunicaciones utilizadas para lo siguiente:

- Informe de resultados de pruebas de laboratorio normales u otras pruebas
- Solicitudes de citas en el consultorio
- Preguntas sobre facturación, cobertura del seguro o pagos
- Solicitudes de referencia para consultar a médicos fuera del panel de cuidado en línea
- Precertificación de beneficios
- Consultas entre médicos

D. Cuidados de salud en el hogar

Cubrimos Servicios que presta una Agencia de Cuidados de Salud en el Hogar u otro Proveedor en Su hogar. Entre los Servicios de Cuidados de Salud en el Hogar, se incluyen equipos médicos y suministros y servicios profesionales, técnicos y de ayuda en el cuidado de la salud. Usted debe estar confinado en el hogar por motivos médicos y ser físicamente incapaz de obtener los servicios médicos necesarios de forma Ambulatoria.

Entre los Servicios Cubiertos, se incluyen los siguientes:

SECCIÓN 7: SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS

- Servicios de Enfermería Especializada intermitentes (a cargo de personal de enfermería registrado o personal de enfermería práctico con licencia).
- Servicios sociales/médicos.
- Servicios de Diagnóstico.
- Orientación nutricional.
- Servicios de Auxiliares de Cuidado de Salud en el Hogar. El Afiliado debe estar recibiendo terapia o servicios de enfermería especializada. Los servicios deben ser prestados por personal bien capacitado perteneciente al Proveedor de Cuidados de Salud en el Hogar. Otras organizaciones pueden proporcionar servicios solo cuando Nosotros lo autorizamos, y la asignación y la supervisión de las responsabilidades de dichas organizaciones deben estar a cargo de profesionales de enfermería del Proveedor de Cuidados de Salud en el Hogar.
- Servicios de Terapia (excepto la Terapia de Manipulación, que no se cubrirá cuando se realice en el hogar). Los límites en las Visitas de Cuidados en el Hogar especificados en el Programa de Beneficios se aplican cuando los Servicios de Terapia se prestan en el hogar.
- Suministros médicos/quirúrgicos.
- Equipo Médico Duradero
- Medicamentos Recetados (solo si los proporciona y factura una Agencia de Cuidados de Salud en el Hogar).
- Servicio de Enfermería Particular.

Nota: Los límites se muestran en Su Programa de Beneficios.

Limitaciones

Cubrimos hasta cien (100) visitas combinadas de Servicios de Cuidados de Salud en el Hogar por Año del Plan. Cada visita por parte de un representante autorizado de una Agencia de Cuidados de Salud en el Hogar se considerará una (1) visita de Cuidados de Salud en el Hogar, y al menos cuatro (4) horas de servicios de auxiliares de salud en el hogar se considerarán una (1) visita de Cuidados de Salud en el Hogar. NOTA: El límite máximo de cien (100) visitas de Servicios de Cuidados de Salud en el Hogar no incluye los servicios de enfermería particular prestados en el hogar. Consulte Su Programa de Beneficios para conocer los términos y límites adicionales.

Los Servicios Cubiertos no incluyen lo siguiente:

- Alimentos, alojamiento, servicios de ama de casa y comidas entregadas en el hogar
- Servicios de hemodiálisis domiciliarios o ambulatorios (estos están cubiertos en la categoría Servicios de Terapia)

- Cargos del Médico
- Materiales útiles para el entorno (pasamanos, rampas, teléfonos, aires acondicionados y servicios, aparatos y dispositivos similares)
- Servicios proporcionados por personal de enfermería registrado y otros trabajadores de la salud que no sean empleados o que no estén trabajando según un acuerdo aprobado con un Proveedor de Cuidados de Salud en el Hogar bajo contrato
- Servicios proporcionados por un miembro de la familia inmediata del paciente
- Servicios proporcionados por asociaciones de ambulancias voluntarias que el paciente no se ve obligado a pagar, maestros ambulantes, orientación vocacional y otros asesores, y servicios relacionados con actividades externas, ocupacionales y sociales

E. Quimioterapia

Cubrimos los servicios de quimioterapia para el tratamiento de una enfermedad mediante agentes antineoplásicos químicos o biológicos.

F. Ensayos clínicos

Hay beneficios disponibles para servicios de atención de rutina prestados como parte de un ensayo clínico aprobado si los servicios son, de otra manera, Servicios Cubiertos en virtud de esta Póliza. Un ensayo clínico aprobado es un ensayo clínico que (1) es de fase I, II, III o IV y se lleva a cabo en relación con la prevención del cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal (cualquier enfermedad o afección que implica que las probabilidades de muerte son altas si no se interrumpe el curso de la afección o enfermedad); y (2) cumple con todos los criterios a continuación:

- El objetivo del ensayo es probar si la intervención mejora potencialmente la salud del participante del ensayo o si el tratamiento se ofrece con la intención de mejorar la salud de dicho participante, y no está diseñado simplemente para probar la toxicidad o la patofisiología de una enfermedad.
- El ensayo sirve para uno de los siguientes propósitos:
 - Probar cómo administrar un servicio de cuidado de la salud, artículo o medicamento para el tratamiento del cáncer o de una enfermedad potencialmente mortal
 - Probar cómo responde el organismo a un servicio de cuidado de la salud, artículo o medicamento para el tratamiento del cáncer o de una enfermedad potencialmente mortal
 - Comparar la eficacia de servicios de cuidado de la salud, artículos o medicamentos para el tratamiento del cáncer o de una enfermedad

- potencialmente mortal
- Estudiar nuevos usos de un servicio de cuidado de la salud, artículo o medicamento para el tratamiento del cáncer o de una enfermedad potencialmente mortal
- El ensayo está aprobado por uno de los siguientes organismos:
 - National Institute of Health (Instituto Nacional de la Salud), o uno de sus centros o grupos cooperativos, perteneciente al Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de los Estados Unidos
 - Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) o uno de sus centros o grupos cooperativos
 - Agency for Health Care Research and Quality (Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de Salud) o uno de sus centros o grupos cooperativos
 - Centers for Medicare and Medicaid Services (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) o uno de sus centros o grupos cooperativos
 - FDA
 - United States Department of Defense (Departamento de Defensa de los Estados Unidos)
 - United States Department of Veteran's Affairs (Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos)

Sin embargo, los beneficios no incluyen lo siguiente:

- Un servicio de cuidado de salud, artículo o medicamento que sea el tema del ensayo clínico sobre el cáncer o se proporcione únicamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos de dicho ensayo, y que no se utilice en la gestión clínica directa del paciente
- Un dispositivo o medicamento experimental o en fase de investigación que no haya sido aprobado para su comercialización por la FDA
- Transporte, alojamiento, comida u otros gastos del paciente, o un miembro de la familia o acompañante del paciente, que estén asociados con el viaje desde o hacia el centro donde se realiza dicho ensayo
- Un artículo o medicamento proporcionado por los patrocinadores del ensayo clínico sobre el cáncer de manera gratuita para cualquier paciente
- Un servicio, artículo o medicamento que sea elegible para reembolso por parte de una persona que no sea la compañía de seguros, incluido el patrocinador del ensayo clínico sobre el cáncer

G. Servicios dentales

Accidentes

Solo cubrimos servicios dentales para trabajos dentales y cirugía bucal si son necesarios para la reparación inicial de una lesión en la mandíbula, los dientes naturales sanos, la boca o el rostro como consecuencia de un accidente. Estos servicios no deben ser excesivos en términos de alcance, duración o intensidad. Las lesiones producidas a causa de masticar o morder no se consideran accidentales. El concepto de trabajos dentales “iniciales” para reparar lesiones ocasionadas por un accidente hace referencia a los trabajos realizados en un plazo de 12 meses desde la lesión, o tan pronto como sea razonablemente posible, e incluye todos los exámenes y el tratamiento para completar la reparación. En el caso de un niño que requiere una reconstrucción facial debido a una lesión dental, es posible que transcurran varios años entre el accidente y la reparación final.

Entre los Servicios Dentales Cubiertos para casos de accidente, se incluyen los siguientes:

- Exámenes bucales
- Radiografías
- Pruebas y análisis de laboratorio
- Restauraciones
- Servicios protésicos
- Cirugía bucal
- Reconstrucción mandibular/maxilar
- Anestesia

Otros

Cubrimos los cargos del Centro por los gastos de los servicios dentales ambulatorios que son Servicios Cubiertos. Los beneficios son pagaderos para la extracción de dientes o para otros procesos dentales solo si Su afección médica o el procedimiento dental requiere de un entorno hospitalario para garantizar Su seguridad.

Cubrimos radiografías dentales, suministros y aparatos para adultos, y todos los gastos relacionados, incluidos hospitalización y anestesia para preparación para un trasplante, iniciación de inmunosupresores y tratamiento directo de lesiones traumáticas agudas, cáncer o paladar hendido.

Limitaciones

Los Servicios Cubiertos se limitan a \$3,000 por Afiliado por accidente u ocurrencia (servicios Dentro y Fuera de la Red combinados). Este límite no se aplica a los

cargos del centro ambulatorio, la anestesia facturada por un Proveedor que no sea el Médico que presta el servicio ni los servicios que debemos cubrir por ley.

Pediatría

Consulte la sección Odontología pediátrica de esta Póliza para conocer los servicios pediátricos Cubiertos.

H. Diálisis

Cubrimos tratamientos de diálisis en el caso de una afección renal crónica o Aguda, lo que puede incluir el uso de un riñón artificial como dispositivo de apoyo.

I. Tratamiento para la infertilidad

Cubrimos procedimientos exploratorios y de diagnóstico para determinar si existe infertilidad, incluidos los procedimientos quirúrgicos para corregir afecciones o enfermedades diagnosticadas.

Limitaciones

No se cubren los procedimientos tales como la fecundación in vitro (In Vitro Fertilization - IVF), la transferencia intrafalopiana de gametos (Gamete Intrafallopian Transfer - GIFT) y la transferencia intrafalopiana de cigotos (Zygote Intrafallopian Transfer - ZIFT), que no son esenciales para la protección de la vida de una persona.

J. Interrupción del embarazo

Cubrimos abortos terapéuticos. Un aborto terapéutico es uno que se realiza para salvar la vida o mejorar la salud de la mujer, o en casos de violación o incesto.

K. Terapia de infusión

Cubrimos la terapia de infusión, es decir, la administración de medicamentos por medio de sistemas de aplicación especializados que, de otra manera, hubieran requerido una hospitalización. Los medicamentos o nutrientes administrados directamente por vía intravenosa se consideran terapia de infusión. Los medicamentos por vía oral o autoinyectados no se consideran parte de esta terapia. Los servicios deben ser solicitados por un Médico u otro Profesional de Cuidado de Salud autorizado y deben brindarse en un consultorio o estar a cargo de una agencia autorizada o certificada para ofrecer este tipo de terapia.

Cubrimos la terapia de infusión domiciliaria si Usted obtiene una Preautorización (si corresponde). Los beneficios de la terapia de infusión domiciliaria incluyen una combinación de servicios de enfermería, de equipo médico duradero y de medicamentos que se proporcionan y administran por vía intravenosa en el hogar.

La terapia de infusión domiciliaria incluye los siguientes servicios, entre otros: inyecciones (intramusculares, subcutáneas, subcutáneas continuas), nutrición parenteral total (TPN), terapia nutricional enteral, tratamiento con antibióticos, control del dolor y quimioterapia.

L. Medicamentos para uso en el consultorio

Cubrimos medicamentos e inyectables (excepto los autoinyectables) utilizados por Su Proveedor en el consultorio con fines preventivos y terapéuticos. Este beneficio se aplica cuando Su Proveedor solicita el Medicamento Recetado y se lo administra a Usted. Cuando los Medicamentos Recetados estén cubiertos en virtud de este beneficio, no estarán cubiertos según la sección Cobertura de Medicamentos Recetados de esta Póliza.

M. Pruebas de prehospitización

Cubrimos las pruebas de prehospitización solicitadas por Su Médico y realizadas en un Centro Hospitalario Ambulatorio antes de una cirugía programada en el mismo Hospital siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Las pruebas son necesarias para el diagnóstico y el tratamiento de la afección por la cual se realizará la cirugía, además de ser coherentes con dichos servicios.
- La reserva de una cama en el Hospital y del quirófano se llevó a cabo antes de la realización de las pruebas.
- La cirugía tendrá lugar en un plazo de siete (7) días desde la realización de las pruebas.
- El paciente está físicamente presente en el Hospital para las pruebas.

N. Segunda opinión

1. **Segunda opinión sobre cáncer.** Cubrimos una segunda opinión médica por parte de un Especialista apropiado, incluido, entre otros, un Especialista afiliado a un centro de cuidados de especialidad, en caso de diagnóstico de cáncer positivo o negativo, recurrencia del cáncer o recomendación de un tratamiento para el cáncer.
2. **Segunda opinión quirúrgica.** Cubrimos una segunda opinión quirúrgica por parte de un Médico calificado acerca de la necesidad de una cirugía.
3. **Segunda opinión quirúrgica requerida.** Es posible que solicitemos una segunda opinión antes de autorizar previamente un procedimiento quirúrgico. Usted no debe pagar nada cuando Nosotros solicitamos una segunda opinión.

- La segunda opinión debe ser brindada por un Especialista certificado luego de examinar al paciente.
 - Si la primera opinión no coincide con la segunda, Usted puede obtener una tercera.
 - Es posible que los consultores que brindan la segunda y tercera opinión no sean los responsables de realizar la cirugía a la que Usted se someterá.
4. **Segunda opinión en otros casos.** Es posible que existan otros casos en los que Usted esté en desacuerdo con el tratamiento que recomendó un Proveedor. En tales casos, Usted puede solicitar que designemos a otro Proveedor para que brinde una segunda opinión. Si la primera opinión no coincide con la segunda, designaremos a otro Proveedor para que brinde una tercera opinión. Luego de la finalización del proceso de segunda opinión, preautorizaremos y aprobaremos los Servicios Cubiertos respaldados por la mayoría de los Proveedores que revisaron Su caso.

O. Cirugía mamaria reconstructiva

Cubrimos la cirugía reconstructiva para corregir deformidades significativas ocasionadas por anomalías congénitas o del desarrollo, enfermedades, lesiones o un tratamiento anterior a fin de crear una apariencia más normal. Entre los beneficios, se incluye la cirugía que se realiza para restaurar la simetría luego de una mastectomía. Los servicios reconstructivos necesarios como resultado de un tratamiento anterior se cubren únicamente si el primer tratamiento hubiera sido un Servicio Cubierto en virtud de este Plan.

P. Otras cirugías reconstructivas y correctivas

Cubrimos la cirugía reconstructiva y correctiva diferente de la cirugía mamaria reconstructiva solo cuando cumple las siguientes condiciones:

- Se realiza para corregir deformidades significativas ocasionadas por anomalías congénitas o del desarrollo, enfermedades, lesiones o un tratamiento anterior a fin de crear una apariencia más normal.
- Se realiza para restaurar la simetría luego de una mastectomía.
- Es necesaria como resultado de un tratamiento anterior y se cubre únicamente si el primer tratamiento hubiera sido un Servicio Cubierto en virtud de este Plan.
- Es, de otra manera, Médicamente Necesaria.

Q. Trastorno de la articulación craneomandibular o temporomandibular y trastorno de la mandíbula craneomandibular

Cubrimos Beneficios para el trastorno temporomandibular (articulación que

conecta la mandíbula inferior al hueso temporal al costado de la cabeza) y el trastorno craneomandibular (músculo de la cabeza y el cuello).

R. **Trasplantes**

Los requisitos o beneficios para los servicios de trasplante de tejidos y órganos humanos (médula ósea/células madre) que se describen a continuación no se aplican a lo siguiente:

- Cualquier Servicio Cubierto, relacionado con un Procedimiento de Trasplante cubierto, recibido antes o después del Período de Beneficios de Trasplantes. Tenga en cuenta que la evaluación inicial y cualquier prueba adicional necesaria que realice Su Proveedor para determinar Su elegibilidad como candidato para un trasplante, como también la extracción y el almacenamiento de médula ósea/células madre, se incluyen en el beneficio del Procedimiento de Trasplante cubierto, independientemente de la fecha del servicio.

Los servicios anteriores se cubren como servicios para pacientes internos, servicios ambulatorios o visitas médicas domiciliarias, según el lugar donde se preste el servicio, sujeto a los costos compartidos del Afiliado.

Procedimiento de trasplante cubierto

Cualquier transfusión y trasplante de médula ósea/células madre, riñón, córnea y órganos humanos que sea Médicamente Necesaria, según lo determinemos Nosotros, incluidos los procedimientos de adquisición, la extracción y el almacenamiento necesarios, como también la terapia mieloablativa preparatoria Médicamente Necesaria.

Cubrimos búsquedas de donantes no relacionados para trasplantes de médula ósea o células madre hasta \$30,000 por Procedimiento de Trasplante Cubierto. Además, cubrimos los cargos Médicamente Necesarios para la obtención de un órgano de un donante vivo, incluidas las complicaciones del procedimiento de donación durante un máximo de seis semanas desde la fecha de obtención. Los beneficios para el donante se limitan a aquellos que ninguna otra fuente le brinda al donante.

Período de beneficios de trasplante

Comienza un día antes de un Procedimiento de Trasplante cubierto y continúa durante el período correspondiente. La cantidad de días variará según el tipo de trasplante recibido y el acuerdo con el Proveedor del Trasplante Dentro de la red. Comuníquese con Nosotros para obtener información específica del Proveedor de

Trasplante Dentro de la Red sobre los servicios recibidos en un Centro de Proveedores de Trasplantes Dentro de la Red o coordinados por dicho centro.

Preautorización

A fin de maximizar Sus beneficios, le recomendamos que se comunique con Nosotros para analizar la cobertura de beneficios cuando se determina que es posible que sea necesario realizar un trasplante. Debe hacer esto antes de someterse a una evaluación o revisión para un trasplante. Lo ayudaremos a la hora de maximizar Sus Beneficios proporcionándole información sobre la cobertura, incluidos detalles sobre los servicios cubiertos y acerca de si se aplican pautas de cobertura clínica, políticas médicas, requisitos del Proveedor de Trasplante Dentro de la Red o exclusiones. Incluso si emitimos una aprobación previa para el Procedimiento de Trasplante cubierto, Usted o Su Proveedor debe comunicarse con Nosotros para obtener la precertificación antes del trasplante, independientemente de que este se realice en un Centro Ambulatorio o para Pacientes Internos.

Tenga en cuenta que hay casos en los que Su Proveedor solicita la aprobación de pruebas de antígeno leucocitario humano (human leukocyte antigen - HLA), búsquedas de donantes o extracción y almacenamiento de células madre antes de la determinación final acerca de qué procedimiento de trasplante se solicitará. En estas circunstancias, los cargos relacionados con las pruebas de ALH y la búsqueda de donantes están cubiertos como pruebas de diagnóstico de rutina. Se revisará la solicitud de extracción y almacenamiento para determinar la Necesidad Médica y aprobarla. Sin embargo, la aprobación que se otorga para pruebas de ALH, búsqueda de donantes o extracción y almacenamiento NO representa una aprobación para el trasplante solicitado subsiguiente. Es posible que se tome una determinación de Necesidad Médica independiente para el procedimiento de trasplante.

Transporte y alojamiento

Proporcionaremos asistencia con los gastos de viaje necesarios y razonables según lo determinemos Nosotros cuando Usted obtenga la aprobación previa si debe viajar más de 75 millas (120 kilómetros) desde Su lugar de residencia para llegar al centro donde se realizará el Procedimiento de Trasplante cubierto. Nuestra asistencia con los gastos de viaje incluye el traslado desde y hacia el centro y alojamiento para el paciente y un acompañante. Si el Afiliado que recibe tratamiento es un menor, es posible que se cubran los gastos de transporte y alojamiento razonables y necesarios para dos acompañantes. Al presentar los formularios de facturación, el Afiliado debe enviar recibos detallados de los gastos

de transporte y alojamiento de forma satisfactoria para Nosotros. Comuníquese con Nosotros para obtener información detallada.

En el caso de los beneficios de transporte terrestre y alojamiento, proporcionaremos un beneficio máximo de hasta \$10,000 por trasplante.

Entre los Servicios No Cubiertos para transporte y alojamiento, se incluyen los siguientes:

- Cuidado de niños
- Viáticos dentro de la ciudad donde se encuentra el centro de trasplante médico
- Autos en alquiler, autobuses, taxis o servicio regular de transporte, excepto según lo aprobemos específicamente Nosotros
- Millas de viajero frecuente
- Cupones, vales o boletos de viaje
- Prepagos o depósitos
- Servicios por una afección que no está directamente relacionada con el trasplante ni es un resultado directo de dicha intervención
- Llamadas telefónicas
- Servicios de lavandería
- Gastos postales
- Entretenimiento
- Visitas provisionales a un centro de cuidado de salud mientras espera el procedimiento de trasplante real
- Gastos de viaje para cuidador/acompañante de donante
- Visitas de seguimiento para el donante por el tratamiento de una afección encontrada durante la evaluación

SECCIÓN 8: SERVICIOS MÉDICOS DE HOSPITALIZACIÓN

Consulte el Programa de Beneficios para conocer los requisitos de los Costos Compartidos, los límites de días o visitas y los requisitos de Preautorización o Referencia que se aplican a estos beneficios.

No cubrimos los Servicios de hospitalización que se proporcionan en una institución residencial, centro de tratamiento, centro de rehabilitación o institución de vivienda asistida, o escuela porque el entorno del hogar del Afiliado no está disponible o no es adecuado. Dicho cuidado consiste principalmente en un servicio de pensión completa, incluso si se incluyen sesiones de terapia.

A. Servicios hospitalarios

Cubrimos servicios hospitalarios para Pacientes Internos en el caso de tratamientos o cuidados Agudos ofrecidos o solicitados por un Profesional de Cuidado de Salud debido a una enfermedad o lesión de tal gravedad que debe tratarse como paciente interno, incluidos los siguientes:

- Servicio de habitación semiprivada y comida
- Cuidado de enfermería general, especial y crítico
- Comidas y dietas especiales
- Utilización de equipos y salas de operación, recuperación y cistoscópicos
- Utilización de equipos y unidades de cuidados intensivos, cuidados especiales o cuidado cardíaco
- Artículos terapéuticos y de diagnóstico, como, por ejemplo, fármacos y medicamentos, suero, productos biológicos y vacunas, preparaciones intravenosas, colorante para visualización y su administración al paciente, sin incluir aquellos que no están comercialmente disponibles para la compra y el Hospital puede obtener fácilmente
- Vendajes y yesos
- Suministros y utilización de equipos en relación con oxígeno, anestesia, fisioterapia, quimioterapia, electrocardiogramas, electroencefalogramas, radiografías y radioterapia, pruebas de laboratorio y exámenes patológicos
- Sangre y productos de la sangre excepto cuando tiene a su disposición un programa de reemplazo de sangre voluntario
- Radioterapia, terapia de inhalación, quimioterapia, rehabilitación pulmonar y cardíaca, y terapia de infusión
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla a corto plazo
- Cualquier suministro y servicio médico adicional que se proporcione mientras Usted es paciente registrado en la cama de un Hospital y que facture el Hospital

SECCIÓN 8: SERVICIOS MÉDICOS DE HOSPITALIZACIÓN

Los requisitos de Costos Compartidos del Programa de Beneficios se aplican a una Hospitalización continua, es decir, días consecutivos de servicios Dentro del Hospital recibidos como paciente interno, u Hospitalizaciones sucesivas, cuando el alta y la rehospitalización ocurren dentro de un período no superior a 90 días.

B. Servicios de observación

Cubrimos servicios de observación en un Hospital. Los servicios de observación son servicios ambulatorios Hospitalarios proporcionados para ayudar a un Médico a decidir si hospitalizar al paciente o darle el alta. Estos servicios incluyen el uso de una cama y un monitoreo periódico por parte de personal de enfermería u otro personal autorizado.

C. Servicios médicos para Pacientes Internos

Cubrimos visitas médicas por parte de un Profesional de Cuidado de Salud en cualquier día mientras duren los cuidados para pacientes internos cubiertos en virtud de esta Póliza.

D. Estadía como Paciente Interno para cuidados de maternidad

Cubrimos cuidados de maternidad para Pacientes Internos en un Hospital (para la madre), como también cuidados de recién nacidos para Pacientes Internos en un Hospital (para el bebé), durante al menos 48 horas luego de un parto vaginal normal y al menos 96 horas luego de un parto por cesárea, independientemente de si dicho cuidado es Médicamente Necesario. El cuidado proporcionado incluirá educación para los padres, asistencia y capacitación para la lactancia o la alimentación con biberón, y la realización de las evaluaciones clínicas necesarias para la madre y el recién nacido. También cubriremos los días adicionales de dicho cuidado que, según determinemos, sean Médicamente Necesarios.

Si un recién nacido debe permanecer en el Hospital como Paciente Interno luego de que le den el alta a la madre, los servicios para el recién nacido se considerarán una hospitalización independiente, diferente de aquella por Maternidad o de enfermería de rutina normal. Se aplicarán Costos Compartidos para Pacientes Internos diferentes.

Si la madre o el recién nacido reciben el alta antes del vencimiento de la cantidad correspondiente de horas de cuidados para Pacientes Internos necesarias para obtener cobertura, se cubrirán y proporcionarán cuidados de seguimiento dentro de las 72 horas luego del alta. Es posible que se cubra una estadía inferior al período mínimo mencionado anteriormente si Su Médico tratante o enfermero

registrado de práctica avanzada determina que Usted o Su hijo recién nacido no necesitan cuidados posparto para Pacientes Internos adicionales, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones y la madre esté de acuerdo:

- Su Médico tratante o enfermero registrado de práctica avanzada considera que el niño recién nacido cumple con los criterios de estabilidad médica según el documento Guidelines for Perinatal Care (Pautas de cuidados perinatales) preparado por la American Academy of Pediatrics (Academia Estadounidense de Pediatría) y el American College of Obstetricians and Gynecologists (Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos) que determinan la duración apropiada de la estadía según la evaluación de los siguientes aspectos:
 - El curso anteparto, intraparto y posparto de la madre y el bebé
 - La etapa gestacional, el peso al nacer y el estado clínico del bebé
 - La capacidad demostrada de la madre para cuidar al bebé luego del alta
 - La disponibilidad de cuidados de seguimiento luego del alta para verificar el estado del bebé

Los Servicios Cubiertos incluyen visitas domiciliarias de cuidados posparto a cargo de un Médico o Enfermero, realizadas no más de 72 horas después de que Usted y Su hijo recién nacido hayan recibido el alta en el Hospital. La cobertura para esta visita incluye los siguientes servicios, entre otros:

- Educación para los padres
- Asistencia y capacitación para la lactancia o la alimentación con biberón
- Realización de cualquier prueba maternal o neonatal de rutina durante el curso habitual de los cuidados para Pacientes Internos para Usted o Su hijo recién nacido, incluida la extracción de una muestra adecuada para realizar exámenes hereditarios y metabólicos sobre el recién nacido

A Su criterio, esta visita puede realizarse en el consultorio del Médico.

También se cubren los cuidados de seguimiento a cargo de un Médico o una fuente de cuidados de seguimiento a cargo de un enfermero registrado de práctica avanzada luego del parto. Entre los servicios cubiertos como cuidados de seguimiento, se incluyen evaluación física de la madre y del recién nacido, educación para los padres, asistencia y capacitación para la lactancia o la alimentación con biberón, evaluación del sistema de apoyo domiciliario, realización de cualquier prueba clínica apropiada y Medicamento Necesaria, y cualquier otro servicio que sea coherente con el cuidado de seguimiento recomendado en las pautas y los protocolos desarrollados por organizaciones nacionales que

representan a profesionales de enfermería, obstetricia y pediatría. La cobertura se aplica a los servicios proporcionados en un entorno médico o a través de las visitas de cuidados de salud en el hogar. Las visitas de cuidados de salud en el hogar están cubiertas únicamente si el Profesional de Cuidado de Salud que realiza la visita posee conocimientos y experiencia en cuidados de maternidad y recién nacidos.

E. Estadía como Paciente Interno para cuidados por una mastectomía

Cubrimos los servicios para pacientes internos para los Afiliados que se someten a una disección de nódulos linfáticos, lumpectomía, mastectomía o mastectomía parcial para el tratamiento del cáncer de mama y cualquier complicación física que surja de la mastectomía, incluido una linfedema, durante un período médicamente apropiado, según lo determinen Usted y Su Médico tratante.

F. Servicios de Rehabilitación

Cubrimos los Servicios de Rehabilitación para pacientes internos que consisten en fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. Los Servicios de Rehabilitación para Pacientes Internos y los servicios del Programa de Rehabilitación Diurno se limitan a una cantidad máxima combinada de 60 días por Año del Plan.

Los servicios del Programa de Rehabilitación Diurno proporcionados a través de un Hospital de Día para Servicios de Rehabilitación son Servicios Cubiertos. El Programa de Rehabilitación Diurno está destinado a aquellos pacientes que no requieren de cuidados para Pacientes Internos, pero que sí necesitan un programa de terapia de rehabilitación entre cuatro y ocho horas por día, 2 o más días a la semana, en un Hospital de Día. Los servicios de dicho programa pueden consistir en fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, servicios de enfermería y servicios neuropsicológicos. Para que este programa sea un Servicio Cubierto, se deben proporcionar dos servicios de terapia, como mínimo.

G. Centro de Enfermería Especializada

Cubrimos los servicios prestados en un Centro de Enfermería Especializada, incluidos el cuidado y el tratamiento en una habitación semiprivada. Los cuidados domiciliarios, asistenciales o para convalecientes no están cubiertos (consulte la sección Exclusiones de esta Póliza). La hospitalización en un Centro de Enfermería Especializada debe estar respaldada por un plan de tratamiento preparado por Su Proveedor y aprobado por Nosotros. Consulte el Programa de Beneficios para conocer los límites con respecto a los beneficios.

H. Limitaciones/términos de la Cobertura

1. Cuando Usted reciba cuidados para pacientes internos en un Centro, no cubriremos los cargos adicionales por medicamentos y suministros que el Centro le proporcione para utilizar en el hogar.
2. Cubriremos los cargos adicionales por los servicios de un enfermero especializado y los cargos por una habitación privada si se trata de servicios Médicamente Necesarios. Si Usted ocupa una habitación privada, y dicha habitación no es Médicamente Necesaria, Nuestra cobertura se basará en el cargo máximo para habitaciones semiprivadas del Centro. Usted deberá pagar la diferencia entre ese cargo y el cargo por una habitación privada.
3. No cubrimos los cargos en los que Usted incurra luego de la fecha en la que, a nuestro entender, ya no es Médicamente Necesario que Usted reciba cuidados para pacientes internos, a menos que Nuestra denegación sea anulada por un Agente de Apelación Externa.

SECCIÓN 9: COBERTURA MÉDICA DE EMERGENCIA

Consulte el Programa de Beneficios para conocer los requisitos de los Costos Compartidos, los límites de días o visitas y los requisitos de Preautorización o Referencia que se aplican a estos beneficios.

A. Cuidado de emergencia (incluidos los servicios de la sala de emergencias)

Cubrimos los Servicios de Emergencia para el tratamiento de una Afección Médica de Emergencia en un Hospital. Por ejemplo, una Afección Médica de Emergencia puede incluir, entre otras, las siguientes condiciones:

- Dolor de pecho intenso
- Lesiones graves o múltiples
- Dificultad severa para respirar
- Cambio repentino en el estado mental (p. ej., desorientación)
- Sangrado grave
- Dolor agudo o condiciones que requieran de una atención inmediata, como, por ejemplo, sospecha de ataque cardíaco o apendicitis
- Intoxicación
- Convulsiones

Se proporcionará cobertura de los Servicios de Emergencia para el tratamiento de Su Afección Médica de Emergencia independientemente de que el Proveedor sea un Proveedor Dentro de la Red. También cubriremos Servicios de Emergencia para tratar Su Afección Médica de Emergencia en todo el mundo. Sin embargo, cubriremos solo aquellos Servicios de Emergencia y suministros que sean Médicamente Necesarios y se proporcionen para tratar o Estabilizar Su Afección Médica de Emergencia en un Hospital.

No cubrimos los cuidados recibidos en una sala de emergencias que no estén destinados a tratar una Afección Médica de Emergencia, salvo según lo especificado en esta Póliza. Esto incluye, entre otros, la extracción de puntos en una sala de emergencias.

Siga las instrucciones que se detallan a continuación independientemente de que Usted se encuentre o no en Nuestra Área de Servicio en el momento en que ocurre Su Afección Médica de Emergencia:

1. **Visitas al Departamento de Emergencia del Hospital.** En caso de que Usted necesite tratamiento para una Afección Médica de Emergencia, solicite cuidado inmediato en el Departamento de Emergencia del Hospital más

cercano o llame al 911. Los Cuidados del Departamento de Emergencia no requieren una Preautorización. **Sin embargo, solo se cubren los Servicios de Emergencia para el tratamiento de una Afección Médica de Emergencia en un departamento de emergencia.**

No cubrimos el cuidado de seguimiento ni de rutina que se proporciona en el Departamento de Emergencia de un Hospital. Debe comunicarse con Nosotros para asegurarse de recibir el cuidado de seguimiento apropiado.

2. **Hospitalizaciones de emergencia.** En caso de que lo **hospitalicen**, Usted o alguien en Su nombre debe enviarnos una notificación al número que figura en Su tarjeta de identificación en un plazo de 48 horas desde dicha hospitalización o tan pronto como sea razonablemente posible.
3. **Pagos relacionados con los servicios de emergencia prestados.** El monto que le pagamos a un Proveedor Fuera de la Red por los Servicios de Emergencia será el monto que hemos negociado con dicho Proveedor por el Servicio de Emergencia o un monto que, según hayamos determinado, sea razonable por la prestación de ese servicio. Sin embargo, la cantidad negociada o la cantidad que determinamos razonable no superará el cargo del Proveedor Fuera de la Red y será, al menos, la mayor de las siguientes cantidades: 1) la cantidad que hemos negociado con los Proveedores Dentro de la Red por el Servicio de Emergencia (y, si se negocia más de una cantidad, la media de las cantidades); 2) el 100% de la Cantidad Autorizada para los servicios prestados por un Proveedor Fuera de la Red (es decir, la cantidad que pagaríamos en ausencia de cualquier Costo Compartido que de otra manera se aplicaría a los servicios de los Proveedores Fuera de la Red); o 3) la cantidad que se pagaría según Medicare.

Usted es responsable de cualquier Copago, Deducible o Coaseguro de la Red. Usted no es responsable de los cargos que cobre cualquier Proveedor Fuera de la Red y que excedan los montos de Copago, Deducible o Coaseguro. Si usted recibe un cargo de facturación por el saldo de un Proveedor de Emergencia Fuera de la Red por un monto que no sea ni un Copago, Deducible o Coaseguro, comuníquese con Oscar al 855-OSCAR-55.

B. Cuidados de Urgencia

A menudo, la Afección Médica reviste carácter de urgencia en lugar de ser de

SECCIÓN 9: COBERTURA MÉDICA DE EMERGENCIA

Emergencia. Todos los Servicios Cubiertos recibidos en Centros de Atención de Urgencia están sujetos a un Copago o Coaseguro por Cuidados de Urgencia. Los servicios de Cuidados de Urgencia están cubiertos cuando se reciben de un Proveedor Dentro de la Red. Los servicios de Cuidados de Urgencia recibidos de un Proveedor Fuera de la Red no están cubiertos. Si Usted experimenta una lesión accidental o un problema médico, determinaremos si Su lesión o afección requiere Cuidados de Urgencia o Servicios de Emergencia a los fines de la cobertura, según los síntomas que Usted presente.

Un problema médico que requiere Cuidados de Urgencia es un episodio inesperado de una enfermedad o una lesión que exige un tratamiento que no se puede posponer razonablemente para recibir cuidado programado de manera regular. No se lo considera una Afección Médica de Emergencia. Entre los problemas médicos que requieren Cuidados de Urgencia, se incluyen dolor de oído, dolor de garganta y fiebre (no superior a 104 grados). El tratamiento de un problema médico que requiere Cuidados de Urgencia no pone en riesgo la vida, y no es necesario el uso de una sala de emergencias en un Hospital. Si Usted llama a Su Médico antes de recibir cuidado por un problema médico de urgencia y Su Médico lo autoriza a ir a una sala de emergencias, el cuidado que Usted reciba se pagará al nivel especificado en el Programa de Beneficios para los Servicios de la Sala de Emergencias.

Si los Cuidados de Urgencia derivan en una hospitalización de emergencia, siga las instrucciones para las hospitalizaciones de este tipo que se describieron anteriormente.

SECCIÓN 10: SERVICIOS DE AMBULANCIA

Consulte el Programa de Beneficios para conocer los requisitos de los Costos Compartidos, los límites de días o visitas y los requisitos de Preautorización o Referencia que se aplican a estos beneficios. Los Servicios Médicos de Emergencia Prehospitalarios y los servicios de ambulancia para el tratamiento de una Afección Médica de Emergencia no requieren de Preautorización.

A. Traslado de emergencia en ambulancia

Cubrimos los Servicios Médicos de Emergencia Prehospitalarios para el tratamiento de una Afección Médica de Emergencia cuando dichos servicios son prestados por un servicio de ambulancia.

“Servicios Médicos de Emergencia Prehospitalarios” hace referencia a la evaluación y el tratamiento inmediatos de una Afección Médica de Emergencia o el traslado no aéreo hasta un Hospital. Los servicios deben ser prestados por una ambulancia diseñada, equipada y utilizada únicamente para trasladar a personas enfermas y lesionadas, y deben estar a cargo de Técnicos Médicos de Emergencia (Emergency Medical Technicians - EMT), paramédicos u otros profesionales médicos certificados. No obstante, solo cubriremos el traslado a un Hospital brindado por dicho servicio de ambulancia si una persona común y prudente que posee conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar razonablemente que la falta de dicho traslado derive en alguno de los siguientes casos:

- Peligro grave para la salud de la persona afectada por dicha afección, la salud de la mujer o del niño no nacido (si esa persona es una mujer embarazada) o, en el caso de una afección conductual, la salud de esa persona y de los demás.
- Deterioro grave de las funciones corporales de la persona.
- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de la persona.
- Desfiguración grave de la persona.

Un servicio de ambulancia no puede cobrarle ni solicitarle un reembolso por los Servicios Médicos de Emergencia Prehospitalarios, excepto en el caso del cobro de algún Copago, Deducible o Coaseguro que se aplique. En ausencia de tarifas negociadas, le pagaremos a un Proveedor Fuera de la Red el costo usual y razonable por los Servicios Médicos de Emergencia Prehospitalarios. Dicho costo no será excesivo ni irracional.

También cubrimos el traslado de emergencia en ambulancia por medio de un servicio de ambulancia autorizado (ambulancia terrestre, acuática o aérea) hasta el Hospital más cercano donde se puedan prestar los Servicios de Emergencia.

Cubrimos los Servicios Médicos de Emergencia Prehospitalarios y el traslado de emergencia en ambulancia en todo el mundo.

B. Traslado en ambulancia para casos que no son de emergencia

Cubrimos el traslado en ambulancia para casos que no son de emergencia por medio de un servicio de ambulancia autorizado (ambulancia terrestre o aérea, según corresponda) entre Centros si el recorrido es alguno de los siguientes:

- De un Hospital Fuera de la Red a un Hospital Dentro de la Red
- A un Hospital que ofrece un nivel de cuidado más elevado que no estaba disponible en el Hospital original
- A un Centro de Cuidado de Afecciones Agudas más rentable
- De un Centro de Cuidado de Afecciones Agudas a un Centro de Cuidado de Afecciones Subagudas

C. Límites/términos de la cobertura

- Los servicios de ambulancia están cubiertos únicamente cuando son Médicamente Necesarios, excepto en los siguientes casos:
 - Cuando los solicita un empleador, escuela, bombero u oficial de seguridad pública y el Afiliado no está en condiciones de negarse.
 - Cuando le solicitamos a un Afiliado que se traslade desde un Proveedor Fuera de la Red hasta un Proveedor Dentro de la Red.
- No cubrimos gastos de transporte o viaje, a menos que estén relacionados con una Afección Médica de Emergencia o con una transferencia entre Centros aprobada por Nosotros, aunque los haya recetado un Médico.
- No ofrecemos cobertura para lo siguiente:
 - Traslados que no sean en ambulancia, como, por ejemplo, en vehículos para personas con discapacidades, furgonetas o taxis
 - Viajes hasta el consultorio o la clínica de un Médico
 - Viajes hasta la morgue o la funeraria
- Los traslados en ambulancia deben hacerse hasta el centro local más cercano que pueda brindar los Servicios Cubiertos apropiados para Su afección. Si ninguno de estos centros están en Su área local, se cubren los viajes hasta el centro más cercano fuera de dicha área. El uso de ambulancias no está cubierto cuando se puede usar otro tipo de transporte sin poner en riesgo la salud del Afiliado. El uso de una ambulancia por conveniencia del Afiliado, de su familia o del Médico no es un Servicio Cubierto.

SECCIÓN 11: COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Consulte el Programa de Beneficios para conocer los requisitos de los Costos Compartidos, los límites de suministro y los requisitos de Preautorización o Referencia Médica que se aplican a estos beneficios.

A. Medicamentos Recetados Cubiertos

Cubrimos los Medicamentos Recetados Médicamente Necesarios que, excepto que se especifique lo contrario, pueden dispensarse únicamente según una receta y tienen las siguientes características:

- No son experimentales ni están en fase de investigación.
- Son apropiados en términos de cantidad, según nuestra opinión.
- Son apropiados para Su edad, según nuestra opinión.
- Por ley, deben llevar la leyenda “Caution – Federal Law prohibits dispensing without a prescription” (Precaución: La Ley Federal prohíbe la venta sin receta).
- Están aprobados por la FDA.
- Son solicitados por un Proveedor autorizado para recetarlos y están dentro del ámbito de práctica del Proveedor.
- Se recetan de acuerdo con las pautas de dosificación y administración aprobadas por la FDA.
- Los vende una Farmacia de la Red autorizada.

Entre los Beneficios de Medicamentos Recetados Cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Medicamentos Recetados (o de Venta con Receta).
- Medicamentos de Especialidad.
- Insulina inyectable y jeringas utilizadas para la administración de insulina.
- Los anticonceptivos orales o inyectables y los parches están cubiertos cuando se los obtiene a través de una Farmacia elegible. Determinados anticonceptivos están cubiertos en virtud del beneficio de “Cuidados Preventivos”. Consulte esa sección para obtener más detalles.
- Inyectables.
- Uso fuera de indicación, a menos que Nosotros o el Administrador de Beneficios de Farmacia (Pharmacy Benefits Manager - PBM) lo aprobemos, o cuando el medicamento haya sido reconocido como seguro y eficaz para el tratamiento de esa indicación en uno o más de los compendios de referencia médica estándares adoptados por el Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. o en publicaciones médicas que cumplen determinados criterios. Solo se aceptan las publicaciones médicas si se cumplen todos los requisitos a continuación:

(1) Dos artículos de importantes revistas médicas profesionales revisadas por pares han reconocido la efectividad y la seguridad del medicamento para el tratamiento de la indicación para la cual se lo recetó. (2) Ningún artículo de una importante revista médica profesional revisada por pares ha concluido que el medicamento es poco seguro o efectivo, o que no se pueden determinar la efectividad y la seguridad del medicamento para el tratamiento de la indicación para la cual se lo recetó. (3) Cada artículo cumple con los requisitos de uniformidad para los manuscritos enviados a revistas biomédicas establecidos por el comité internacional de editores de revistas médicas o se publica en una revista especificada por el Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. como publicación médica revisada por pares aceptable.

Entre los Beneficios de Medicamentos Recetados No Cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Medicamentos Recetados dispensados por cualquier programa de Servicios por Correo que no sea el Servicio por Correo de Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia, a menos que la ley lo prohíba.
- Medicamentos, dispositivos y productos o Medicamentos Recetados (o de Venta con Receta) con equivalentes de venta libre y cualquier Medicamento, dispositivo o producto que sea terapéuticamente comparable con uno de venta libre. Esta Exclusión no se aplica a los productos de venta libre que debemos cubrir si se presenta una Receta en virtud de la ley federal.
- Medicamentos en cantidades que exceden la cantidad recetada o cualquier resurtido dispensado un año después de la fecha de la Receta original.
- Medicamentos no aprobados por la FDA.
- Cargos por la administración de cualquier Medicamento.
- Medicamentos consumidos en el momento y el lugar de entrega o donde se emite la Receta, como, por ejemplo, las muestras proporcionadas por un Médico. Esto no se aplica a los Medicamentos utilizados junto con un Servicio de Diagnóstico o con Quimioterapia realizada en el consultorio, ni a Medicamentos elegibles para la cobertura en virtud del beneficio de Suministros Médicos. Se trata de Servicios Cubiertos.
- Cualquier Medicamento cuyo fin principal sea la pérdida de peso.
- Medicamentos que no requieren de una receta según la ley federal (incluidos los Medicamentos que requieren de una receta en virtud de la ley estatal, pero no de la federal), a excepción de la insulina inyectable.
- Medicamentos en cantidades que exceden los límites establecidos por el Plan o que exceden cualquier límite de edad establecido por Nosotros.
- Medicamentos para el tratamiento de disfunciones o problemas sexuales o

SECCIÓN 11: COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

- de erección, independientemente del origen o la causa.
- Medicamentos para la infertilidad.
- Las vacunas orales y los productos biológicos, aunque sean Medicamentos de venta con receta federales, son pagaderos como suministros médicos según el lugar donde se presta el servicio o se obtiene el artículo. Si tales artículos son productos, dispositivos o Medicamentos de venta libre, no son Servicios Cubiertos.
- Hormona del crecimiento humano para niños que nacen pequeños para la edad gestacional. Solo lo consideramos un Servicio Cubierto en otras situaciones si se cuenta con una Preautorización.
- Medicamentos Compuestos salvo que haya al menos un ingrediente que requiera una receta.
- Tratamiento de onicomicosis (hongos en las uñas de los pies).
- Determinados Medicamentos Recetados (o de Venta con Receta) no son Servicios Cubiertos si existe alguna versión o concentración que sea de venta libre. Comuníquese con Nosotros para obtener información adicional sobre estos Medicamentos.
- Resurtidos de medicamentos extraviados o robados.
- Es posible que no se cubran determinados Medicamentos Recetados cuando haya alternativas clínicamente equivalentes disponibles, a menos que la ley exija lo contrario.

Los Medicamentos Recetados no cubiertos que figuran arriba pueden estar cubiertos si se los aprueba durante el Proceso de Excepción de Formulario.

Puede comunicarse con Nosotros al número que figura en Su tarjeta de identificación para solicitar una copia de Nuestro Formulario a fin de obtener una lista de los Medicamentos Recetados cubiertos o para averiguar si un medicamento específico está cubierto en virtud de esta Póliza. Nuestro Formulario también se encuentra disponible en Nuestro sitio web, www.hioscar.com.

B. Resurtidos

Cubrimos Resurtidos de Medicamentos Recetados solo cuando se los dispensa en una farmacia minorista o de envío por correo, según la receta emitida por un Proveedor autorizado, y solo luego de que se haya utilizado $\frac{3}{4}$ del Medicamento Recetado original. Los Beneficios de Resurtidos no se proporcionarán si transcurrió más de un (1) año desde la fecha de la receta original.

C. Información sobre pagos y beneficios

Gastos de Costos Compartidos. Usted es responsable de pagar los costos

SECCIÓN 11: COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

detallados en el Programa de Beneficios cuando los Medicamentos Recetados cubiertos se obtienen de una Farmacia minorista o de envío por correo.

Usted cuenta con un diseño de plan de tres (3) niveles, lo que significa que los gastos de su bolsillo serán, por lo general, más bajos para los Medicamentos Recetados del nivel 1 y más altos para aquellos del nivel 3. Los gastos de su bolsillo para los Medicamentos Recetados del nivel 2 serán, por lo general, más altos que los del nivel 1, pero inferiores a los del nivel 3.

Es posible que se aplique un cargo adicional cuando un Medicamento Recetado de un nivel superior se dispensa por pedido suyo o de Su Proveedor y cuando existe un Medicamento Recetado químicamente equivalente en un nivel inferior, a menos que Nosotros aprobemos la cobertura en el nivel superior. Usted deberá pagar la diferencia entre la tarifa contratada del Medicamento Recetado en el nivel superior y la tarifa contratada de dicho medicamento en el nivel inferior. La diferencia de costos debe pagarse junto con el Copago o Coaseguro del nivel inferior.

Usted es responsable de pagar el costo total (el monto que la Farmacia le cobra) por cualquier Medicamento Recetado no cubierto, y Nuestras tarifas contratadas (Nuestro Costo de Medicamento Recetado) no estarán disponibles para Usted.

Farmacias Dentro de la Red. En el caso de los Medicamentos Recetados comprados en una Farmacia minorista o de envío por correo Dentro de la Red, Usted es responsable de pagar el monto más bajo de los siguientes:

- Los Costos Compartidos correspondientes
- El Cargo Usual y Acostumbrado de la Farmacia Dentro de la Red (que incluye una tarifa de entrega e impuestos sobre la venta) por el Medicamento Recetado

(Sus Costos Compartidos nunca excederán el Cargo Usual y Acostumbrado del Medicamento Recetado).

En caso de que Nuestras Farmacias Dentro de la Red no puedan proporcionar el Medicamento Recetado cubierto y no puedan pedir dicho medicamento en un plazo razonable, Usted puede, con Nuestra aprobación previa por escrito, comprar el Medicamento Recetado en una Farmacia Fuera de la Red. Comuníquese con Nosotros al número que figura en Su tarjeta de identificación para solicitar la aprobación.

Farmacias Fuera de la Red. No pagaremos ningún Medicamento Recetado que

SECCIÓN 11: COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Usted compre en una Farmacia minorista o de envío por correo Fuera de la Red, excepto según se describió anteriormente.

Farmacias Designadas. Si Usted requiere de determinados Medicamentos Recetados, como, por ejemplo, Medicamentos Recetados de especialidad, es posible que lo enviemos a una Farmacia Designada con la cual tengamos un acuerdo para proporcionar dichos medicamentos.

Por lo general, los Medicamentos Recetados de especialidad son Medicamentos Recetados que están aprobados para tratar afecciones o a poblaciones de pacientes limitadas; normalmente son inyectables o de infusión, o requieren de una estrecha supervisión por parte de un Proveedor; o presentan una disponibilidad limitada y requisitos de entrega especiales o requieren de apoyos adicionales para el paciente.

Si Usted es derivado a una Farmacia Designada y elige no obtener Su Medicamento Recetado de una farmacia de ese tipo, Usted no recibirá cobertura para ese Medicamento Recetado.

Envío por correo. Usted es responsable de pagar el monto más bajo de los siguientes:

- Los Costos Compartidos correspondientes
- El Costo del Medicamento Recetado

(Sus Costos Compartidos nunca excederán el Cargo Usual y Acostumbrado del Medicamento Recetado).

Para maximizar Su beneficio, pídale a Su Proveedor que emita la Receta o indique el Resurtido para un suministro de 90 días, con Resurtidos según sea apropiado (no un suministro de 30 días con 3 Resurtidos). Se le cobrará el Costo Compartido de envío por correo por cualquier Receta o Resurtido enviado a la farmacia de envío por correo independientemente de la cantidad de días de suministro indicados en la Receta o en el Resurtido.

Los Medicamentos Recetados comprados a través del envío por correo se enviarán directamente a Su hogar u oficina.

Proporcionaremos los beneficios que se aplican a los medicamentos dispensados por una Farmacia de envío por correo a los medicamentos comprados en una Farmacia minorista si dicha farmacia minorista tiene un acuerdo de participación

SECCIÓN 11: COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

con Nosotros o Nuestro proveedor en el cual acepte estar sujeta a los mismos términos y condiciones que una Farmacia de envío por correo Dentro de la Red.

Usted o Su Proveedor pueden obtener una copia de la lista de Medicamentos Recetados disponibles a través del envío por correo visitando Nuestro sitio web (www.hioscar.com) o llamando al número que figura en Su tarjeta de identificación.

Estado del nivel. El estado del nivel de un Medicamento Recetado puede cambiar periódicamente. Estos cambios pueden ocurrir sin que Usted reciba un aviso previo. Sin embargo, si Usted tiene una receta para un medicamento que se movió a un nivel superior (que no sea un Medicamento de Marca que comienza a estar disponible como Medicamento Genérico según se describe a continuación), le enviaremos una notificación. Cuando ocurran dichos cambios, es posible que cambien los gastos de su bolsillo. Para acceder al estado del nivel más actualizado, visite Nuestro sitio web (www.hioscar.com) o llame al número que figura en Su tarjeta de identificación.

Cuando un Medicamento de Marca comienza a estar disponible como Medicamento Genérico. Cuando un Medicamento de Marca comienza a estar disponible como Medicamento Genérico, es posible que cambie el nivel de ubicación del Medicamento Recetado de Marca. Si esto sucede, Usted ya no tiene beneficios para ese Medicamento de Marca en particular. Tenga en cuenta que, si Usted está tomando un Medicamento de Marca que se excluirá debido a que comenzará a estar disponible un Medicamento Genérico, Usted recibirá un aviso previo por escrito sobre la exclusión de dicho medicamento. Si se rechaza la cobertura, Usted tiene derecho a una Apelación según se detalla en las secciones Revisión de utilización y Quejas, apelaciones y revisión externa de esta Póliza.

Proceso de excepción del Formulario. Si un Medicamento Recetado, incluidos los anticonceptivos, no figura en Nuestro Formulario, Usted, la persona que Usted designe o Su Profesional de Cuidado de Salud que receta pueden solicitar una excepción del Formulario para un Medicamento Recetado clínicamente apropiado por escrito o de forma electrónica o telefónica. La solicitud debe incluir una declaración de Su Profesional de Cuidado de Salud que receta acerca de que todos los medicamentos del Formulario serán o han sido ineficaces, no serían tan eficaces como el medicamento que no figura en el Formulario o tendrían efectos adversos. Si se aprueba la cobertura, los costos se tendrán en cuenta para el Límite de Gastos de su Bolsillo. Si se rechaza la cobertura en virtud de Nuestro proceso de excepción de Formulario acelerado o estándar, Usted tiene derecho a una apelación externa según se detalla en la sección Quejas, apelaciones y revisión

SECCIÓN 11: COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

externa de esta Póliza. Visite Nuestro sitio web (www.hioscar.com) o llame al 855-OSCAR-55 para obtener más información sobre este proceso.

Solo en el caso de los anticonceptivos, nos remitiremos a la recomendación de Necesidad médica que haga el Proveedor y proporcionaremos el servicio de anticonceptivos o el artículo aprobado por la FDA sin costos compartidos, si se lo solicita.

Revisión estándar de una excepción del Formulario. Tomaremos una decisión y le enviaremos una notificación a Usted o la persona que Usted designe y al Profesional de Cuidado de Salud que receta a más tardar 72 horas después de que hayamos recibido Su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el Medicamento Recetado mientras Usted lo tome, incluidos todos los resurtidos.

Revisión acelerada de una excepción del Formulario. Si Usted padece una afección de salud que podría poner en grave peligro Su salud, Su vida o Su capacidad de recuperar la plenitud de sus funciones, o si Usted está realizando actualmente un tratamiento con un Medicamento Recetado que no figura en el Formulario, puede solicitar una revisión acelerada de una excepción del Formulario. La solicitud debe incluir una declaración de Su Profesional de Cuidado de Salud que receta para indicar que Usted podría sufrir daños de forma razonable si no se proporciona el medicamento solicitado dentro de los plazos de Nuestro proceso estándar de excepción de Formulario. Tomaremos una decisión y le enviaremos una notificación a Usted o la persona que Usted designe y al Profesional de Cuidado de Salud que receta a más tardar 24 horas después de que hayamos recibido Su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el Medicamento Recetado mientras Usted padezca la afección médica que podría poner en grave peligro Su salud, Su vida o Su capacidad de recuperar la plenitud de sus funciones, o mientras dure Su tratamiento actual con el Medicamento Recetado que no figura en el Formulario.

Límites de suministro. Pagaremos un suministro no superior a 30 días en el caso de un Medicamento Recetado comprado en una Farmacia minorista. Usted es responsable de un (1) monto de Costos Compartidos por un suministro de hasta 30 días. Sin embargo, en el caso de los Medicamentos de Mantenimiento, pagaremos un suministro de hasta 90 días para un medicamento comprado en una Farmacia minorista. Usted es responsable de hasta tres (3) montos de Costos Compartidos por un suministro de 90 días en una Farmacia minorista.

SECCIÓN 11: COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Se proporcionarán beneficios para Medicamentos Recetados dispensados por una Farmacia de envío por correo en un suministro de hasta 90 días. Si Usted debe pagar un Copago, es responsable de un (1) monto de Copago por un suministro de 30 días hasta un máximo de dos montos y medio (2.5) de Copago por un suministro de 90 días. El monto de Coaseguro que figura en Su Programa de Beneficios se aplica independientemente del suministro.

Los Medicamentos Recetados de Especialidad pueden estar limitados a un suministro de 30 días cuando se los obtiene en una Farmacia minorista o de envío por correo. Para obtener más información sobre los límites de suministro para Medicamentos Recetados de especialidad, visite Nuestro sitio web (www.hioscar.com) o llame al número que figura en Su tarjeta de identificación.

Algunos Medicamentos Recetados pueden estar sujetos a límites de cantidad según criterios que Nosotros hemos desarrollado y que revisamos y modificamos periódicamente. El límite puede restringir la cantidad dispensada por Receta o Resurtido o la cantidad dispensada por suministro mensual. Para determinar si un Medicamento Recetado tiene asignado un nivel de cantidad máximo para dispensarlo, acceda a Nuestro sitio web (www.hioscar.com) o llame al número que figura en Su tarjeta de identificación. Si rechazamos una solicitud para cubrir una cantidad que supera Nuestro nivel de cantidad, Usted tiene derecho a una Apelación conforme a las secciones Revisión de utilización y Quejas, apelaciones y revisión externa de esta Póliza.

Suministro de Medicamentos Recetados de emergencia para el tratamiento de un trastorno por consumo de sustancias. Si Usted tiene una Afección Médica de Emergencia, puede acceder de inmediato, sin Preautorización, a un suministro de emergencia de cinco (5) días de un Medicamento Recetado para el tratamiento de un trastorno por consumo de sustancias, incluido un Medicamento Recetado para tratar la abstinencia de opioides o la estabilización y para la reversión de una sobredosis de opioides. Si Usted tiene un Copago, este se prorrateará. Si Usted recibe un suministro adicional del Medicamento Recetado dentro del período de 30 días en el cual recibió el suministro de emergencia, Su Copago por el resto del suministro de 30 días también se prorrateará. En ningún caso los Copagos prorrateados serán superiores a Su Copago por un suministro de 30 días. El monto de Coaseguro que figura en Su Programa de Beneficios se aplica independientemente del suministro.

Costos Compartidos para medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral. Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral se cubrirán de la misma forma y con un costo compartido no superior con respecto a los

medicamentos contra el cáncer inyectables o intravenosos.

D. Administración médica

Esta Póliza incluye determinadas funciones para determinar cuándo los Medicamentos Recetados deberían estar Cubiertos, las cuales se describen a continuación. Como parte de estas funciones, es posible que Su Proveedor que receta deba proporcionar más detalles para que podamos decidir si el Medicamento Recetado es Medicamento Necesario.

Preautorización En el caso de determinados Medicamentos Recetados, es posible que sea necesaria una Preautorización para garantizar que se cumplan las pautas y el uso adecuado en relación con la cobertura de Medicamentos Recetados. Su Proveedor será responsable de obtener la Preautorización para el Medicamento Recetado. En caso de que Usted elija comprar el Medicamento Recetado sin obtener Preautorización, Usted debe pagar el costo total del Medicamento Recetado y enviarnos una factura para obtener un reembolso.

Para obtener una lista de los Medicamentos Recetados que necesitan Preautorización, visite Nuestro sitio web (www.hioscar.com) o llame al número que figura en Su tarjeta de identificación. La lista se revisará y actualizará periódicamente. También nos reservamos el derecho a solicitar una Preautorización para cualquier Medicamento Recetado nuevo en el mercado o para cualquier Medicamento Recetado actualmente disponible que sufra un cambio en los protocolos de receta o en las indicaciones independientemente de la clasificación terapéutica, incluso si un Medicamento Recetado o artículo relacionado de la lista no está Cubierto en virtud de Su Póliza. Su Proveedor puede consultarnos qué Medicamentos Recetados están cubiertos.

Tratamiento escalonado. El tratamiento escalonado es un proceso en el cual es posible que Usted deba usar uno (1) o más tipos de Medicamentos Recetados para que Nosotros cubramos otro como Medicamento Necesario. Revisamos determinados Medicamentos Recetados para garantizar que se sigan las pautas de emisión de recetas adecuadas. Gracias a estas pautas, Usted puede obtener Medicamentos Recetados rentables y de alta calidad. Los Medicamentos Recetados que requieren de Preautorización en virtud del programa de tratamiento escalonado también están incluidos en la lista de medicamentos con Preautorización. Si se rechaza la cobertura, Usted tiene derecho a una Apelación según se detalla en las secciones Revisión de utilización y Quejas, apelaciones y revisión externa de esta Póliza.

E. Condiciones generales

Usted debe mostrar Su tarjeta de identificación en una Farmacia minorista cuando obtiene Su Medicamento Recetado, o bien debe proporcionar a la Farmacia información de identificación personal que Nosotros podamos verificar durante el horario de atención regular. Debe incluir Su número de identificación en los formularios proporcionados por la Farmacia de envío por correo donde Usted realiza una compra.

Utilización de medicamentos, gestión del costo y reembolsos. Realizamos varias actividades de gestión de la utilización diseñadas a fin de garantizar la utilización apropiada de los Medicamentos Recetados, evitar una utilización inapropiada y alentar el uso de medicamentos rentables. Gracias a estos esfuerzos, Usted se beneficia obteniendo Medicamentos Recetados apropiados de manera rentable. Los ahorros que resultan de estas actividades se ven reflejados en las Primas de Su cobertura. Además, de vez en cuando, es posible que firmemos acuerdos que nos permitan recibir reembolsos u otros fondos (“reembolsos”) directa o indirectamente de fabricantes de Medicamentos Recetados, distribuidores de Medicamentos Recetados u otros. Los reembolsos se basan en la utilización de los Medicamentos Recetados en toda Nuestra empresa y no únicamente en la utilización de dichos medicamentos por parte de un Afiliado determinado. Cualquier reembolso que recibamos puede o no aplicarse, en parte o en su totalidad, para reducir las primas por medio de un ajuste en los costos de facturación o un ajuste en el componente de gastos administrativos de las primas de Nuestros Medicamentos Recetados. En su lugar, cualquier reembolso de este tipo puede ser retenido por Nosotros, en parte o en su totalidad, a fin de financiar diferentes actividades, como nuevas actividades de gestión de la utilización, actividades de beneficios para la comunidad y actividades de aumento de reservas para la protección de los Afiliados. Los reembolsos no modificarán ni reducirán el monto de cualquier Copago o Coaseguro correspondiente en virtud de Nuestra cobertura de Medicamentos Recetados.

F. Recetas de analgésicos opioides para el tratamiento del dolor crónico

Los requisitos de Preautorización y las medidas de revisión de utilización que se describen en esta sección son necesarios como condiciones para proporcionar cobertura para un analgésico opioide recetado para el tratamiento del dolor crónico, a menos que se recete el medicamento en una de las siguientes circunstancias:

- A una persona que es paciente de un hospicio en virtud de un programa de cuidados para enfermos terminales
- A una persona a la que se le ha diagnosticado una Afección Terminal, pero

SECCIÓN 11: COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

no es paciente de un hospicio en virtud de un programa de cuidados para enfermos terminales

- A una persona que tiene cáncer u otra afección relacionada con el cáncer o los antecedentes de cáncer

A la hora de determinar si pueden condonarse la Preautorización y las medidas de revisión de utilización, tendremos en cuenta uno o ambos documentos a continuación, según corresponda para el caso en el cual se receta el analgésico opiáceo:

- Si el tratamiento con el medicamento continúa durante más de noventa (90) días, los requisitos de la sección 4731.052 del Ohio Revised Code (Código Revisado de Ohio).
- Si la dosis diaria equivalente de morfina para el medicamento supera los ochenta (80) miligramos o la persona está recibiendo un tratamiento con benzodiazepina cuando se receta el analgésico opiáceo, las pautas establecidas por el equipo de acción de opiáceos del gabinete del gobernador y presentadas en el documento titulado "Ohio Guidelines for Prescribing Opioids for the Treatment of Chronic, Non-terminal Pain 80 mg of a Morphine Equivalent Daily Dose (MED) 'Trigger Point'" (Pautas de Ohio para recetar opiáceos para el tratamiento del dolor crónico no terminal, punto desencadenante de 80 mg de dosis diaria equivalente de morfina, o MED) o un documento posterior, a menos que las pautas ya no estén vigentes cuando se receta dicho analgésico.

A los fines de esta sección, "Afección Terminal" significa una afección irreversible, incurable e intratable ocasionada por una enfermedad o lesión, que probablemente genere la muerte del paciente. Una Afección Terminal es aquella en la que puede no haber recuperación, si bien pueden existir períodos de remisión.

La sincronización de medicamentos es un servicio que brinda una farmacia para sincronizar el abastecimiento o reabastecimiento de medicamentos recetados de modo que le permita obtener el medicamento dispensado en la misma fecha todos los meses. Ofrecemos el servicio de sincronización de medicamentos solo si se cumplen las siguientes condiciones:

1. Elige participar en la sincronización de medicamentos.
2. Usted, Su Proveedor y un farmacéutico de una farmacia dentro de la red acuerdan que la sincronización de medicamentos es la mejor opción para Usted.
3. Se cumplen todos los siguientes requisitos:
 - a. El medicamento está cubierto y no está excluido.

SECCIÓN 11: COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

- b. El medicamento se receta para tratar una afección o enfermedad crónica y requiere reabastecimiento.
- c. Usted ha cumplido todos los requisitos de Preautorización.
- d. El medicamento no tiene límites de cantidad, criterios de optimización de dosis ni ningún otro requisito que pudiera violarse en caso de sincronización.
- e. El medicamento no tiene ningún requisito de manipulación o abastecimiento especial que requiera que una farmacia exclusivamente designada realice el abastecimiento o reabastecimiento del medicamento recetado.
- f. El medicamento está formulado de tal modo que la cantidad o el monto que se dispensa pueda dividirse eficazmente para lograr la sincronización.
- g. El medicamento no es una sustancia controlada de clase II, opiáceo ni benzodiazepina. Para cada medicamento sujeto a la sincronización, autorizaremos la cobertura cuando el medicamento se dispense en una cantidad o monto que sea inferior a un suministro de treinta días, por única vez, a menos que la dosis o la frecuencia de administración recetada cambie o el medicamento cambie. También aplicaremos una tasa de costo compartido por un suministro de un medicamento sincronizado dispensado en una farmacia de la red.

SECCIÓN 12: SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PARA TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

La cobertura de Servicios de Salud Mental y para Trastornos por Consumo de Sustancias también incluye cobertura para servicios por enfermedades mentales biológicas. El término enfermedad mental biológica incluye esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo grave, trastorno bipolar, paranoia y otros trastornos psicóticos, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de pánico, según la definición de estos términos tomada de la edición más reciente del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de diagnóstico y estadísticas sobre trastornos mentales) publicado por la American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría).

Cubrimos los niveles intermedios de cuidado, como, por ejemplo, el tratamiento residencial, la hospitalización parcial y los servicios ambulatorios intensivos.

Consulte el Programa de Beneficios para conocer los requisitos de los Costos Compartidos y los requisitos de Preautorización o Referencia que se aplican a estos beneficios.

El tratamiento por Consumo de Sustancias y Trastornos de Salud Mental está cubierto como otra cobertura médica y quirúrgica en virtud de esta Póliza. Este Plan cumple con las disposiciones de la Mental Health Parity and Addiction Equity Act (Ley de Equidad de Adicciones y Paridad de Salud Mental).

SECCIÓN 13: SERVICIOS ADICIONALES, EQUIPOS Y DISPOSITIVOS

Consulte la sección Programa de Beneficios para conocer los requisitos de los Costos Compartidos, los límites de días o visitas y los requisitos de Preautorización o Referencia que se aplican a estos beneficios.

A. Trastorno del espectro autista

Cubrimos los siguientes servicios cuando tales servicios son recetados o solicitados por un Médico o un psicólogo autorizado y cuando Nosotros determinamos que son Médicamente Necesarios para la detección, el diagnóstico y el tratamiento del trastorno del espectro autista. A los fines de este beneficio, “trastorno del espectro autista” significa cualquier trastorno generalizado del desarrollo, según la definición de la edición más reciente del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de diagnóstico y estadísticas sobre trastornos mentales)*, al momento de la prestación de los servicios.

1. **Detección y diagnóstico.** Cubrimos evaluaciones y pruebas para determinar si alguien presenta trastorno del espectro autista.
2. **Dispositivos de comunicación de asistencia.** Cubrimos una evaluación formal por parte de un patólogo del habla y el lenguaje para determinar la necesidad de utilizar un dispositivo de comunicación de asistencia. Un dispositivo de comunicación de asistencia es un Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment - DME). Cubrimos el alquiler (o, a Nuestra elección, la compra) de dispositivos de comunicación de asistencia cuando los receta un Médico o un psicólogo autorizado si Usted no puede comunicarse a través de los medios normales (es decir, de forma oral o escrita) cuando la evaluación indica que un dispositivo de este tipo podría ofrecerle una mejora en la comunicación. Algunos ejemplos de dispositivos de comunicación de asistencia podrían ser tableros de comunicación y dispositivos generadores de voz. La cobertura se limita a dispositivos específicos. Únicamente cubriremos dispositivos que, por lo general, no son útiles para las personas que no presentan deficiencias de comunicación. No cubrimos artículos como tabletas y computadoras portátiles o de escritorio, entre otros. Cubrimos software y aplicaciones que permiten adaptar una tableta o una computadora portátil o de escritorio para que funcione como dispositivo generador de voz. La instalación del programa o el soporte técnico no se reembolsan por separado.

Cubrimos las reparaciones, los reemplazos, las adaptaciones y los ajustes de tales dispositivos cuando sea necesario debido al desgaste normal o a un

cambio significativo en Su condición física. No cubrimos el costo de reparación o reemplazo debido a la pérdida o al daño ocasionados por el uso inadecuado, maltrato o robo del dispositivo. Se cubrirá el dispositivo que sea más apropiado para Su nivel funcional actual. No cubrimos los costos de entrega o servicio ni el mantenimiento de rutina. Consulte la sección “Equipo médico duradero y ortodoncia” para obtener información adicional sobre nuestra cobertura de DME.

3. **Tratamiento de salud conductual.** Cubrimos los programas de asesoramiento y tratamiento que son necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, en la mayor medida posible, el comportamiento de una persona. Ofreceremos dicha cobertura cuando la proporcione un Proveedor autorizado. Cubrimos el análisis conductual aplicado cuando lo proporciona un Profesional de Cuidado de Salud autorizado o certificado que se especialice en este tipo de análisis. El término “análisis conductual aplicado” hace referencia al diseño, la implementación y la evaluación de modificaciones del entorno, mediante la utilización de estímulos conductuales y consecuencias, a fin de producir una mejora socialmente significativa en el comportamiento humano, incluido el uso de la técnica de observación directa, mediciones y análisis funcionales de la relación entre el entorno y el comportamiento. El programa de tratamiento debe describir las metas medibles que abordan la afección y las deficiencias funcionales por las cuales se aplicará la intervención, como también debe incluir metas a partir de una evaluación inicial y evaluaciones provisionales subsiguientes durante el transcurso de la intervención en términos objetivos y medibles.
4. **Cuidado psiquiátrico y psicológico.** Cubrimos los servicios directos o consultivos proporcionados por un psiquiatra, psicólogo o trabajador social clínico autorizado que cuente con la experiencia necesaria en virtud de la Ohio Insurance Law (Ley de Seguros de Ohio) y esté certificado en el estado donde presta sus servicios.
5. Cubrimos servicios de acupuntura (generalmente se ofrecen solo para el manejo de las náuseas o como parte de un programa integral de control del dolor para el tratamiento del dolor crónico). **Cubrimos hasta 12 visitas por Año del Plan, a menos que se especifique lo contrario.**
6. **Cuidado terapéutico.** Cubrimos los servicios terapéuticos necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, en la mayor medida posible, el comportamiento de la persona cuando tales servicios están a cargo de

terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales autorizados o certificados a fin de tratar el trastorno del espectro autista, y cuando los servicios proporcionados por tales Proveedores están de otra manera cubiertos en virtud de esta Póliza. Excepto cuando la ley lo prohíba, los servicios proporcionados en virtud de este párrafo se incluirán en cualquier cantidad máxima de visitas que se aplique a los servicios de tales terapeutas o trabajadores sociales según esta Póliza.

7. **Cuidado de farmacia.** Cubrimos Medicamentos Recetados para el tratamiento del trastorno del espectro autista que estén recetados por un Proveedor legalmente autorizado para emitir recetas en virtud de la legislación de Ohio. La cobertura de tales Medicamentos Recetados está sujeta a todos los términos, las disposiciones y las limitaciones que se aplican a los beneficios de Medicamentos Recetados en virtud de esta Póliza.
8. **Limitaciones** No cubrimos ningún servicio o tratamiento establecido anteriormente si se lo proporciona conforme a un plan de educación individualizado en virtud de la legislación de Ohio.

Usted es responsable de cualquier Copago, Deducible o Coaseguro aplicable en virtud de esta Póliza por servicios similares. Por ejemplo, cualquier Copago, Deducible o Coaseguro que se aplique a las visitas de fisioterapia, por lo general, también se aplicará a los servicios de fisioterapia cubiertos según este beneficio; y cualquier Copago, Deducible o Coaseguro por Medicamentos Recetados, por lo general, también se aplicará a Medicamentos Recetados cubiertos según este beneficio. Consulte la sección Programa de Beneficios de esta Póliza para conocer los requisitos de los Costos Compartidos que se aplican a los servicios de análisis conductual aplicado y a los dispositivos de comunicación de asistencia.

Nada de lo estipulado en esta Póliza deberá interpretarse como que afecta cualquier obligación de proporcionar cobertura por Servicios Cubiertos de otra manera únicamente sobre la base de que los servicios constituyen servicios de programas de intervención temprana conforme a la Ohio Insurance Law (Ley de Seguros de Ohio).

B. Equipos y suministros para diabéticos y educación para el automanejo de la diabetes

Cubrimos equipos, suministros y educación para el automanejo (según se describe

a continuación) para Afiliados con diabetes insulino dependiente, diabetes no insulino dependiente o niveles de glucosa en sangre elevados como consecuencia del embarazo u otra afección médica en los siguientes casos:

- Son Medicamento Necesarios.
- Son recetados por escrito por un Médico o podólogo.
- Son proporcionados por un Profesional de Cuidado de Salud que está autorizado, registrado o certificado según la legislación estatal.

A los fines de esta disposición, un “Profesional de Cuidado de Salud” es el Médico o podólogo que solicita la capacitación o un Proveedor que ha obtenido una certificación en educación sobre diabetes emitida por la American Diabetes Association (Asociación de Diabetes de los Estados Unidos).

Los Servicios Cubiertos también incluyen todos los suministros y equipos Medicamento Necesarios recetados por un Médico que se utilizan para el manejo y el tratamiento de la diabetes.

1. Equipos y suministros

Cubrimos los siguientes equipos y suministros relacionados para el tratamiento de la diabetes cuando los receta Su Profesional de Cuidado de Salud legalmente autorizado para ello:

- Tiras reactivas de acetona
- Comprimidos reactivos de acetona
- Alcohol o peróxido por pinta
- Paños con alcohol
- Todas las preparaciones de insulina
- Kit de lancetas automáticas para sangre
- Kit para medir la glucosa en sangre
- Tiras para medir la glucosa en sangre (de prueba o reactivas)
- Monitor de glucosa en sangre con o sin funciones especiales para las personas con dificultades visuales, soluciones de control y tiras para el monitor de glucosa en sangre del hogar
- Cartuchos para las personas con dificultades visuales
- Sistemas de gestión de datos sobre diabetes
- Cartuchos para plumas de insulina descartables
- Dispositivos de extracción para las personas con dificultades visuales
- Equipo para el uso de la bomba
- Inyección de glucagón para aumentar la concentración de glucosa en sangre
- Tiras reactivas de acetona/glucosa
- Tiras reactivas de glucosa

- Cinta reactiva de glucosa
- Equipo auxiliar para inyección
- Inyector automático (Busher)
- Insulina
- Dispositivo de liberación del cartucho de insulina
- Dispositivos de infusión de insulina
- Bomba de insulina
- Lancetas
- Agentes orales como comprimidos y geles de glucosa
- Agentes orales contra la diabetes utilizados para reducir los niveles de azúcar en sangre
- Jeringa con aguja; caja de 1 cc estéril
- Productos para análisis de orina para la detección de glucosa y cetonas
- Suministros adicionales, según los considere apropiados la legislación de Ohio para el tratamiento de la diabetes

Los equipos y suministros para la diabetes están cubiertos únicamente cuando se los obtiene de un fabricante de suministros o equipos para la diabetes designado o de un Proveedor Dentro de la Red que tenga un acuerdo con Nosotros para proporcionar todos los equipos o suministros para diabetes requeridos por ley para los Afiliados a través de las farmacias que pertenecen a la Red. Si Usted necesita un artículo determinado que no está disponible de Nuestro fabricante de equipos o suministros para diabéticos designado, Usted o Su Proveedor deben presentar una solicitud para una excepción médica llamando al 855-OSCAR-55. Nuestro director médico tomará todas las determinaciones de excepciones médicas.

2. Educación para el automanejo

La educación para el automanejo de la diabetes está diseñada para educar a las personas con diabetes sobre el automanejo y el tratamiento adecuados de su afección, incluida la información sobre dietas apropiadas. Cubrimos la educación sobre automanejo y nutrición en las siguientes circunstancias: al inicio del diagnóstico de la diabetes; cuando un Médico diagnostica un cambio significativo en Sus síntomas o afección que requiere un cambio en Su educación de automanejo; o cuando es necesario un curso de actualización. Debe proporcionarse de acuerdo con lo siguiente:

- Por parte de un Profesional de Cuidado de Salud autorizado para indicar dicho servicio según la legislación estatal correspondiente o su personal durante una visita al consultorio.
- Mediante la Referencia de Su Médico u otro Profesional de Cuidado de Salud

autorizado para indicar este servicio según lo estipulado en la legislación estatal correspondiente a los siguientes educadores de salud no médicos: educadores enfermeros de diabetes certificados; nutricionistas certificados; dietistas certificados; y dietistas registrados en un entorno grupal cuando sea posible.

- La educación también se proporcionará en Su hogar cuando sea Médicamente Necesario.

3. Limitaciones

Los artículos solamente se proporcionarán en las cantidades acordes al plan de tratamiento desarrollado por el Médico para Usted. Cubrimos únicamente los modelos básicos de monitores de glucosa en sangre, a menos que Usted tenga necesidades especiales relacionadas con visión deficiente o ceguera, o según sea Médicamente Necesario.

C. Hospicio

El cuidado de Hospicio puede ser proporcionado en el hogar o en un Hospicio donde se presten servicios médicos, sociales y psicológicos para tratar a pacientes con una enfermedad terminal. Los Servicios de Hospicio incluyen cuidados en el hogar de rutina, cuidados en el hogar continuos, Hospicio para Pacientes Internos y Relevo para Pacientes Internos. Para cumplir con los requisitos para los beneficios de Hospicio, el paciente debe tener una esperanza de vida de seis meses o menos, según lo confirme el Médico tratante. Los Servicios Cubiertos continuarán si el Afiliado vive más de seis (6) meses.

Cuando los aprueba Su Médico, los Servicios Cubiertos incluyen los siguientes:

- Servicios de Enfermería Especializada (a cargo de personal de enfermería registrado o personal de enfermería práctico con licencia)
- Servicios de Diagnóstico.
- Terapias físicas, del habla y de inhalación si son parte de un plan de tratamiento
- Suministros, equipos y aparatos médicos (los beneficios de equipos no estarán cubiertos si el Afiliado se encuentra en un Centro que debería proporcionar dichos equipos)
- Servicios de asesoramiento
- Hospitalización de Paciente Interno en un Hospicio
- Medicamentos Recetados proporcionados por el Hospicio
- Auxiliar de cuidado de salud en el hogar

D. Equipo Médico Duradero y órtesis

Cubrimos el alquiler o la compra de equipo médico duradero y órtesis.

1. Equipo Médico Duradero

El alquiler (o, a Nuestra elección, la compra) de Equipo Médico Duradero recetado por un Médico u otro Proveedor. El Equipo Médico Duradero es aquel que puede soportar el uso repetido, es decir, que normalmente se puede alquilar y lo pueden usar diferentes pacientes de forma sucesiva; se utiliza principal y generalmente con fines médicos; no es útil para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión; y es adecuado para el uso domiciliario. Algunos ejemplos incluyen, entre otros, los siguientes artículos: sillas de rueda, muletas, camas de hospital y equipos de oxígeno. Los costos de alquiler no deben ser superiores al precio de compra. El Plan no pagará el alquiler por un período más prolongado si dicho costo es superior al de compra del equipo. El costo de envío e instalación del equipo es un Servicios Cubiertos El pago de los suministros relacionados es un Servicio Cubierto solo si el equipo se alquila y se incluyen suministros médicamente necesarios en el alquiler. Si el equipo es propiedad del Afiliado, los suministros médicamente necesarios se pueden pagar por separado. El equipo debe comprarse cuando el costo de alquiler es superior al de compra. Se cubre la reparación del equipo médico.

El Equipo Médico Duradero es aquel que tiene las siguientes características:

- Está diseñado para un uso repetido.
- Por lo general, se usa principalmente con un propósito médico.
- Generalmente no es útil para las personas que no presentan enfermedades ni lesiones.
- Es apropiado para usarlo en el hogar.

Entre los Servicios Cubiertos, se pueden incluir los siguientes:

- Equipos para hemodiálisis
- Muletas y reemplazo de almohadillas y tapones
- Tensiómetros
- Bomba de infusión para medicamentos y fluidos intravenosos
- Glucómetro
- Tubo de traqueotomía
- Monitores cardíacos, neonatales y de apnea del sueño
- Dispositivos de comunicación aumentativa cubiertos cuando Nosotros lo autorizamos según la afección del Afiliado

La cobertura es solo para equipos estándares. Cubrimos el costo de reparación o reemplazo cuando es necesario debido al desgaste normal. No cubrimos el costo de reparación o reemplazo debido al uso inadecuado o abuso del equipo por parte de Usted. Nosotros determinaremos si se debe alquilar o comprar el equipo. No cubrimos equipos médicos duraderos de venta libre.

No cubrimos equipos diseñados para Su comodidad o conveniencia (por ejemplo, piscinas, hidromasajes, aires acondicionados, saunas, humidificadores, deshumidificadores, equipos de ejercicio), ya que no se ajustan a la definición de equipo médico duradero.

2. Audífonos.

Cubrimos audífonos necesarios para la corrección de una deficiencia auditiva (una reducción en la capacidad para percibir el sonido que puede representar desde una leve sordera hasta una sordera completa). Los audífonos son dispositivos electrónicos amplificadores diseñados para transmitir el sonido al oído de manera más efectiva. Un audífono consiste en un micrófono, un amplificador y un auricular.

Los Servicios Cubiertos se encuentran disponibles para un audífono que se compra como resultado de la recomendación por escrito de un Médico e incluyen el audífono y los cargos relacionados con el ajuste y la prueba. Cubrimos una única compra de audífonos (lo que incluye su reparación o reemplazo) para uno (1) o ambos oídos cada tres (3) años, **hasta alcanzar el beneficio máximo de \$1,500 cada tres (3) años**. El máximo de \$1,500 se aplica tanto a los audífonos como a los servicios asociados necesarios para el ajuste y la prueba del audífono, pero no se aplica para implantes cocleares.

Los audífonos de implante óseo están Cubiertos cuando son Médicamente necesarios. Si usted cumple con los criterios para adquirir un audífono de implante óseo, la Cobertura se brinda para un (1) audífono por oído durante todo el período en el que Usted se encuentre inscrito en esta Póliza, sujeto al máximo de \$1,500 mencionado anteriormente. Solo cubrimos la reparación o el reemplazo de un audífono de implante óseo por funcionamiento defectuoso.

3. Órtesis y dispositivos ortopédicos

Los Servicios Cubiertos son la compra inicial, la colocación y la reparación de un dispositivo de apoyo semirrígido o rígido hecho a medida que se utiliza

para alinear, prevenir o corregir deformidades, o servir de apoyo para estas, o para mejorar la función de las partes móviles del cuerpo, o bien un dispositivo que limita o evita el movimiento de una parte del cuerpo débil o lesionada. Se incluyen los costos de fundición, moldeo, colocación y ajuste. Los cargos de impuestos, envío y manipulación correspondientes también están cubiertos. La fundición está cubierta si se factura con un aparato ortopédico, pero no si se facturan por separado.

Entre los dispositivos ortopédicos cubiertos, se pueden incluir los siguientes:

- Collares cervicales
- Órtesis de pie y tobillo
- Corsés (especial para cirugía y de espalda)
- Férulas (extremidad)
- Bragueros y soportes
- Cabestrillos
- Muñequeras
- Zapato elevado
- Plantillas ortopédicas hechas a medida

Los aparatos ortopédicos pueden reemplazarse una vez al año por Afiliado cuando sea Médicamente Necesario según la situación de dicho Afiliado. Sin embargo, se permitirán reemplazos adicionales en el caso de los Afiliados menores de 18 debido a un rápido crecimiento corporal y en el caso de cualquier Afiliado si el aparato está dañado y no puede ser reparado.

Limitaciones

Cargos de una tienda o laboratorio externo por los servicios relacionados con un pedido de dispositivos (p. ej., prótesis, ortosis) que son fabricados por ese laboratorio o esa tienda, pero que están diseñados para ser colocados y ajustados por el Médico tratante.

E. Suministros médicos

Determinados suministros y equipos para el control de una enfermedad que Nosotros aprobamos como cubiertos según el beneficio de Medicamentos Recetados, si hubiera alguno. Estos suministros se consideran un beneficio de suministro médico si los suministros, los equipos o los aparatos no se reciben del Servicio por Correo de la Farmacia o de una Farmacia Dentro de la red. Jeringas, agujas, oxígeno, vendajes quirúrgicos, férulas y otros artículos similares que solo tienen un fin médico. Los Medicamentos Recetados y los productos biológicos que no se pueden autoadministrar se proporcionan en el consultorio de un Médico. Los

Servicios Cubiertos no incluyen artículos de uso general en el hogar, como apósitos Band-Aid, termómetros y vaselina.

Entre los Servicios Cubiertos, se pueden incluir los siguientes:

- Extractos de suero para alergias
- Tiras Chemstrip, glucómetro y lancetas
- Comprimidos Clinitest
- Agujas/jeringas
- Las bolsas de ostomía y los suministros, excepto los cargos como aquellos que realiza una Farmacia por una colocación, no son Servicios Cubiertos.

F. Prótesis

Cubrimos las Prótesis que son sustitutos artificiales de partes corporales y tejidos y materiales que se colocan en los tejidos con fines funcionales o terapéuticos. Entre los Servicios Cubiertos, se incluyen la compra, la colocación, los ajustes necesarios, las reparaciones y los reemplazos de suministros y dispositivos protésicos que tienen una de las siguientes características:

- Reemplazan la totalidad o una fracción de una parte del cuerpo ausente y sus tejidos adyacentes.
- Reemplazan la totalidad o una parte de la función de una parte del cuerpo inutilizable o deficiente de forma permanente.

Los dispositivos protésicos se deben comprar, no alquilar, y deben ser Medicamento Necesarios.

Entre los Servicios Cubiertos, se pueden incluir los siguientes:

- Ayudas y apoyos para partes del cuerpo defectuosas, incluidos, entre otros, los siguientes: válvulas cardíacas internas, válvula mitral, marcapasos interno, alimentación de marcapasos, reemplazos vasculares sintéticos o con injerto, dispositivos de fijación de fractura internos con respecto a la superficie del cuerpo, reemplazos de sustancias de articulaciones y huesos lesionados o enfermos, dispositivos de reconstrucción mandibular, tornillos para huesos, placas y cabezas de vitalio para reconstrucción de articulaciones.
- Dispositivo Artificial para el Ventrículo Izquierdo (Left Ventricular Artificial Device - LVAD) (solo cuando se utiliza como puente para un trasplante de corazón).
- Prótesis mamarias (internas o externas) luego de una mastectomía y cuatro sostenes quirúrgicos por Período de Beneficios, según lo exige la Women's Health and Cancer Rights Act (Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de

la Mujer). No se aplican cantidades máximas para los dispositivos Protésicos, si los hubiera.

- Reemplazo de la totalidad o una fracción de partes del cuerpo o extremidades ausentes, como, por ejemplo, miembros artificiales, ojos artificiales, etc.
- Implantación de lentes intraoculares para el tratamiento de cataratas o afaquia. Los lentes de contacto o anteojos a menudo se recetan luego de la implantación de lentes y son Servicios Cubiertos (si se realiza la extracción de cataratas, por lo general, se insertan lentes intraoculares durante la misma sesión operativa). Los anteojos (por ejemplo, bifocales), incluidos los marcos, o los lentes de contacto están cubiertos cuando reemplazan la función del lente humano para afecciones ocasionadas por lesiones o cirugía de cataratas. Se cubre el primer par de lentes de contacto o anteojos. Los lentes que se insertan al momento de la cirugía no se consideran lentes de contacto ni se tienen en cuenta como primer par de lentes luego de la cirugía. Si la lesión afecta solo a un ojo o si la cirugía de cataratas se realiza en un solo ojo y el Afiliado selecciona anteojos y marcos, se cubrirá el reembolso de los lentes y los marcos.
- Implante coclear.
- Suministros de colostomía y otras ostomías (construcción quirúrgica de una abertura artificial) directamente relacionados con el cuidado para ostomía.
- Prótesis de restauración (prótesis facial compuesta).
- Pelucas (la primera luego de un tratamiento contra el cáncer, con un máximo de una por Período de Beneficios).

La cobertura es solo para equipos estándares.

SECCIÓN 14: ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

Consulte el Programa de Beneficios para conocer los requisitos de los Costos Compartidos, los Límites y los requisitos de Preautorización o Referencia que se aplican a estos beneficios. Todos los servicios deben ser Médicamente Necesarios para que estén cubiertos.

G. Odontología pediátrica

Cubrimos los siguientes servicios de cuidados odontológicos adicionales para Afiliados hasta el final del mes en el cual el Afiliado cumple 19 años.

H. Cuidado odontológico de emergencia

Cubrimos el cuidado odontológico de emergencia, el cual incluye el tratamiento odontológico de emergencia necesario para aliviar el dolor y el sufrimiento causados por enfermedades o traumatismos dentales. El cuidado odontológico de emergencia no está sujeto a Nuestra Preautorización.

I. Cuidado odontológico preventivo

Cubrimos el cuidado odontológico preventivo que comprende procedimientos que ayudan a prevenir las enfermedades bucales, incluidas las siguientes:

- Profilaxis (eliminación de sarro y pulido de dientes) a intervalos de seis (6) meses
- Aplicación tópica de flúor a intervalos de seis (6) meses
- Selladores en dientes molares permanentes no restaurados (1 sellador por diente cada 36 meses)
- Mantenedores de espacio unilaterales o bilaterales, fijos o removibles, para su colocación en una dentición mixta o de leche restaurada para mantener espacio para dientes permanentes que se desarrollan de forma normal
- Recementación o refijación de mantenedores de espacio

J. Cuidado odontológico de rutina

Cubrimos el cuidado odontológico de rutina proporcionado en el consultorio de un dentista. Entre los Servicios Cubiertos, se incluyen desde empastes hasta tipos específicos de coronas. La lista a continuación es un ejemplo y no un listado exhaustivo de todos los Servicios Cubiertos.

- Exámenes odontológicos, visitas y consultas una vez dentro de un período consecutivo de seis (6) meses (cuando aparecen los dientes de leche), incluidos los siguientes:
 - Evaluación bucal periódica
 - Evaluación bucal limitada

- Evaluación bucal integral
- Evaluación periodontal integral
- Tratamiento paliativo para el dolor dental: procedimiento menor
- Conjunto completo de imágenes intraorales, incluidas las mordidas: límite de uno cada 60 meses
- Periapical intraoral (primera película), periapical (cada película adicional), película oclusal
- Una, dos o cuatro películas de mordidas (1 conjunto cada 6 meses)
- Mordidas verticales: 7 u 8 películas (1 conjunto cada 6 meses)
- Película panorámica (1 película cada 60 meses)
- Radiografías cefalométricas
- Imágenes fotográficas bucales o faciales
- Modelos de diagnóstico
- Amalgama, dientes primarios o permanentes
- Compuesto a base de resina, dientes anteriores
- Corona o incrustación con recementación
- Corona de acero inoxidable prefabricada, diente primario o permanente (1 por diente cada 60 meses)
- Restauración de protección
- Retención de espiga por diente, además de la restauración
- Servicios de endodoncia, incluidos los siguientes:
 - Pulpotomía terapéutica (con excepción de la restauración final)
 - Pulpotomía parcial para apexogénesis
 - Terapia pulpar (empaste reabsorbible)
- Servicios periodontales, incluidos los siguientes:
 - Eliminación de sarro periodontal y alisado radicular
 - Mantenimiento periodontal
- Servicios de prostodoncia, incluidos los siguientes:
 - Ajuste de dentadura postiza completa
 - Ajuste de dentadura postiza parcial
 - Reparación de base de dentadura postiza completa quebrada, reemplazo de dientes perdidos o quebrados (dentadura postiza completa), base de dentadura a base de resina o marco de la dentadura
 - Reparación o reemplazo de gancho quebrado
 - Agregado de diente o gancho a dentadura postiza parcial existente
 - Revestimiento o realineación de dentadura maxilar completa, dentadura parcial maxilar, dentadura parcial mandibular (1 en un período de 36 meses, 6 meses después de la colocación inicial)

- Acondicionamiento de tejido
- Cirugía bucal, incluidos los siguientes casos:
 - Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta
 - Extracción de diente impactado
 - Extracción quirúrgica de raíces de dientes residuales
 - Coronectomía
 - Nuevo implante de diente o estabilización de diente desplazado o perdido accidentalmente
 - Acceso quirúrgico a diente no erupcionado
 - Alveoplastia junto con extracciones o por separado
 - Eliminación de exostosis
 - Incisión y drenaje de abscesos
 - Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm
 - Extirpación de encía pericoronar
- Otros materiales de restauración adecuados para niños

K. Odontología mayor

Entre los Servicios Cubiertos, se incluyen los siguientes: tratamiento de conducto, cirugía bucal, dentaduras postizas, puentes, servicios endodónticos y terapia periodontal. La lista a continuación es un ejemplo y no un listado exhaustivo de todos los Servicios Cubiertos.

- Evaluación bucal detallada, exhaustiva y centrada en el problema
- Incrustaciones y recubrimientos metálicos
- Coronas: sustrato de porcelana o cerámica, porcelana fundida con alto contenido de metal noble, porcelana fundida a metal base predominante, porcelana fundida a metal noble, molde con $\frac{3}{4}$ de alto contenido de metal noble, molde con $\frac{3}{4}$ de metal base predominante, molde con $\frac{3}{4}$ de porcelana o cerámica, molde completo con alto contenido de metal noble, molde completo con metal base predominante, molde completo de metal noble, titanio (1 por diente cada 60 meses)
- Perno y muñón prefabricados, además de la corona
- Arreglo de corona, por informe
- Servicios de endodoncia, incluidos los siguientes:
 - Tratamiento de conducto anterior, bicúspide o molar
 - Reacondicionamiento de tratamiento de conducto anterior, bicúspide o molar previo
 - Apexificación o recalificación: visita inicial, reemplazo de medicamento provisorio y visita final
 - Regeneración pulpar

- Apicectomía o cirugía perirradicular
- Extirpación de raíz
- Hemisección
- Servicios periodontales, incluidos los siguientes:
 - Gingivectomía o gingivoplastia
 - Procedimiento de colgajo gingival
 - Alargamiento clínico de la corona
 - Cirugía ósea
 - Procedimiento de injerto de tejido blando libre y pedicular
 - Procedimientos de injerto de tejido conectivo subepitelial
 - Desbridamiento de boca completa para permitir el diagnóstico y la evaluación integrales (1 de por vida)
- Servicios de prostodoncia, incluidos los siguientes:
 - Dentadura postiza inmediata o completa, maxilar o mandibular (1 cada 60 meses)
 - Dentadura postiza parcial maxilar o mandibular: molde metálico o a base de resina con base de dentadura postiza de resina (1 cada 60 meses)
 - Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: una pieza metálica (1 cada 60 meses)
 - Implante y pilar
 - Póntico
 - Servicios de incrustaciones o recubrimientos
 - Corona

L. Ortodoncia

Cubrimos servicios de ortodoncia utilizados para ayudar a restaurar la salud y la función de las estructuras bucales y para tratar afecciones médicas graves, por ejemplo: paladar hendido y labio leporino; micrognacia maxilar/mandibular (mandíbula superior o inferior poco desarrollada); prognatismo mandibular extremo; asimetría grave (anomalías craneofaciales); anquilosis de la articulación temporomandibular; y otras displasias esqueléticas significativas.

Los procedimientos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición primaria, la dentición transicional o la dentición de adolescentes
- Tratamiento de ortodoncia interceptivo de la dentición primaria o la dentición transicional
- Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición transicional o la dentición

de adolescentes

- Terapia de aparatos extraíbles
- Terapia de aparatos fijos
- Visita de tratamiento previa a la ortodoncia
- Visita de tratamiento de ortodoncia periódica (como parte del contrato)
- Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedores)

Limitaciones/Exclusiones:

No ofrecemos cobertura para lo siguiente:

- Servicios de cuidado de salud no recetados por un dentista o bajo la supervisión directa de un dentista, excepto en aquellos estados en los que los higienistas dentales pueden ejercer sin la supervisión de un dentista. En estos estados, pagaremos los Servicios Cubiertos elegibles proporcionados por un higienista dental autorizado que ejerce dentro del ámbito de su licencia y la ley estatal correspondiente.
- Servicios de cuidado de salud que son Experimentales o están En Fase de Investigación.
- Servicios de cuidado de salud que se prestan para cualquier enfermedad o Lesión que ocurre durante el transcurso de la relación laboral si hay un beneficio disponible, en parte o en su totalidad, en virtud de la disposición de cualquier ley o reglamentación o cualquier unidad gubernamental. Esta exclusión se aplica independientemente de que Usted reclame los Beneficios.
- Servicios de cuidado de salud que provienen de un departamento médico o dental mantenido por, o en nombre de, un empleador, una asociación de beneficios mutuos, un sindicato, un hospital de veteranos, un fideicomiso o una persona o grupo similar.
- Servicios de cuidado de salud prestados antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- Servicios de cuidado de salud en los que se incurre luego de la fecha de terminación de Su cobertura, a menos que se indique lo contrario.
- Servicios de cuidado de salud que no son Médicamente Necesarios o que no cumplen con los estándares generalmente aceptados de práctica dental.
- Servicios de cuidado de salud que recibe por no cumplir con el tratamiento indicado por un profesional.
- Consultas telefónicas.
- Cualquier cargo por no asistir a una cita programada.
- Cualquier servicio de cuidado de salud que se considere un procedimiento

estrictamente cosmético, incluidos, entre otros, los cargos por personalización o caracterización de aparatos protésicos.

- Servicios de cuidado de salud relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de una disfunción de la articulación temporomandibular, excepto según se estipule lo contrario en esta Póliza.
- Servicios de cuidado de salud proporcionados como resultado de una enfermedad o lesión autoinfligida de manera intencional.
- Servicios de cuidado de salud proporcionados o cargos facturados como resultado de lesiones, afecciones o discapacidades sufridas durante o como resultado de cometer o intentar cometer un delito.
- Servicios de atención médica proporcionados o cargos facturados como resultado de lesiones, afecciones o discapacidades sufridas como resultado de participar en una ocupación ilegal o durante dicho evento.
- Servicios de cuidado de salud proporcionados o cargos facturados como resultado de lesiones, condiciones o discapacidades sufridas durante o como resultado de participar en una ocupación ilegal.
- Cargos por visitas al consultorio para control de infecciones
- Cargos por copias de Sus registros, hojas clínicas o radiografías, o cualquier costo relacionado con el reenvío/envío postal de copias de Sus registros, hojas clínicas o radiografías.
- Impuestos estatales o territoriales sobre los servicios de cuidado de salud dental prestados.
- Servicios de cuidado de salud prestados por un dentista, iguales a los servicios de cuidado de salud que otro dentista brinda al mismo Afiliado en la misma fecha.
- Servicios de cuidado de salud prestados de forma gratuita por cualquier unidad gubernamental, excepto en los casos en los que esta exclusión esté prohibida por ley.
- Servicios por los cuales el Afiliado no tendría la obligación de pagar si no contara con los beneficios provistos en virtud de esta Póliza.
- Servicios de cuidado de salud destinados a técnicas y procedimientos especializados.
- Servicios de cuidado de salud prestados por un dentista que recibe una compensación de un Centro por Servicios Cubiertos similares para los Afiliados.
- Servicios de cuidado de salud, aparatos y dispositivos duplicados, provisionales y temporarios.
- Programas de control de placa, educación sobre higiene bucal e instrucciones dietarias.

SECCIÓN 14: ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

- Servicios de cuidado de salud para modificar la dimensión vertical o restaurar o mantener la oclusión. Los procedimientos incluyen, entre otros, los siguientes: equilibración, soporte periodontal, rehabilitación bucal completa y restauración por falta de alineación de dientes.
- Restauraciones con láminas de oro.
- Servicios de cuidado de salud por lesiones ocasionadas por el mantenimiento o el uso de un vehículo motorizado si dichos servicios se pagan o son pagaderos en virtud de un plan o póliza de seguro de vehículo motorizado, incluido un plan de autoseguro certificado.
- Servicios de cuidado de salud para el tratamiento de lesiones como consecuencia de una guerra o un acto de guerra, declarada o no, o la participación en el servicio militar o de policía de cualquier país u organización.
- Costos hospitalarios o cualquier honorario adicional que el dentista o el Hospital cobren por los servicios de cuidado de salud en el Hospital (Pacientes Internos o Ambulatorios).
- Cargos del Proveedor por completar formularios dentales.
- Ajuste de una dentadura postiza o un puente a cargo del mismo dentista que lo colocó en un plazo de seis (6) meses luego de la colocación.
- Uso de materiales o ayudas de salud domiciliaria para evitar la aparición de caries, como, por ejemplo, pasta dental, geles con flúor, hilo dental y blanqueadores de dientes.
- Procedimientos de resonancia magnética y diagnóstico por imágenes con haz cónico.
- Selladores para dientes que no sean los molares permanentes.
- Accesorios de precisión, personalización, bases de metales preciosos y otras técnicas especializadas.
- Reemplazo de dentaduras postizas perdidas, robadas o extraviadas.
- Cuidado ortodóntico para niños Dependientes mayores de diecinueve (19) años.
- Fabricación de protector bucal para hacer deportes.
- Blanqueamiento interno y externo.
- Centro de medicamentos de uso tópico.
- Injertos de hueso cuando se realizan en relación con extracciones, apicectomías o Servicios No Cubiertos.
- Cuando se prestan dos o más servicios de cuidado de salud y dichos servicios se consideran parte del mismo servicio. Pagaremos los servicios de cuidado de salud más integrales (el servicio que incluye el otro servicio sin beneficios) según lo determinemos Nosotros.

- Cuando se prestan dos o más servicios de cuidado de salud el mismo día y dichos servicios se consideran mutuamente excluyentes (cuando un servicio contradice la necesidad del otro). Pagaremos el servicio que represente el servicio de cuidado de salud final según lo determinemos Nosotros.
- Todos los servicios de cuidado de salud prestados por un Proveedor Fuera de la red, a menos que lo autoricemos específicamente. El Afiliado puede ser responsable de todos los cargos restantes que superen la cantidad máxima autorizada.
- Por el tratamiento dental, independientemente del origen o la causa, excepto según se especifique en alguna sección de esta Póliza. "Tratamiento dental" incluye los siguientes aspectos, entre otros: Cuidados preventivos, diagnóstico, tratamiento de los dientes, mandíbula (salvo que la articulación temporomandibular sea un Servicio Cubierto) o encías, o tratamiento relacionado con estos, incluidos los siguientes servicios, entre otros:
 - Extracción, restauración y reemplazo de dientes
 - Tratamientos médicos o quirúrgicos de afecciones dentales
 - Servicios para mejorar resultados clínicos dentales
- Por el tratamiento de los dientes, la mandíbula o las encías que es necesario como resultado de una afección médica, excepto según lo exija expresamente la ley o se establezca específicamente como Servicio Cubierto.
- Implantes dentales, a menos que sean Médicamente Necesarios.
- Aparatos dentales, a menos que sean Médicamente Necesarios.
- Por radiografías, suministros y aparatos Dentales y todos los gastos asociados, incluidos hospitalización y anestesia, excepto según lo exija la ley. Las únicas excepciones para esto son cualquiera de las siguientes:
 - Iniciación de inmunosupresores
 - Tratamiento directo de lesiones traumáticas agudas, cáncer o paladar hendido

SECCIÓN 15: OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA

Consulte el Programa de Beneficios para conocer los requisitos de los Costos Compartidos, los límites de días o consultas y los requisitos de Preautorización o Referencia que se aplican a estos beneficios.

A. Oftalmología pediátrica

Cubrimos cuidados de la vista de emergencia, de prevención y de rutina para Afiliados hasta el final del mes en el cual el Afiliado cumple 19 años.

B. Exámenes de la vista

Cubrimos exámenes de la vista con el fin de determinar si es necesario utilizar lentes correctivos y, si es necesario, proporcionar una receta para dichos lentes. Cubrimos un examen de la vista una (1) vez en cualquier período de 12 meses, a menos que sea Médicamente Necesario realizar exámenes más frecuentes según lo demuestre la documentación apropiada. El examen de la vista puede incluir los siguientes aspectos, entre otros:

- Historia clínica
- Examen externo o interno del ojo
- Examen oftalmoscópico
- Determinación del estado refractivo
- Distancia binocular
- Pruebas de tonometría para glaucoma
- Campo visual total y prueba de visión de colores
- Resumen de resultados y recomendaciones para lentes correctivos

C. Lentes y marcos recetados

Cubrimos lentes recetados estándares o lentes de contacto una (1) vez en cualquier período de 12 meses, a menos que sea Médicamente Necesario que Usted cambie sus lentes o lentes de contacto con más frecuencia, según lo demuestre la documentación apropiada. Los lentes recetados pueden ser de vidrio o plástico. También cubrimos marcos estándares adecuados para sostener lentes una (1) vez en cualquier período de 12 meses, a menos que sea Médicamente Necesario que Usted cambie sus marcos con más frecuencia, según lo demuestre la documentación apropiada. Si Usted elige un marco no estándar, pagaremos el monto que hubiéramos pagado por uno estándar y Usted será responsable de la diferencia entre el costo de un marco estándar y el de uno no estándar.

Entre las opciones de lentes, se incluyen lentes de vidrio o de plástico, todos los poderes de lentes (visión simple, bifocal, trifocal, lenticular), oscurecimiento de las lentes con gradiente y según la moda, anteojos de sol recetados No. 3 con vidrio

gris y de gran tamaño. Las lentes de policarbonato se cubren en su totalidad en el caso de niños, pacientes monoculares y pacientes con recetas de $> +/- 6.00$ diópteros. Todas las lentes incluyen un revestimiento a prueba de rayaduras sin copago adicional.

También cubrimos los siguientes Tratamientos y Lentes Ópticas:

- Protección contra rayos ultravioletas
- Lentes de policarbonato (si no se trata de un niño, un paciente monocular o un paciente con una receta de $> +/- 6.00$ diópteros)
- Lentes bifocales sin línea
- Lentes para visión intermedia
- Lentes progresivos estándares
- Lentes progresivos prémium (Varilux®, etc.)
- Lentes de vidrio fotocromático
- Lentes fotosensibles de plástico (Transitions®)
- Lentes polarizados
- Recubrimiento antirreflex (AR) estándar
- Recubrimiento AR prémium
- Recubrimiento AR superior
- Lentes de alto índice

D. Visión reducida

La visión reducida es una pérdida considerable de la vista, pero no ceguera total. Los oftalmólogos y optometristas especializados en el cuidado de la visión reducida pueden evaluar e indicar dispositivos ópticos, y brindar indicaciones y capacitación para maximizar el resto utilizable de la vista de los Afiliados con visión reducida. Los Proveedores Dentro de la Red deberán obtener la Preautorización necesaria para estos Servicios Cubiertos. Los Servicios Cubiertos por visión reducida incluirán una evaluación integral de visión reducida cada cinco (5) años.

E. Limitaciones y Exclusiones

No ofrecemos cobertura para lo siguiente:

- Cirugía de ojos para corregir errores de refracción, como, por ejemplo, miopía, incluidos sin limitaciones: cirugía LASIK, queratomileusis o queratotomía radial, o queratectomía refractiva con láser excimer.
- Recetas, colocación o compra de anteojos o lentes de contacto, excepto si se lo incluye específicamente como Servicio Cubierto. Esta Exclusión no se aplica a los lentes protésicos iniciales o las cubiertas escleróticas luego de una cirugía intraocular, como tampoco a los lentes de contacto blandos debido a una afección médica.

SECCIÓN 15: OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA

- Entrenamiento de la visión ortóptica.
- Servicios prestados por Proveedores Fuera de la Red.
- Cargos por visitas al consultorio para control de infecciones.
- Tratamiento médico de lesiones o enfermedades oculares.
- Terapia visual.
- Diseños o recubrimientos de lentes especiales diferentes de aquellos que se describieron antes.
- Reemplazo de anteojos extraviados o robados.
- Lentes sin receta.
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
- Dispositivos y servicios protésicos.
- Seguro de lentes de contacto.

SECCIÓN 16: EXCLUSIONES

Los Servicios de Cuidado de Salud Básicos no estarán excluidos en caso de que se presten como consecuencia de una complicación a partir de un Servicio no Cubierto. No se ofrece cobertura en virtud de esta Póliza para aquellos procedimientos, equipos, servicios, suministros o cargos que tengan las siguientes características:

- No son Médicamente Necesarios, según lo determinemos Nosotros.
- Son proporcionados por una persona o entidad que no es un Proveedor, según se define en este documento, o no está reconocida por Nosotros.
- Son experimentales o están en fase de investigación, o están relacionados con ese concepto, ya sea que se haya incurrido en ellos antes o después del servicio o suministro experimental o en fase de investigación, o en relación con dicho servicio o suministro, según lo determinemos Nosotros. El hecho de que un servicio sea el único tratamiento disponible para una afección no lo hará elegible para cobertura si Nosotros lo consideramos experimental o en fase de investigación.
- Se utilizan para cualquier afección, enfermedad, defecto o lesión que surja del empleo o durante el transcurso de este si existen beneficios disponibles en virtud de alguna Ley de Seguro de Accidentes Laborales u otra ley similar. Si Usted no goza de beneficios en virtud de una Ley de Seguro de Accidentes Laborales, esta Exclusión no se aplica. Esta exclusión se aplica si Usted recibe los beneficios en su totalidad o en parte. Esta exclusión también se aplica independientemente de que Usted reclame los beneficios o la indemnización. También se aplica independientemente de que Usted recupere dinero de un tercero.
- En la medida en que un organismo gubernamental los ofrezca como beneficios, a menos que la ley o una reglamentación exija lo contrario.
- Se relacionan con cuidados o pruebas solicitados por un tribunal, a menos que sean Médicamente Necesarios.
- Servicios por los cuales Usted no tiene la obligación legal de pagar si no cuenta con esta cobertura o una similar.
- En los siguientes casos:
 - Cargos adicionales para proporcionar o recibir informes y registros médicos.
 - Cargos por la realización de investigaciones con Proveedores no directamente responsables de Su cuidado.
 - Cargos que no están documentados en los registros del Proveedor.
 - Tarifas de membresía y honorarios de administración o acceso cobrados por Médicos u otros Proveedores. Entre los ejemplos de

honorarios administrativos, se incluyen las tarifas que se cobran por los folletos educativos o las llamadas al paciente para proporcionarle los resultados de las pruebas.

- Proviene de un departamento médico o dental mantenido por, o en nombre de, un empleador, una asociación de beneficios mutuos, un sindicato, un fideicomiso o una persona o grupo similar.
- Los receta, solicita o recomienda un miembro de Su familia inmediata, incluidos Su cónyuge, hijo, hermano, hermana, padres, familia política o usted mismo, o los recibe de dichas personas.
- Por la compleción de formularios de facturación o cargos por registros o informes médicos, a menos que la ley exija lo contrario.
- Por citas perdidas o canceladas.
- Por costos de viáticos, alojamiento y comida, y otros gastos relacionados con viajes del Afiliado, excepto según lo autoricemos Nosotros o se estipule específicamente.
- Por los cuales se pagan beneficios en virtud de Medicare Parte B, o D cuando Medicare es el plan primario. Si Medicare no es el plan primario, esta exclusión no se aplica si una persona está o podría haber estado cubierta en virtud de otro plan, excepto con respecto a la Parte B de Medicare. A los fines del cálculo de beneficios, si el Afiliado no está inscrito en Medicare Parte B, calcularemos los beneficios como si estuviera inscrito.
- Cargos superiores a Nuestras Cantidades Máximas Autorizadas.
- Cargos en los que incurre antes de Su Fecha de Entrada en Vigor.
- Cargos en los que incurre después de la fecha de terminación de esta cobertura, excepto que se especifique en alguna sección.
- Por cualquier procedimiento, servicio, equipo o suministro proporcionado en relación con servicios cosméticos. Esta exclusión no se aplica a las afecciones que surjan durante el procedimiento cosmético o en el período posoperatorio inmediato, incluidos los siguientes casos: infarto de miocardio, embolia pulmonar, tromboflebitis y exacerbación de afecciones comórbidas.
- Por la terapia de mantenimiento, que es el tratamiento ofrecido cuando no se espera que ocurra un progreso adicional o este no es aparente. La terapia de mantenimiento incluye el tratamiento que permite conservar Su nivel actual de funcionamiento y evitar la pérdida de ese funcionamiento, pero que no genera ninguna mejora adicional.
- En los siguientes casos:
 - Cuidado asistencial, cuidados para convalecientes o curas de reposo.
 - Cuidado proporcionado o facturado por un hotel, centro de salud, hogar para personas convalecientes, centro de reposo, asilo u otro

SECCIÓN 16: EXCLUSIONES

centro de cuidados extendidos para ancianos, enfermería, enfermería de escuela, institución que brinda servicios educativos en entornos especiales, centro de rehabilitación o institución de vivienda asistida, o cualquier centro o institución similar.

- Servicios o cuidados proporcionados o facturados por una escuela, centro de Cuidados Asistenciales para personas con discapacidades de desarrollo, centro de rehabilitación o programas tipo *outward bound*, incluso si se incluyen servicios de psicoterapia.
- Campamentos.
- Cuidado de los pies de rutina (incluidos el corte o la remoción de callos y callosidades); corte o desbridamiento de uñas; cuidados de los pies como mantenimiento preventivo e higiénico, como, por ejemplo:
 - Lavado y puesta en remojo de los pies
 - Aplicación de cremas para la piel a fin de mantener la piel tonificada
 - Otros servicios que se prestan cuando no existe una enfermedad, lesión o síntoma localizado en relación con el pie
- Por el tratamiento quirúrgico de pie plano; subluxación del pie; pie débil, distendido o poco estable; tarsalgia; metatarsalgia; hiperqueratosis.
- Programas para bajar de peso, independientemente de que se realicen bajo supervisión médica, a menos que estén incluidos específicamente en la lista de servicios cubiertos de esta Póliza. Esta exclusión incluye, entre otros servicios, programas comerciales para bajar de peso (Weight Watchers, Jenny Craig, LA Weight Loss) y programas de ayuno.
- Para cirugía bariátrica, independientemente del objetivo por el cual se propone o realiza este procedimiento. Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios: bypass gástrico con técnica en Y de Roux (RNY), cirugía laparoscópica de bypass gástrico u otra cirugía de bypass gástrico (procedimientos quirúrgicos que reducen la capacidad del estómago y desvían los alimentos parcialmente digeridos desde el duodeno hasta el yeyuno, la sección del intestino delgado que se extiende desde el duodeno) o gastroplastía (procedimientos quirúrgicos que reducen el tamaño del estómago) o procedimientos de cinturón gástrico.
- Para asesoramiento matrimonial.
- Por servicios o suministros principalmente con fines educativos, vocacionales o de capacitación, excepto según se especifique lo contrario en este documento.
- Por artículos de higiene personal, control medioambiental o de conveniencia, incluidos los siguientes:
 - Equipos de aire acondicionado, humidificadores y purificadores de aire

SECCIÓN 16: EXCLUSIONES

- Artículos de conveniencia y comodidad personal durante una estadía como Paciente Interno, incluidos, entre otros, alquiler de televisor diario, servicios de telefonía, catres o comidas de las visitas
- Cargos por cuidados personales no médicos, excepto si se indica lo contrario
- Compra o alquiler de suministros para uso común en el hogar, como, por ejemplo, purificadores de agua
- Almohadas hipoalergénicas, almohadas cervicales, colchones especiales o colchones de agua
- Cascos para niños para el tratamiento de la plagiocefalia posicional
- Cascos de seguridad para Afiliados con enfermedades neuromusculares
- Cascos deportivos
- Membresías de gimnasios, equipos para hacer ejercicios, cargos de un instructor físico o personal, o cualquier otro cargo por actividades, equipos o instalaciones utilizados para desarrollar o mantener el estado físico, incluso si los solicita un Médico. Esta exclusión también se aplica a los spas.
- Por consultas telefónicas o consultas por correo electrónico o vía Internet/sitio web, excepto según lo exija la ley, lo autoricemos Nosotros o se indique lo contrario en esta Póliza.
- Por capacitación de autoayuda y otras formas de cuidado personal no médico, excepto según se establezca lo contrario en esta Póliza.
- Por exámenes relacionados con pruebas de investigación.
- Por honorarios por disponibilidad de un Médico.
- Exámenes físicos y vacunas necesarios para inscribirse en cualquier programa de seguro, como condición de empleo, para obtener una licencia o con otros fines.
- Por servicios de Terapia de Manipulación prestados en el hogar como parte de los Servicios de Cuidados en el Hogar.
- Cirugías relacionadas con disfunciones o problemas sexuales o de erección en hombres o mujeres, independientemente del origen o la causa. Esta Exclusión incluye asesoramiento y terapia sexuales. Esta exclusión también incluye prótesis o implantes peneanos y reconstrucción vascular o artificial, Medicamentos Recetados y todos los demás procedimientos y equipos desarrollados y utilizados para el tratamiento de la impotencia, y todas las Pruebas de Diagnóstico relacionadas.
- Por (servicios o suministros relacionados con) la medicina alternativa o complementaria. Entre los servicios de esta categoría, se incluyen los siguientes: medicina holística, homeopatía, hipnosis, aromaterapia, masajes y terapia con masajes, reiki, terapias o productos dietéticos, vitamínicos o

herbales, naturopatía, termografía, terapia ortomolecular, análisis por contacto reflejo, técnica de sincronización bioenergética (bioenergiel synchronization technique - BEST), iridología o estudio del iris, terapia de integración auditiva (auditory integration therapy - AIT), irrigación de colon, terapia de inervación magnética, terapia electromagnética y neurofeedback.

- Por cualquier servicio o suministro proporcionado a una persona no cubierta en virtud de esta Póliza en relación con un embarazo subrogado (incluida, entre otros, la gestación en vientre subrogado en el caso de parejas con problemas de fertilidad).
- Por el tratamiento quirúrgico de la ginecomastia.
- Por el tratamiento de la hiperhidrosis (sudoración excesiva).
- Por cualquier servicio por el cual Usted es responsable de pagar un Copago, Coaseguro o Deducible, según los términos de esta Póliza, y por el cual un Proveedor Fuera de la Red no cobre ningún Copago, Coaseguro ni Deducible.
- Hormona del crecimiento humano para niños que nacen pequeños para la edad gestacional. Solo lo consideramos un Servicio Cubierto en otras situaciones si se cuenta con una Preautorización.
- Por Medicamentos, dispositivos, productos o suministros con equivalentes de venta libre y cualquier Medicamento, dispositivo, producto o suministro que sea terapéuticamente comparable con uno de venta libre. Esta Exclusión no se aplica a los productos de venta libre que debemos cubrir si se presenta una Receta en virtud de la ley federal.
- Escleroterapia para el tratamiento de venas varicosas de las extremidades inferiores, incluida la orientación ultrasónica para la colocación de agujas o catéteres y los posteriores estudios con ultrasonido secuenciales para evaluar los resultados del tratamiento con escleroterapia en curso para las venas varicosas de las extremidades inferiores.
- Tratamiento de venas dérmicas telangiectasias (arañitas) mediante cualquier método.
- Servicios reconstructivos, excepto según se establezca específicamente en este documento o según lo exija la ley.
- Suplementos dietéticos o nutricionales, excepto según lo establezca esta Póliza o lo exija la ley. Esta exclusión incluye, entre otros, aquellas fórmulas nutricionales y suplementos dietéticos que son de venta libre, es decir, que por ley se pueden comprar sin la presentación de una Receta por escrito y cuya venta no está limitada a un Farmacéutico autorizado.
- Por los cargos de comida y habitación a menos que el tratamiento proporcionado cumpla con Nuestros criterios de Necesidad Médica para la hospitalización como Paciente Interno por Su afección.
- Para la reversión de una esterilización quirúrgica inducida voluntariamente.

SECCIÓN 16: EXCLUSIONES

- Por el tratamiento dental en adultos, independientemente del origen o la causa, excepto según se especifique en alguna sección de esta Póliza. “Tratamiento dental” incluye los siguientes aspectos, entre otros: Cuidados preventivos, diagnóstico, tratamiento de los dientes, mandíbula (salvo que la articulación temporomandibular sea un Servicio Cubierto) o encías, o tratamiento relacionado con estos, incluidos los siguientes servicios, entre otros:
 - Extracción, restauración y reemplazo de dientes
 - Tratamientos médicos o quirúrgicos de afecciones dentales
 - Servicios para mejorar resultados clínicos dentales
- Por el tratamiento de los dientes, la mandíbula o las encías en adultos que es necesario como resultado de una afección médica, excepto según lo exija expresamente la ley o se establezca específicamente como Servicio Cubierto.
- Por implantes Dentales para adultos.
- Por aparatos Dentales para adultos.
- Por radiografías, suministros y aparatos Dentales para adultos y todos los gastos asociados, incluidos hospitalización y anestesia, excepto según lo exija la ley. Las únicas excepciones para esto son cualquiera de las siguientes:
 - Iniciación de inmunosupresores
 - Tratamiento directo de lesiones traumáticas agudas, cáncer o paladar hendido
- Por personalización de vehículos
- Por elevadores de vehículos para sillas de ruedas o sillas de ruedas motorizadas
- Por modificaciones en la vivienda del Afiliado
- Por hipnoterapia
- Por estimulación para pacientes en coma
- Por tratamiento contra la ludopatía
- Por cualquier impuesto federal, estatal o local que se deba a beneficios, bienes o servicios
- Por cualquier cargo de manipulación y envío
- Por cualquier servicio requerido mientras un Afiliado está encarcelado

EXCLUSIÓN DE SERVICIOS EXPERIMENTALES O EN FASE DE INVESTIGACIÓN

El Plan no cubre ningún Medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro utilizado en el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de una enfermedad, lesión u otra afección médica, o directamente relacionado con ellos, que a Nuestra entera discreción sea Experimental/En Fase de Investigación.

SECCIÓN 16: EXCLUSIONES

Consideraremos que un Medicamento, producto biológico, dispositivo, Diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro es Experimental/En Fase de Investigación si determinamos que se aplican uno o más de los siguientes criterios cuando se presta el servicio con respecto al uso para el que se persiguen los beneficios. El Medicamento, producto biológico, dispositivo, Diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro tiene las siguientes características:

- No se puede comercializar legalmente en los Estados Unidos sin la aprobación final de la FDA u otro organismo normativo o agencia certificadora, y dicha aprobación final no se ha otorgado.
- La FDA ha determinado que está contraindicado para el uso específico.
- Se ofrece como parte de un ensayo clínico o protocolo de investigación clínica o se proporciona de cualquier otra manera cuyo fin sea evaluar la seguridad, toxicidad o eficacia del Medicamento, producto biológico, dispositivo, Diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro.
- Está sujeto a la revisión y aprobación de un Consejo de Análisis Institucional (Institutional Review Board - IRB) u otro organismo con función similar.
- Se proporciona conforme a documentos de consentimiento informado que describen el Medicamento, producto biológico, dispositivo, Diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro como Experimental/En Fase de Investigación o de otra forma indican que la seguridad, la toxicidad o la eficacia de aquellos está en proceso de evaluación.

Cualquier servicio no considerado Experimental/En Fase de Investigación según los criterios anteriores podría continuar en dicha categoría si así lo determinamos Nosotros. A la hora de determinar si un Servicio es Experimental/En Fase de Investigación, tendremos en cuenta la información que se describe a continuación y evaluaremos lo siguiente:

- La evidencia científica es concluyente con respecto al efecto del servicio sobre los resultados médicos.
- La evidencia demuestra que el servicio mejora los resultados médicos netos de la población total para la que se podría proponer el servicio ya que ofrece efectos beneficiosos que superan cualquier efecto perjudicial.
- Según la evidencia, se ha demostrado que el servicio es tan beneficioso para la población total para la que se podría proponer el servicio como lo son las alternativas establecidas.
- Según la evidencia, se ha demostrado que el servicio mejora los resultados médicos netos de la población total para la que se podría proponer el

servicio en las condiciones usuales de práctica médica fuera del entorno de investigación clínica.

La información que tenemos en cuenta o evaluamos para determinar si un Medicamento, producto biológico, dispositivo, Diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro es Experimental/En Fase de Investigación en virtud de los criterios anteriores puede incluir uno o más artículos de la siguiente lista, que no es exhaustiva:

- Bibliografía científica o médica revisada por pares y acreditada que se haya publicado, o la ausencia de ella
- Evaluaciones de asociaciones médicas nacionales, paneles de consenso y otros organismos de evaluación tecnológica
- Documentos emitidos por o entregados a la FDA u otro organismo federal, estatal o local con la autoridad necesaria para aprobar, regular o investigar el uso del Medicamento, producto biológico, dispositivo, Diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro
- Documentos de un IRB u otro organismo similar que cumpla sustancialmente la misma función
- Documentos de consentimiento o los protocolos escritos utilizados por los Médicos tratantes, otros profesionales médicos o centros, o por otros Médicos tratantes, profesionales médicos o centros, que estudien sustancialmente el mismo Medicamento, producto biológico, dispositivo, Diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro
- Historias clínicas
- Opiniones de Proveedores consultores y otros expertos en el campo

Contamos con la autoridad y el criterio necesarios para identificar y comparar toda la información, y determinar todas las preguntas respecto de si un Medicamento, producto biológico, dispositivo, Diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro es Experimental o está en Fase de Investigación.

SECCIÓN 17: FACTURAS

Cuando Usted recibe cuidados de un Proveedor Dentro de la Red, no es necesario que presente una factura. Esto significa que las disposiciones a continuación, en relación con los Formularios de Facturación y el Aviso de Facturación, no se aplican a menos que el Proveedor no haya presentado la factura.

A. Cesión

Usted no puede transferir legalmente esta Póliza sin obtener el permiso del Plan por escrito. Los Afiliados no pueden transferir legalmente la cobertura. Ningún Afiliado puede ceder los beneficios disponibles en virtud de esta Póliza sin obtener el permiso del Plan por escrito, a menos que se describa alguna forma posible en esta Póliza.

B. Aviso de facturación

No somos responsables en virtud de la Póliza, a menos que recibamos un aviso escrito donde se indique que Usted recibió Servicios Cubiertos. Debemos recibir el aviso en un plazo de 90 días desde la recepción de los Servicios Cubiertos, y este debe contar con los datos que necesitamos para determinar los beneficios. Si el aviso enviado no incluye los datos suficientes que necesitamos para procesar la factura, debemos recibir la información necesaria dentro de los plazos especificados en esta disposición. De lo contrario, no se pagarán los beneficios, excepto que lo exija la ley.

Si no recibimos la información que necesitamos para procesar una factura, solicitaremos la información adicional necesaria para completar el procesamiento de la factura. Usted recibirá una copia de esa solicitud de información adicional (Su información). En esos casos, no podemos completar el procesamiento de la factura hasta que hayamos recibido la información adicional solicitada. Enviaremos Nuestra solicitud de información adicional en un plazo de 30 días desde Nuestra recepción inicial de la factura y completaremos Nuestro procesamiento de la factura en un plazo de 15 días luego de que recibamos toda la información solicitada. Se considera que una persona incurrió en un gasto el día en que recibió el servicio o suministro. Si no podemos completar el procesamiento de una factura porque Usted o Su Proveedor no nos proporcionan la información adicional en un plazo de 60 días a partir de Nuestra solicitud, se rechazará la factura. Nosotros reabriremos y procesaremos la factura si Usted o Su Proveedor envían la información adicional dentro de los plazos establecidos a continuación.

El hecho de no proporcionarnos un aviso dentro del plazo de 90 días no reducirá un beneficio si Usted demuestra que este aviso se proporcionó tan pronto como

fue razonablemente posible. Ningún aviso de una factura inicial ni la información adicional sobre una factura pueden enviarse más de un año después de que finalice el período de presentación de 90 días, y ninguna solicitud de ajuste de una factura puede enviarse más de 24 meses después de que se haya pagado la factura, excepto en caso de fraude por parte de un Proveedor.

Nota: En virtud de la ley de Ohio, Usted tiene derecho a obtener una copia detallada de los cargos facturados por el Hospital o el Centro que prestó los servicios.

C. Formularios de facturación

Por lo general, la mayoría de los Proveedores ofrecerán formularios de facturación. Si los formularios no están disponibles, envíenos una solicitud de formularios de facturación por escrito o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente y solicite que le envíen dichos formularios. Si Usted no recibe los formularios de facturación, puede enviarnos un aviso por escrito donde se indiquen los servicios prestados sin adjuntar dicho formulario. En dicho aviso, se debe incluir la misma información que se brindaría en el formulario de facturación. Esto incluye lo siguiente:

- Nombre del paciente
- Relación del paciente con el Suscriptor
- Número de identificación
- Fecha, tipo y lugar del servicio
- Su firma y la del Proveedor

D. Cooperación del Afiliado

Cada Afiliado deberá completar y enviar al Plan las autorizaciones, los consentimientos, las divulgaciones, las cesiones y otros documentos según lo solicite el Plan a fin de obtener o asegurarse el reembolso correspondiente en virtud de Medicare, el programa de seguro de accidentes laborales o cualquier otro programa gubernamental. Cualquier Afiliado que no coopere (incluido un Afiliado que no se inscriba en la Parte B del programa Medicare cuando Medicare es el pagador responsable) será responsable de cualquier cargo por los servicios prestados.

E. Explicación de Beneficios (EOB)

Luego de los cuidados médicos, recibirá una explicación de beneficios (explanation of benefits - EOB). La EOB es un resumen de la cobertura que recibe. La EOB no es una factura, sino una declaración que emitimos Nosotros para que Usted pueda comprender la cobertura que recibe. Este documento muestra lo siguiente:

SECCIÓN 17: FACTURAS

- Montos totales cobrados por los servicios/suministros recibidos
- El monto de los cargos absorbido por Su cobertura
- El monto del cual Usted es responsable (si corresponde)
- Información general sobre Sus derechos de apelación y respecto de los planes ERISA, e información sobre el derecho de iniciar acciones luego del Proceso de Apelaciones

SECCIÓN 18: REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

La revisión de utilización es un proceso que se utiliza para monitorear el uso de los entornos, procedimientos y servicios de cuidado de salud, como también para evaluar la necesidad clínica, la adecuación, la eficacia o la eficiencia de estos. La revisión se puede realizar en diversas áreas: revisión ambulatoria, revisión prospectiva, segunda opinión, certificación, revisión simultánea, gestión de casos, planificación de alta médica o revisión retrospectiva, entre otros.

Su Plan incluye los procesos de Revisiones Previas al Servicio, Simultáneas y Retrospectivas para determinar cuándo el Plan debería cubrir los servicios. El objetivo de estas revisiones es promover la entrega de cuidado médico rentable mediante la revisión del uso de los procedimientos y, según corresponda, el entorno o el lugar donde se prestan los servicios. Su Plan exige que los Servicios Cubiertos sean Médicamente Necesarios para que se proporcionen los beneficios. Cuando el entorno o lugar de prestación de un servicio forma parte de la revisión, los servicios que se le pueden proporcionar a Usted de manera segura y eficaz en un entorno de menor costo no serán Médicamente Necesarios si se prestan en un entorno con un costo más alto.

A. Preautorización

Los Proveedores Dentro de la Red deben obtener una Preautorización para que Usted pueda recibir beneficios por determinados servicios. Los criterios de Preautorización se basarán en múltiples fuentes, incluidas la póliza médica y las pautas clínicas, farmacéuticas y terapéuticas. Es posible que determinemos que un servicio que se recetó o solicitó inicialmente no es Médicamente Necesario si Usted no ha probado antes tratamientos alternativos que sean más rentables. Si autorizamos una hospitalización, un tratamiento o un servicio de cuidado de salud propuesto a cargo de un Proveedor Dentro de la Red según la presentación precisa y completa de toda la información necesaria sobre un Afiliado, no rechazaremos retroactivamente esta autorización si dicho proveedor presta el servicio de buena fe y en virtud de la autorización y todos los términos y las condiciones del contrato que este proveedor tiene con Nosotros.

Las solicitudes de Preautorización deben recibirse por teléfono, por fax, por escrito o a través de un portal seguro en línea de la siguiente manera:

- Al menos 5 días antes de una hospitalización electiva como Paciente Interno en un Hospital, centro de Rehabilitación o de cuidados extendidos u Hospicio
- Al menos 30 días antes de la evaluación inicial para los servicios de trasplantes de órganos
- Al menos 30 días antes de recibir servicios de ensayos clínicos

SECCIÓN 18: REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

- Al menos 5 días antes de una hospitalización como Paciente Interno para un tratamiento programado por Abuso de Sustancias o Trastorno de Salud Mental
- Al menos 5 días antes del inicio de los cuidados de salud en el hogar

Preautorización para Afiliados con afecciones crónicas

A los fines de esta sección, una “afección crónica” es una afección médica que ha persistido luego de los esfuerzos razonables para aliviar o curar su causa y se ha mantenido, de manera continua o en episodios, durante más de seis meses consecutivos. En el caso de las aprobaciones de Preautorizaciones relacionadas con la afección crónica de un Afiliado, emitiremos una Preautorización para un Medicamento Recetado aprobado por doce (12) meses o hasta el último día de elegibilidad del Afiliado en virtud de esta Póliza, lo que ocurra antes. La aprobación por doce (12) meses que emitamos dejará de tener validez y caducará de manera automática si se producen cambios en las leyes estatales o federales o en la información de cumplimiento u orientación normativa federal, y se indica que el Medicamento Recetado en cuestión ya no está aprobado o no es seguro para el fin propuesto.

Es posible que le solicitemos al Proveedor de un Afiliado que nos envíe información que indique que la afección crónica de un Afiliado no sufrió modificaciones. La información solicitada por Nosotros serán pruebas médicas o científicas coherentes, según se define en la sección 3922.01 del Ohio Revised Code (Código Revisado de Ohio), y la frecuencia de envío de dicha información será trimestralmente. Si le solicitamos información al Proveedor de un Afiliado y el Proveedor no nos responde en un plazo de cinco (5) días calendario a partir de la fecha de recepción de la solicitud por parte del Proveedor, cancelaremos la aprobación de doce (12) meses.

No aprobaremos el período de doce (12) meses para lo siguiente:

- Medicamentos Recetados para un uso que no sea de mantenimiento
- Medicamentos Recetados que sean para un tratamiento típico inferior a un (1) año
- Medicamentos Recetados que requieran un período de prueba inicial para determinar la eficacia y la tolerancia, luego del cual se otorgará una Preautorización para un período de un (1) año o más
- Medicamentos Recetados para los cuales las pruebas médicas o científicas, según se definen en la sección 3922.01 del Ohio Revised Code (Código Revisado de Ohio), no sirvan como respaldo para la aprobación previa de un período de doce (12) meses

SECCIÓN 18: REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

- Medicamentos Recetados que sean sustancias controladas de clase I o II o cualquier analgésico o benzodiazepina, según se define en la sección 3719.01 del Ohio Revised Code (Código Revisado de Ohio)
- Medicamentos Recetados que no sean recetados por un Proveedor Dentro de la Red como parte de un programa de gestión de cuidados

Nota: Si hemos proporcionado una aprobación de doce (12) meses para un Medicamento Recetado y la FDA luego lanza un Medicamento Recetado genérico o de marca comparable aprobado que figura como terapéuticamente equivalente en la publicación de la FDA titulada "Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations" (Medicamentos aprobados con evaluaciones de equivalencia terapéutica), podemos solicitar una sustitución y exigir que el Medicamento Recetado terapéuticamente equivalente se utilice por el resto del período de doce (12) meses.

Solicitudes de Preautorización electrónicas

Una vez que recibamos Su solicitud de Preautorización por medio de un portal seguro en línea, le responderemos en un plazo de 48 horas en el caso de los servicios de cuidados de urgencia o de 10 días calendario en el caso de cualquier otra solicitud de este tipo. Si Su solicitud está incompleta, le indicaremos la información adicional específica que se requiere para procesarla. A los fines de esta sección, "servicios de cuidados de urgencia" hace referencia a la atención médica u otro servicio para una afección si la aplicación del plazo habitual para las determinaciones de cuidados de rutina o que no ponen en peligro la vida tiene las siguientes características:

- Podría afectar seriamente la vida, la salud o la seguridad del paciente u otras personas debido al estado psicológico del paciente.
- Según la opinión del Proveedor con conocimientos de la afección médica o conductual del paciente, sometería al paciente a consecuencias de salud adversas si no recibe el cuidado o el tratamiento que se solicita.

Revisión retrospectiva de una factura

Previo solicitud por escrito, podemos autorizar una revisión retrospectiva de una factura que se envía por un servicio para el cual se requiere Preautorización, pero esta no se obtiene si el servicio en cuestión cumple con todos los criterios a continuación:

- El servicio está directamente relacionado con otro servicio para el cual ya se ha obtenido una aprobación previa y que ya se ha prestado.
- Se desconocía la necesidad del nuevo servicio al momento de la prestación del servicio Preautorizado original.

SECCIÓN 18: REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

- La necesidad del nuevo servicio se reveló al momento de la prestación del servicio autorizado original.

Una vez que se reciben la solicitud por escrito y toda la información necesaria, revisaremos la factura a fin de determinar la cobertura y necesidad médica. No rechazaremos una factura por dicho servicio nuevo por el simple hecho de que no se recibió una Preautorización para el servicio en cuestión. Nota: La revisión retrospectiva de una factura está disponible para todas las solicitudes de Preautorización correspondientes y no se limita a las solicitudes de Preautorización electrónicas.

Plazos para apelaciones por Preautorizaciones adversas

En el caso de los servicios de cuidados de urgencia, analizaremos una apelación por Preautorización adversa en un plazo de 48 horas luego de la recepción de la apelación. Para todas las demás solicitudes previas al servicio, analizaremos la apelación en un plazo de 10 días calendario luego de la recepción de la apelación. Para las solicitudes posteriores al servicio, analizaremos la apelación en un plazo de 30 días calendario. La apelación es entre el Proveedor que solicita el servicio en cuestión y un colega clínico.

Si Usted tiene alguna pregunta con respecto a la información que figura en esta sección, puede llamarnos al número de teléfono que aparece en Su Tarjeta de Identificación o visitar www.hioscar.com.

B. Tipos de solicitudes

Certificación previa

Una revisión obligatoria de un servicio, un tratamiento o una hospitalización para la determinación de la cobertura de los beneficios que debe obtenerse antes de la fecha de inicio del servicio, el tratamiento o la hospitalización. Para las hospitalizaciones de emergencia, Usted, Su Representante Autorizado o Su Médico deben informarnos al respecto en un plazo de 24 horas desde la hospitalización o lo antes posible en un período razonable. En el caso de las hospitalizaciones por nacimiento, no es necesario contar con una Certificación Previa a menos que haya una complicación o la madre y el bebé no reciban al alta al mismo tiempo.

Determinación previa

Una solicitud opcional y voluntaria de revisión Prospectiva o Simultánea para la determinación de la cobertura de los beneficios de un servicio o tratamiento. Revisaremos Su Póliza para determinar si existe una exclusión para el servicio o tratamiento. Si hay una pauta de cobertura clínica relacionada, la revisión de la

cobertura de los beneficios incluirá una revisión para determinar si el servicio cumple con la definición de Necesidad Médica en virtud de esta Póliza o si es Experimental o está En Fase de Investigación, según la definición de ese término que figura en esta Póliza.

Revisión médica

Una revisión retrospectiva para una determinación de la cobertura de los beneficios a fin de determinar la Necesidad Médica o la naturaleza Experimental/En Fase de Investigación de un servicio, un tratamiento o una hospitalización que no requirió de Certificación Previa y que no cuenta con una revisión de Determinación Previa. Las Revisiones médicas se realizan para un servicio, un tratamiento o una hospitalización cuando existe una pauta de cobertura clínica relacionada y, por lo general, las iniciamos Nosotros.

C. Categorías de solicitudes

Urgente

Una solicitud de Certificación Previa o Determinación Previa que, según la opinión del Proveedor tratante o cualquier Médico que conoce la afección médica del Afiliado, podría, en ausencia de dicho cuidado o tratamiento, poner en grave peligro la vida o la salud del Afiliado o su capacidad para recuperar la plenitud de sus funciones, o bien sometería al Afiliado a un dolor intenso que no se podría controlar adecuadamente sin dicho cuidado o tratamiento.

Si la solicitud de revisión de cuidados de urgencia no se aprueba, el Afiliado puede proceder con una revisión externa acelerada y, al mismo tiempo, presentar una apelación a través de Nuestro proceso de apelación interna.

Prospectiva

Una solicitud de Certificación Previa o Determinación Previa que se lleva a cabo antes del servicio, el tratamiento o la hospitalización.

Simultánea

Una solicitud de Certificación Previa o Determinación Previa que se lleva a cabo durante el tratamiento o la hospitalización. Si la solicitud de revisión simultánea no se aprueba, un Afiliado que está recibiendo un tratamiento en curso puede proceder con una revisión externa acelerada y, al mismo tiempo, presentar una apelación a través de Nuestro proceso de apelación interna.

Retrospectiva

Una solicitud de Certificación Previa que se lleva a cabo luego del servicio, el

SECCIÓN 18: REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

tratamiento o la hospitalización. Las Revisiones Médicas también son retrospectivas. Dentro del concepto de revisión retrospectiva, no se incluyen las revisiones que se limitan a una evaluación de niveles de reembolso, veracidad de la documentación, precisión de la codificación o adjudicación de pagos.

D. Requisitos para decisiones y notificaciones

Los plazos y los requisitos enumerados se basan en reglamentaciones estatales y federales. Si las reglamentaciones estatales son más estrictas que las federales, nos regiremos por las primeras. Si Usted reside o recibe servicios en un estado que no sea el estado donde se emitió Su contrato, es posible que se apliquen otros requisitos específicos del estado. Puede comunicarse con Nosotros al número de teléfono que figura en Su Tarjeta de Identificación para obtener más información.

Categoría de solicitudes	Plazo
Urgente prospectiva	72 horas o 2 días hábiles desde la recepción de la solicitud, lo que sea menor
No urgente prospectiva	72 horas o 2 días hábiles desde la recepción de la solicitud, lo que sea menor
Urgente simultánea (cuando la solicitud se recibe menos de 24 horas antes del vencimiento de la autorización previa o no existe autorización previa)	24 horas o 1 día hábil desde la recepción de la solicitud, lo que sea menor
Urgente simultánea (cuando la solicitud se recibe más de 24 horas después del vencimiento de la autorización previa o no existe autorización previa)	72 horas o 1 día hábil desde la recepción de la solicitud, lo que sea menor
No urgente simultánea	72 horas o 1 día hábil desde la recepción de la solicitud, lo que sea menor
Retrospectiva	30 días calendario desde la recepción de la solicitud

Si necesitamos información adicional para tomar una decisión, le avisaremos al Proveedor solicitante y les enviaremos una notificación por escrito a Usted o a Su Representante Autorizado acerca de la información específica necesaria para llevar adelante la revisión. Si no recibimos la información específica solicitada o si la información no está completa antes del plazo identificado en la notificación escrita, tomaremos una decisión según la información con la que contemos.

Informaremos Nuestra decisión de acuerdo con las reglamentaciones estatales y federales. La notificación se puede enviar con los siguientes métodos:

- Verbal: notificación oral que se envía al Proveedor solicitante por teléfono o por medios electrónicos si el Proveedor acepta.
- Escrita: carta por correo postal o medios electrónicos, incluidos correo electrónico y fax, que se envían a, como mínimo, el Proveedor solicitante y el Afiliado o el representante autorizado del Afiliado.

Reconsideración de una determinación adversa

En el caso de las Determinaciones de Beneficios Adversas relacionadas con solicitudes simultáneas o prospectivas, Su Proveedor o el Centro que presta el servicio de cuidado de salud puede solicitar (por escrito en Su nombre) una reconsideración de dicha determinación por medio de una revisión entre pares. El Proveedor o el Centro no pueden solicitar una reconsideración sin Su consentimiento previo. La reconsideración tendrá lugar en un plazo de tres (3) días hábiles luego de que recibamos la solicitud de reconsideración por escrito y afectará al Proveedor o Centro que presta el servicio de cuidado de salud y al revisor que tomó la Determinación de Beneficios Adversa.

La reconsideración afectará al Proveedor a cargo del servicio de cuidado de salud y al revisor que tomó la Determinación de Beneficios Adversa. Sin embargo, si Nuestro revisor no está disponible, dicho revisor puede designar a otro revisor. Su Proveedor debe contar con Su consentimiento por escrito a fin de que se realice la revisión entre pares con Nuestro revisor o Nuestro designado.

Reconsideraremos la Determinación de Beneficios Adversa en un plazo de tres (3) días hábiles luego de que recibamos la solicitud de reconsideración. En el caso de las solicitudes de reconsideración relacionadas con una Solicitud de servicios de cuidados de urgencia, revisaremos dicha solicitud en un plazo que tenga en cuenta las exigencias médicas. La reconsideración no es un prerrequisito para una Revisión Externa o Interna de una Determinación de Beneficios Adversa.

SECCIÓN 19: QUEJAS, APELACIONES Y REVISIÓN EXTERNA

Los procedimientos de Queja y Apelación se establecieron para proporcionar soluciones justas, razonables y oportunas ante las quejas que Usted pueda tener en relación con el Plan. Lo invitamos a compartir cualquier inquietud que pueda tener con respecto a determinaciones de beneficios, problemas de cobertura y elegibilidad o la calidad del cuidado recibido de Proveedores médicos de Nuestras Redes.

A. El procedimiento de queja

Si Usted tiene una queja, un problema o una factura en relación con los beneficios o los servicios, comuníquese con Nosotros. Consulte Su Tarjeta de Identificación para conocer Nuestra dirección y Nuestro número de teléfono.

Una queja es una expresión de insatisfacción que, a menudo, puede resolverse con una explicación de nuestra parte sobre Nuestros procedimientos y Su documento de beneficios. Puede presentar Su queja por carta o por teléfono. Si Su queja incluye inconvenientes con los Servicios Cubiertos, es posible que Usted deba firmar un formulario de divulgación de información para que Nosotros podamos solicitar registros e incluirlos en Nuestra revisión.

Usted recibirá una notificación sobre la resolución de Su queja si se rechaza una factura o solicitud de beneficios en parte o en su totalidad. Explicaremos por qué se rechazaron los beneficios y describiremos Sus derechos en virtud del Procedimiento de Apelación.

B. El procedimiento de apelación

Como Afiliado de este Plan, Usted tiene derecho a apelar las decisiones que rechazan o limitan Sus beneficios de cuidado de salud. En la explicación de los motivos por los cuales rechazamos Su factura o solicitud de beneficios, se describirán los pasos que debe seguir para iniciar Su apelación y cómo funciona el proceso de apelación.

Una apelación es una solicitud que Usted nos envía para que modifiquemos una determinación anterior o abordemos una inquietud que Usted tiene con respecto a la confidencialidad o privacidad.

C. Apelaciones internas

Se puede apelar una determinación inicial que hayamos tomado y solicitar una revisión interna. Ofrecemos un solo nivel de apelación interna. El Plan le informará acerca de Sus derechos de apelación en el siguiente nivel si ocurre una denegación luego de una determinación inicial.

Usted tiene derecho a designar a un representante (p. ej., Su Médico) para que presente apelaciones ante Nosotros en Su nombre y lo represente en cualquier nivel del proceso de apelaciones. Si un representante busca una apelación en Su nombre, Usted debe presentar ante Nosotros un formulario de Designación de Representante (Designation of Representation - DOR) firmado. El proceso de apelación no comenzará hasta que hayamos recibido el formulario DOR completado de manera correcta, excepto en el caso de que un Médico solicite una revisión acelerada de una apelación en Su nombre. En este caso, se considerará que el Médico es Su designado para el objetivo limitado de solicitar una revisión acelerada de la apelación sin la recepción de un formulario firmado. Le enviaremos un formulario DOR para que Usted lo complete en todos los demás casos.

Aceptaremos comentarios orales o escritos, documentos u otra información en relación con una apelación de parte del Afiliado o del Proveedor del Afiliado por teléfono, fax u otros medios razonables. Previa solicitud y sin cargo alguno, los Afiliados pueden tener acceso razonable a los documentos, registros y otros datos relacionados con la apelación, y copias de estos. Para obtener información sobre Nuestros procedimientos de apelación o presentar una apelación oral, llame al número gratuito de servicio al cliente que figura en Su Tarjeta de Identificación o al número de apelaciones que aparece en cualquier aviso escrito de decisión adversa que Usted recibe de Nosotros.

También aceptaremos las apelaciones que se presenten por escrito. Si desea presentar Su apelación por escrito, debe enviarla por correo postal a la siguiente dirección: Oscar, PO Box 52146, Phoenix, AZ 85072-2146, o a la dirección para el envío de una apelación que figura en cualquier aviso escrito de decisión adversa que reciba de Nosotros.

Luego de recibir Su apelación escrita u oral en la dirección o el número de teléfono de apelaciones que aparecen arriba o en cualquier aviso de decisión adversa, le enviaremos un acuse de recibo en un plazo de 5 días hábiles para avisarle que recibirá una respuesta por escrito sobre la apelación una vez que completemos el proceso de investigación correspondiente. Nuestro acuse de recibo puede ser oral para aquellas apelaciones que recibimos por esa vía.

D. Apelaciones

Las apelaciones son revisadas por personas que no tomaron la determinación inicial y que no son subordinados del revisor inicial. Si la apelación involucra un asunto clínico, convocaremos a un colega clínico para esta revisión. Un colega clínico es un Médico o Proveedor que tiene la misma licencia que el Proveedor que

prestará o ha prestado el servicio. El colega clínico revisará Sus registros médicos y determinará si el servicio está cubierto en virtud de Su documento de beneficios. Si el colega clínico determina que el servicio está cubierto en virtud de Su documento de beneficios, debemos pagar el servicio. Si dicha persona determina lo contrario, podemos rechazar los servicios.

Si Usted está apelando una decisión de certificación previa adversa que no sea una decisión de revisión posterior a la reclamación retrospectiva (es decir, una decisión de revisión previa a la reclamación prospectiva, simultánea o retrospectiva adversa) o la denegación de cualquier aprobación previa exigida según el Plan, le enviaremos una respuesta por escrito donde indicaremos Nuestra decisión dentro de un período razonable apropiado según las circunstancias médicas, antes de los 30 días calendario a partir de la fecha de recepción de Su solicitud de apelación. Si se necesita más información para tomar una decisión sobre Su Apelación, enviaremos una solicitud de información por escrito luego de la recepción de dicha Apelación. No se pueden conceder prórrogas para obtener información adicional sobre estas Apelaciones sin el permiso del Afiliado. Por lo tanto, tomaremos una decisión según la información disponible si la información adicional solicitada no se recibe.

Si Usted está apelando cualquier otro tipo de decisión adversa (incluidas las decisiones de revisión retrospectiva posterior a la reclamación) y contamos con la información suficiente para resolver la Apelación, le enviaremos una respuesta por escrito donde indicaremos Nuestra decisión dentro de un período razonable apropiado según las circunstancias médicas, antes de los 30 días calendario a partir de la fecha de recepción de Su solicitud de apelación. Si se necesita más información para tomar una decisión sobre Su Apelación, enviaremos una solicitud de información por escrito luego de la recepción de dicha Apelación. Si la información adicional solicitada no se recibe en un plazo de 45 días calendario desde la fecha de la solicitud de Apelación, realizaremos la revisión según los datos disponibles.

E. Revisiones aceleradas

La Revisión Acelerada de una apelación puede iniciarse de forma oral, por escrito o a través de otros medios razonables que Usted o Su Proveedor tengan a su disposición. La Revisión Acelerada está disponible únicamente si el cuidado médico para el que se rechaza la cobertura todavía no se ha proporcionado. Si usted presenta la apelación interna en forma electrónica, Oscar analizará la apelación dentro de las 48 horas después de que recibamos la solicitud, y comunicaremos Nuestra decisión por teléfono a Su Médico tratante o al Proveedor que solicita el

servicio. Además, enviaremos un aviso de determinación por escrito a Usted, a Su Médico tratante o Proveedor que solicita el servicio, y al centro que presta el servicio. Si usted no presenta la apelación interna en forma electrónica, analizaremos la apelación dentro de las 72 horas después de que recibamos la solicitud.

Puede solicitar una revisión acelerada para lo siguiente:

- Cualquier reclamación de atención médica o tratamiento con respecto a la cual la aplicación de los plazos de determinaciones de cuidados no urgentes tendría las siguientes características:
 - 1. Podría afectar seriamente Su vida, Su salud o Su capacidad para recuperar la plenitud de sus funciones.
 - 2. Según la opinión de un Médico con conocimientos de Su afección médica, lo sometería a un dolor intenso que no se puede controlar adecuadamente sin la atención o el tratamiento que se reclama.
- Excepto según lo dispuesto a continuación, la determinación de una reclamación de cuidados de urgencia estará a cargo de una persona que actúa en nombre del Plan y aplica el juicio de una persona común y prudente que posee conocimientos promedio de salud y medicina.
- Cualquier reclamación que determina un Médico con conocimientos de Su afección médica es una reclamación de cuidados de urgencia. Nos remitiremos a tal determinación del médico tratante.

F. Finalización del proceso de apelación interna

Debe haberse agotado el proceso de apelación interna para poder iniciar una revisión externa, salvo en los siguientes casos:

- Aceptamos renunciar al requisito de finalización.
- Usted no recibió una decisión por escrito acerca de Nuestra apelación interna dentro del plazo requerido.
- No cumplimos con todos los requisitos del proceso de apelación interna, a menos que el incumplimiento tenga las siguientes características:
 - Fue *de minimis* (menor).
 - No ocasiona ni es posible que ocasione un perjuicio o daño hacia Su persona.
 - Fue de buena fe y ajeno a Nuestro control.
 - No refleja un patrón o práctica de incumplimiento.
- La revisión externa acelerada se solicita de manera simultánea con respecto a la revisión interna acelerada.

G. Revisión externa

Según el Capítulo 3922 del Ohio Revised Code (Código Revisado de Ohio), todos los emisores de planes médicos deben ofrecer un proceso que permita que una persona cubierta en virtud de un plan de beneficios médicos o una persona que busca cobertura en un plan de ese tipo solicite una revisión externa independiente de una Determinación de Beneficios Adversa. Esto es un resumen de ese proceso de revisión externa. Una Determinación de Beneficios Adversa es una decisión que tomamos nosotros para rechazar los beneficios porque estos no están cubiertos, están excluidos o están limitados en virtud del plan, o porque la persona cubierta no es elegible para recibirlos.

La Determinación de Beneficios Adversa puede incluir un asunto de necesidad médica, adecuación, entorno de cuidados de salud o nivel del cuidado o eficacia. Una Determinación de Beneficios Adversa también puede ser una decisión para rechazar o rescindir la cobertura de un plan de beneficios médicos.

Oportunidad de revisión externa

La revisión externa puede estar a cargo de una organización de revisión independiente (Independent Review Organization - IRO) o del Ohio Department of Insurance (Departamento de Seguros de Ohio). Le brindaremos la oportunidad de que una Independent Review Organization (Organización de Revisión Independiente - IRO) realice una revisión externa de la determinación de beneficios si la determinación involucra un juicio médico. Le brindaremos la oportunidad de que el Ohio Department of Insurance (Departamento de Seguros de Ohio) realice una revisión externa si la determinación no involucra un juicio médico (por ejemplo, Determinaciones de Beneficios Adversas basadas en problemas contractuales, o una Determinación de Beneficios Adversa en la cual se determinó que el servicio médico de emergencia no es médicamente necesario o apropiado después de la revisión externa de una IRO). La persona cubierta no paga por dicha revisión. No hay un costo mínimo con respecto a los servicios de cuidado de salud rechazados a fin de cumplir con los requisitos para una revisión externa. Sin embargo, la persona cubierta, por lo general, debe agotar el proceso de apelación interna del emisor del plan médico para solicitar una revisión externa. Las excepciones a este requisito se incluirán en el aviso de Determinación de Beneficios Adversa.

Revisión externa por parte de una IRO

Una persona cubierta tiene derecho a una revisión externa por parte de una IRO en los siguientes casos:

- El Beneficio Adverso involucra un juicio médico o se basa en cualquier información médica.

SECCIÓN 19: QUEJAS, APELACIONES Y REVISIÓN EXTERNA

- Una Determinación de Beneficios Adversa indica que el servicio solicitado es experimental o está en fase de investigación, el servicio solicitado no está excluido explícitamente en su Plan, y el médico tratante certifica al menos una de las siguientes cuestiones:
 - Los servicios de cuidado de salud estándar no han sido efectivos para mejorar su afección.
 - Los servicios de cuidado de salud estándar no son médicamente adecuados para usted.

Ningún servicio de cuidado de salud estándar cubierto por Nosotros es más beneficioso que el servicio de cuidado de salud que se solicita.

Solicitud de revisión externa

Independientemente de si el caso de revisión externa será revisado por una IRO o por el Department of Insurance (Departamento de Seguros), la persona cubierta, o un Representante Autorizado, debe solicitar una revisión externa ante Nosotros en un plazo de 180 días desde la fecha del aviso de la determinación de beneficios adversa final emitida por Nosotros. Todas las solicitudes se deben presentar por escrito, a excepción de la solicitud de una revisión externa acelerada. Las revisiones externas aceleradas pueden solicitarse electrónicamente o verbalmente. Sin embargo, debemos recibir la confirmación escrita de la solicitud no más de cinco (5) días después de la solicitud inicial. La persona cubierta deberá brindar su consentimiento para la divulgación de los registros médicos correspondientes y firmar una autorización de divulgación de registros médicos.

Si la solicitud está completa, iniciaremos la revisión externa y le informaremos a la persona cubierta por escrito, o inmediatamente en el caso de una revisión acelerada, que la solicitud está completa y es elegible para una revisión de este tipo. El aviso incluirá el nombre y la información de contacto de la IRO asignada o del Ohio Department of Insurance (Departamento de Seguros de Ohio) (según corresponda) a los fines del envío de información adicional. Cuando se solicita una revisión estándar, se le informará a la persona cubierta que, en un plazo de 10 días hábiles luego de la recepción del aviso, debe enviar información adicional por escrito a la IRO o al Ohio Department of Insurance (Departamento de Seguros de Ohio) (según corresponda) para su análisis durante la revisión. Además, enviaremos todos los documentos y la información utilizados para tomar la Determinación de Beneficios Adversa a la IRO asignada o al Ohio Department of Insurance (Departamento de Seguros de Ohio) (según corresponda).

Una persona cubierta puede solicitar una revisión externa acelerada:

SECCIÓN 19: QUEJAS, APELACIONES Y REVISIÓN EXTERNA

- Después de una Determinación de Beneficios Adversa, si se aplican ambas condiciones:
 - El médico tratante de la persona cubierta certifica que la Determinación de Beneficios Adversa involucra una afección médica que podría en peligro grave la vida y la salud de la persona cubierta, o la capacidad de esta de recuperar la plenitud de sus funciones, si el tratamiento se realiza después del plazo establecido en la apelación interna acelerada.
 - La persona cubierta ha presentado una solicitud de apelación interna acelerada.
- Después de una Determinación de Beneficios Adversa Final, si se aplica alguna de las siguientes condiciones:
 - El médico tratante de la persona cubierta certifica que la Determinación de Beneficios Adversa involucra una afección médica que pondría en peligro grave la vida o la salud de la persona cubierta, o la capacidad de esta de recuperar la plenitud de sus funciones, si el tratamiento se realiza después del plazo establecido en una revisión externa estándar.
 - La Determinación Adversa Final está relacionada con una admisión, disponibilidad de atención, continuación de la estancia o servicio de atención médica para el cual la persona cubierta recibió servicios de emergencia, pero no ha recibido el alta de un centro de atención médica.

Conforme a esta sección, una persona cubierta puede solicitar una revisión acelerada por medios orales o electrónicos, si el médico tratante de la persona certifica que el servicio de atención médica solicitado en cuestión sería considerablemente menos efectivo si no se prestara inmediatamente. Inmediatamente después de recibir una solicitud de una revisión externa acelerada, determinaremos si la solicitud está completa y si es elegible para la revisión externa acelerada. Notificaremos a la persona cubierta inmediatamente sobre Nuestra determinación.

Si la solicitud no está completa, le avisaremos a la persona cubierta por escrito y especificaremos qué información es necesaria para que la solicitud esté completa. Si determinamos que la Determinación de Beneficios Adversa no es elegible para una revisión externa, debemos informar dicha situación a la persona cubierta por escrito, ofrecer el motivo de la denegación e informarle que puede apelar dicha denegación ante el Ohio Department of Insurance (Departamento de Seguros de Ohio).

Dicho departamento puede determinar que la solicitud es elegible para una revisión externa independientemente de Nuestra decisión y solicitar que se derive la solicitud para una revisión de este tipo. La decisión del Departamento se tomará de acuerdo con los términos del plan de beneficios médicos y todas las disposiciones legales correspondientes.

Asignación de la IRO

Cuando iniciamos el proceso de revisión externa por parte de una IRO, el sistema web del Ohio Department of Insurance (Departamento de Seguros de Ohio) asigna al azar la revisión a una IRO acreditada que está calificada para llevar adelante esta tarea según el tipo de servicio de cuidado de salud. Una IRO que tenga un conflicto de interés con Nosotros, la persona cubierta, el proveedor de cuidado de salud o el centro de cuidado de salud no formará parte de la revisión.

Revisión y decisión por parte de la IRO

La IRO debe analizar todos los documentos y la información que tuvimos en cuenta Nosotros para tomar la Determinación de Beneficios Adversa, cualquier información enviada por la persona cubierta y otra información, tal como la historia clínica de la persona cubierta, la recomendación del Profesional de Cuidado de Salud tratante, informes de consultoría de Profesionales de Cuidado de Salud apropiados, los términos de la cobertura en virtud del plan de beneficios médicos, las pautas de práctica más apropiadas, los criterios de revisión clínica utilizados por el emisor del plan médico o su organización de revisión de utilización, y las opiniones de los revisores clínicos de la IRO.

La IRO proporcionará un aviso escrito de su decisión en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que recibamos una solicitud de revisión estándar o en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en la que recibamos una solicitud de revisión acelerada. Este aviso se enviará a la persona cubierta, a Nosotros y al Ohio Department of Insurance (Departamento de Seguros de Ohio), y debe incluir la siguiente información:

- Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa
- La fecha en la que el Ohio Department of Insurance (Departamento de Seguros de Ohio) asignó a una organización de revisión independiente para llevar adelante la revisión externa
- Las fechas durante las cuales se realizó la revisión externa
- La fecha en la que la organización de revisión independiente tomó la decisión
- Los fundamentos de la decisión de dicha organización
- Referencias a las pruebas o documentación, incluidos los estándares

basados en evidencias, que se utilizaron o tuvieron en cuenta para alcanzar la decisión

NOTA: Las decisiones escritas de una IRO en relación con una Determinación de Beneficios Adversa que involucra un servicio o tratamiento de cuidado de salud que se establece es experimental o está en fase de investigación también incluyen los motivos principales de la decisión de la IRO y la opinión escrita de cada revisor clínico, incluidos las recomendaciones de estos revisores y los fundamentos correspondientes.

Naturaleza vinculante de la decisión de la revisión externa

Una decisión de revisión externa es vinculante para Nosotros, salvo en la medida en que tengamos otros recursos disponibles en virtud de la ley estatal. La decisión también es vinculante para la persona cubierta, salvo en la medida en que esta tenga otros recursos disponibles en virtud de la ley estatal o federal correspondiente. Una persona cubierta no puede presentar otra solicitud de revisión externa que involucre la misma Determinación de Beneficios Adversa que se revisó previamente, a menos que recibamos nuevas pruebas médicas o científicas.

Si tiene preguntas acerca de Sus derechos o necesita asistencia, comuníquese con nosotros:

- Por correo postal: Oscar, PO Box 52146 Phoenix, AZ 85072-2146
- Por teléfono: 1-855-OSCAR-55

Además, puede comunicarse con el Ohio Department of Insurance (Departamento de Seguros de Ohio):

- Por correo postal: Ohio Department of Insurance, ATTN: Consumer Affairs, 50 West Town Street, Suite 300, Columbus, OH 43215
- Por teléfono: 800-686-1526 / 614-644-2673; 614-644-3745 (TDD)
- Por fax: 614-644-3744
- Sitio web:
<https://secured.insurance.ohio.gov/ConsumServ/ConServComments.asp>
- Presentación de una queja de consumidor:
<http://insurance.ohio.gov/Consumer/OCS/Pages/ConsCompl.aspx>

Plazo para la presentación de una apelación

Sabemos que, de buena fe, presentará una apelación de manera oportuna. Sin embargo, no revisaremos una apelación si la recibimos 180 días después del

incidente que generó Su apelación.

SECCIÓN 20: TERMINACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA COBERTURA

Si lo desea, puede renovar esta Póliza independientemente de Su condición médica. Esta Póliza se puede terminar de las siguientes maneras:

A. Terminación automática de esta póliza

Esta Póliza terminará automáticamente tras la muerte del Suscriptor, a menos que este cuente con cobertura para Dependientes. Si el Suscriptor cuenta con cobertura para Dependientes, esta Póliza terminará el último día del mes para el cual se pagó la Prima.

B. Terminación automática de su cobertura

La Cobertura en virtud de esta Póliza terminará automáticamente en las siguientes ocasiones:

1. En el caso de los Cónyuges que se divorcian, en la fecha del divorcio.
2. En el caso de los Hijos, al finalizar el año en el que el Hijo cumple 26 años de edad.
3. En el caso de los demás Dependientes, al finalizar el año en el que el Dependiente deja de ser elegible, a menos que Su Dependiente comience a ser elegible para Medicare o se inscriba en Medicare y, por ese motivo, no demos por terminada la cobertura de Su Dependiente.

C. Terminación por parte de usted

El Suscriptor puede terminar esta Póliza en cualquier momento si le entrega al Intercambio de Seguros un aviso por escrito con 14 días de anticipación.

D. Terminación por parte de nosotros

Podemos terminar esta Póliza mediante un aviso por escrito con 31 días de anticipación por los siguientes motivos:

1. **Falta de pago de las Primas.** El Suscriptor nos debe pagar las Primas en la fecha de vencimiento de cada Prima. Si bien cada Prima debe pagarse antes de la fecha de vencimiento correspondiente, existe un período de gracia para el pago de cada una de ellas. Si el pago de una Prima no se recibe antes del final del período de gracia, la cobertura terminará de las siguientes maneras:
 - Si el Suscriptor no recibe los pagos anticipados del Crédito Fiscal para Primas para la cobertura en el Intercambio de Seguros y no paga la Prima correspondiente durante el plazo de 31 días del período de gracia, esta Póliza terminará retroactivamente el último día en el que se pagaron las Primas. El Suscriptor será responsable de pagar todas las facturaciones enviadas durante el período de gracia si esta Póliza termina.

- Si el Suscriptor recibe los pagos anticipados del Crédito Fiscal para Primas y ha pagado al menos una (1) Prima mensual completa, esta Póliza terminará un (1) mes después del último día en el que se pagaron las Primas. Es decir, la terminación retroactiva no superará los 61 días. Es posible que las facturas en las que se haya incurrido durante el período de gracia de 61 días queden pendientes. El Suscriptor será responsable de pagar todas las facturas en las que se incurrió durante el período de gracia de 61 días si esta Póliza termina.
2. **Fraude o falsa declaración intencional de datos importantes.** Si el Suscriptor o el Dependiente del Suscriptor han llevado a cabo un acto que constituye un fraude o el Suscriptor ha realizado una falsa declaración intencional de datos importantes por escrito en su solicitud de inscripción o con el fin de obtener cobertura para un servicio, esta Póliza terminará inmediatamente mediante el envío de un aviso por escrito al Suscriptor o al Dependiente del Suscriptor, según corresponda, por parte del Intercambio de Seguros. No obstante, si el Suscriptor realiza una falsa declaración intencional de datos importantes por escrito en la solicitud de inscripción, rescindiremos esta Póliza si los datos declarados de manera falsa nos hubieran llevado a rechazar la emisión de esta Póliza y la solicitud se encuentra adjunta a esta Póliza. La rescisión hará que la terminación de Su cobertura tenga un efecto retroactivo hasta la emisión de esta Póliza. Si la terminación resulta de la acción del Suscriptor, la cobertura terminará para dicho Suscriptor y todos los Dependientes. Si la terminación resulta de la acción del Dependiente, la cobertura terminará para dicho Dependiente.
 3. Si el Suscriptor ya no vive ni reside dentro de Nuestra Área de Servicio o ya no es elegible para la cobertura por medio del Intercambio de Seguros.
 4. La fecha en la que la Póliza se da por terminada porque dejamos de ofrecer la clase de pólizas a la cual pertenece esta Póliza, sin tener en cuenta la experiencia relacionada con las facturaciones ni el estado relacionado con la salud de esta Póliza. Le proporcionaremos al Suscriptor un aviso por escrito con 90 días de anticipación como mínimo.
 5. La fecha en la que la Póliza se da por terminada porque damos por terminadas o dejamos de ofrecer todas las coberturas de gastos hospitalarios, quirúrgicos y médicos en el mercado para particulares en este estado. Le proporcionaremos al Suscriptor un aviso por escrito con 180 días de anticipación como mínimo.

6. La fecha en la que el Inscrito cambia de un plan a otro por medio del período especial de inscripción o el período abierto de inscripción.

Ninguna terminación perjudicará el derecho a una factura por beneficios que haya tenido lugar antes de dicha terminación.

E. Rescisión

La rescisión de Su cobertura significa que la cobertura puede anularse legalmente de manera retroactiva hasta el día en que el Plan comenzó a ofrecerle cobertura, como si Usted nunca hubiera tenido cobertura en virtud del Plan. Solo se puede rescindir Su cobertura si Usted (o una persona que solicita cobertura en Su nombre) realiza un acto, una práctica o una omisión que constituye fraude, o si Usted (o una persona que solicita cobertura en Su nombre) realiza una declaración falsa intencional de hechos relevantes, según lo prohíben los términos de Su Plan.

Usted recibirá un aviso acerca de la rescisión de Su cobertura con treinta (30) días calendario de anticipación. Tiene derecho a solicitar una apelación interna de una rescisión de Su cobertura. Una vez que se haya agotado el proceso de apelación interna, Usted tiene el derecho adicional de solicitar una revisión externa independiente. Consulte la sección Quejas, apelaciones y revisión externa para obtener más información.

SECCIÓN 21: DERECHOS DE SUSPENSIÓN TEMPORARIA PARA LOS MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS

Si Usted, el Suscriptor, es un miembro de un componente de reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluida la Guardia Nacional, tiene derecho a la suspensión temporaria de la cobertura durante la prestación del servicio activo y al restablecimiento de la cobertura cuando finalice el servicio activo si se cumplen las siguientes condiciones:

1. El servicio activo se extiende durante un período en que el presidente está autorizado a solicitar que unidades de la reserva se unan al servicio activo, siempre y cuando dicho servicio activo adicional obedezca a la solicitud del gobierno federal o se lleve a cabo para la conveniencia de este.
2. Usted cumpla no más de cinco (5) años de servicio activo.

A fin de que se suspenda Su cobertura durante un período de servicio activo, Usted debe enviarnos una solicitud por escrito. Las Primas no devengadas se reembolsarán durante el período de dicha suspensión.

Al finalizar el servicio activo, se puede reanudar Su cobertura siempre y cuando Usted cumpla estos requisitos:

1. Enviarnos una solicitud por escrito
2. Enviar la Prima en un plazo de 60 días a partir de la finalización del servicio activo

El derecho de reanudación se extiende a la cobertura para Sus Dependientes. En el caso de la cobertura que se suspendió mientras Usted se encontraba en servicio activo, esta será retroactiva a la fecha en la que finalizó dicho servicio.

SECCIÓN 22: DERECHO DE CONVERSIÓN A UNA NUEVA PÓLIZA DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN

A. Circunstancias que dan lugar al derecho de conversión

El Cónyuge y los Hijos del Suscriptor tienen derecho a cambiarse a una Póliza nueva si la cobertura en virtud de esta Póliza termina conforme a las circunstancias descritas a continuación.

1. **Terminación de la relación conyugal**. Si la cobertura de un Cónyuge termina en virtud de la sección Terminación de la Cobertura de esta Póliza porque el Cónyuge se divorcia del Suscriptor o se anula el matrimonio, ese Excónyuge tiene derecho a comprar una Póliza nueva como Afiliado de pago directo.
2. **Terminación de la cobertura de un Hijo**. Si la cobertura de un Hijo termina en virtud de la sección Terminación de la Cobertura de esta Póliza porque el Hijo ya no cumple con los requisitos para ser considerado Hijo, este tiene derecho a comprar una Póliza nueva como Afiliado de pago directo.
3. **Muerte del Suscriptor**. Si la cobertura termina en virtud de la sección Terminación de la Cobertura de esta Póliza porque muere el Suscriptor, los Dependientes del Suscriptor tienen derecho a comprar una Póliza nueva como Afiliados de pago directo.

B. Cuándo se debe solicitar la póliza nueva

Si Usted tiene derecho a comprar una Póliza nueva (como se describió anteriormente), debe enviarnos la solicitud de la Póliza nueva a Nosotros dentro de los 60 días posteriores a la terminación de Su cobertura en virtud de esta Póliza. Además, debe pagar la primera Prima de la Póliza nueva en el momento en el que solicita la cobertura.

C. La Póliza nueva

Le ofreceremos una Póliza individual de pago directo en cada nivel de cobertura (es decir, bronce, plata, oro o platino) que cubra todos los beneficios exigidos por la legislación estatal y federal. Usted puede elegir cualquiera de las cinco (5) Pólizas que ofrecemos Nosotros.

SECCIÓN 23: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

La disposición de Coordinación de Beneficios (COB) se aplica cuando una persona tiene cobertura de cuidado de salud de más de un Plan. El término Plan se define a continuación.

Las reglas del orden de determinación de beneficios rigen el orden en el cual cada Plan pagará una factura de beneficios. El Plan que paga en primer lugar se denomina plan Primario. El plan Primario debe pagar los beneficios de acuerdo con los términos de su póliza, sin tener en cuenta la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El Plan que paga después del plan Primario es el plan Secundario. El plan Secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los Planes no superen el 100% del gasto Permitido total.

A. Definiciones

Un **Plan** se refiere a cualquiera de los siguientes que proporciona beneficios o servicios para cuidado o tratamiento médico o dental. Si se utilizan contratos separados para proporcionar cobertura coordinada para afiliados de un grupo, los contratos separados se consideran partes del mismo plan y no existe una Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits - COB) entre estos contratos separados.

- (1) El término Plan incluye lo siguiente: contratos de seguro grupales y no grupales, contratos de empresas de seguro de salud (health insuring corporation - HIC), planes de panel cerrado u otras formas de cobertura grupal o de tipo grupal (ya sea asegurado o no asegurado); componentes de atención médica de contratos de cuidado a largo plazo, como cuidados de enfermería especializada; beneficios médicos en virtud de contratos de seguro de automóvil grupal o individual; y Medicare o cualquier otro plan del gobierno federal, según lo permita la ley.
- (2) El término Plan no incluye: cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija; cobertura solo para accidentes; cobertura para accidentes o enfermedades específicos; cobertura complementaria según se describe en las secciones 3923.37 y 1751.56 del Revised Code (Código Revisado); cobertura para accidentes escolares; beneficios de componentes no médicos de pólizas de cuidado a largo plazo; pólizas complementarias de Medicare; pólizas de Medicaid; o cobertura en virtud de otros planes del gobierno federal, según lo permita la ley.

Cada contrato de cobertura incluido en los puntos (1) o (2) es un Plan independiente. Si un Plan tiene dos partes y las reglas de COB se aplican solamente

a una de las dos partes, cada una de las partes se trata como un Plan independiente.

Este plan se refiere, en una disposición de COB, a la parte del contrato que proporciona los beneficios de cuidado de salud a los que se aplica la disposición de COB y los cuales pueden reducirse debido a los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que proporciona beneficios de cuidados de salud está separada de este plan. En un contrato, se puede aplicar una disposición de COB a ciertos beneficios, por ejemplo, beneficios dentales, coordinando solo los beneficios similares, y se puede aplicar otra disposición de COB para coordinar otros beneficios.

Las **reglas del orden de determinación de beneficios** establecen si Este plan es un plan Primario o un plan Secundario cuando la persona tiene cobertura de cuidados de salud en virtud de más de un Plan.

Cuando Este plan es primario, determina el pago de sus beneficios en primer lugar, antes de aquellos de cualquier otro Plan, sin considerar los beneficios de otro Plan. Si Este plan es secundario, determina sus beneficios después de aquellos de otro Plan y puede reducir los beneficios que paga de modo que los beneficios de todos los Planes no superen el 100% del gasto Permitido total.

Gasto Permitido es un gasto de cuidado de salud, incluidos deducibles, coaseguro y copagos, que está cubierto, al menos, en parte por cualquier Plan que brinde cobertura a la persona. Si un Plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un gasto Permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por un Plan que brinda cobertura a la persona no es un gasto Permitido. Además, cualquier gasto que un proveedor tiene prohibido, por ley o según un acuerdo contractual, cobrar a una persona cubierta no es un gasto Permitido.

A continuación se incluyen ejemplos de gastos que **no** son gastos Permitidos:

- La diferencia entre el costo de una habitación semiprivada de un hospital y una habitación privada de un hospital no es un gasto Permitido, salvo que uno de los Planes proporcione cobertura para gastos de habitaciones privadas de un hospital.
- Si una persona está cubierta por 2 o más Planes que calculan sus pagos de beneficios sobre la base de las tasas usuales y acostumbradas o la metodología de reembolso de la escala de valores relativos u otra

metodología de reembolso similar, todo monto que supere el monto de reembolso más alto de un beneficio específico no es un gasto Permitido.

- Si una persona está cubierta por 2 o más Planes que proporcionan beneficios o servicios sobre la base de tasas negociadas, todo monto que supere la más alta de las tasas negociadas no es un gasto Permitido.
- Si una persona está cubierta por un Plan que calcula sus beneficios o servicios sobre la base de las tasas usuales y acostumbradas o la metodología de reembolso de la escala de valores relativos u otra metodología de reembolso similar, y por otro Plan que proporciona sus beneficios o servicios sobre la base de tasas negociadas, el convenio de pago del plan Primario debe ser el gasto Permitido de todos los Planes. Sin embargo, si el proveedor ha celebrado un contrato con el plan Secundario para proporcionar el beneficio o servicio por una tasa o un monto de pago negociado específico que es diferente del convenio de pago del plan Primario, y si el contrato del proveedor lo permite, el pago o tasa negociado debe ser el gasto Permitido aplicado por el plan Secundario para determinar sus beneficios.
- El monto de cualquier reducción de beneficios realizada por el plan Primario porque una persona cubierta no ha cumplido con las disposiciones del Plan no es un gasto Permitido. Algunos ejemplos de estos tipos de disposiciones del plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, certificación previa de hospitalizaciones y convenios de proveedores preferidos.

Plan de panel cerrado es un Plan que proporciona beneficios de cuidados de salud a personas cubiertas principalmente en forma de servicios a través de un panel de proveedores que han sido contratados o están empleados por el Plan y que excluye la cobertura de servicios proporcionados por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o referencia realizada por un integrante del panel.

Progenitor con custodia es el progenitor que recibe la custodia mediante una sentencia judicial o, en ausencia de una sentencia de este tipo, es el progenitor con quien el menor reside más de la mitad del año calendario, excluidas las visitas temporales.

B. Reglas del orden de determinación de beneficios

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

- (A) El plan Primario paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de otro Plan.

- (B) (1) Excepto según se establece en el párrafo (2), un Plan que no contiene una disposición de coordinación de beneficios que sea congruente con esta reglamentación es siempre primario, salvo que las disposiciones de ambos Planes establezcan que el plan que cumple con esta póliza es primario.

(2) La cobertura que se obtiene por medio de la membrecía en un grupo que está diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y establece que esta cobertura complementaria debe ser excedente de otras partes del Plan proporcionado por el titular del contrato. Algunos ejemplos de estos tipos de situaciones son las coberturas médicas mayores que se superponen sobre los beneficios hospitalarios y quirúrgicos de planes básicos, y las coberturas de seguros que se emiten en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.

- (C) Un Plan puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro Plan para calcular el pago de sus beneficios solo cuando es secundario con respecto a ese otro Plan.
- (D) Cada Plan determina su orden de beneficios aplicando la primera de las siguientes reglas que corresponda:
 - (1) No dependiente o Dependiente. El Plan que cubre a la persona en una categoría que no sea dependiente, por ejemplo, como empleado, afiliado, titular de la póliza, suscriptor o jubilado, es el plan Primario, y el Plan que cubre a la persona como dependiente es el plan Secundario. Sin embargo, si la persona es un beneficiario de Medicare y, como resultado de las leyes federales, Medicare es secundario con respecto al Plan que cubre a la persona como dependiente y primario con respecto al Plan que cubre a la persona en una categoría que no sea dependiente (p. ej., empleado jubilado), el orden de los beneficios entre los Planes se invierte para que el Plan que cubre a la persona como empleado, afiliado, titular de la póliza, suscriptor o jubilado sea el plan Secundario y el otro Plan sea el plan Primario.
 - (2) Hijo dependiente cubierto en virtud de más de un plan. A menos que exista una sentencia judicial que establezca lo contrario, cuando un Hijo dependiente está cubierto por más de un Plan, el orden de los beneficios se determina de la siguiente manera:
 - (a) En el caso de un Hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, hayan estado casados alguna vez o no:
 - El Plan del padre cuyo cumpleaños ocurre primero en el año calendario es el plan Primario.
 - Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el Plan

- que ha cubierto a uno de los progenitores durante el período más prolongado es el plan Primario.
- Sin embargo, si el plan de un cónyuge tiene alguna otra regla de coordinación (por ejemplo, una "regla de género" que establece que el plan del padre siempre es el primario), seguiremos las reglas de ese plan.
- (b) En el caso de un Hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados o no viven juntos, hayan estado casados alguna vez o no:
- (i) Si una sentencia judicial establece que uno de los progenitores es responsable de los gastos de cuidado de salud o la cobertura de cuidado de salud del Hijo dependiente y el Plan de ese progenitor tiene conocimiento efectivo de esos términos, ese Plan es el primario. Esta regla se aplica a los años del plan que comienzan después de que el Plan recibe el aviso de la sentencia judicial.
 - (ii) Si una sentencia judicial establece que ambos progenitores son responsables de los gastos de cuidado de salud o la cobertura de cuidado de salud del Hijo dependiente, las disposiciones del Subpárrafo (a) anterior determinarán el orden de los beneficios.
 - (iii) Si una sentencia judicial establece que los progenitores tienen la custodia compartida sin especificar que uno de los progenitores tiene la responsabilidad de los gastos de cuidado de salud o la cobertura de cuidado de salud del Hijo dependiente, las disposiciones del Subpárrafo (a) anterior determinarán el orden de los beneficios.
 - Si no existe una sentencia judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de cuidado de salud o la cobertura de cuidado de salud del Hijo dependiente, el orden de los beneficios para el menor es el siguiente:
 - El Plan que cubre al progenitor con Custodia
 - El Plan que cubre al cónyuge del progenitor con Custodia
 - El Plan que cubre al progenitor sin custodia
 - El Plan que cubre al cónyuge del progenitor sin custodia

- (c) En el caso de un Hijo dependiente cubierto por más de un Plan de personas que no son los progenitores del menor, las disposiciones de los Subpárrafos (a) o (b) anteriores determinarán el orden de los beneficios como si esas personas fueran los progenitores del menor.
- (3) Empleado activo, jubilado o despedido. El Plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no ha sido despedido ni está jubilado, es el plan Primario. El Plan que cubre a esa misma persona como empleado jubilado o despedido es el plan Secundario. El mismo razonamiento se aplicaría si una persona es un dependiente de un empleado activo y esa misma persona es un dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el otro Plan no tiene esta regla y, como resultado, los Planes no se ponen de acuerdo con respecto al orden de los beneficios, se ignora esta regla. Esta regla no se aplica si la regla D(1) permite determinar el orden de los beneficios.
- (4) Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria - COBRA) o continuidad de la cobertura por el estado. Si una persona cuya cobertura se proporciona en virtud de COBRA o en virtud del derecho de continuidad establecido por las leyes estatales o federales está cubierto por otro Plan, el Plan que cubre a la persona como empleado, afiliado, suscriptor o jubilado o que cubre a la persona como dependiente de un empleado, afiliado, suscriptor o jubilado es el plan Primario, y la cobertura de COBRA, estatal u otra cobertura de continuidad federal es el plan Secundario. Si el otro Plan no tiene esta regla y, como resultado, los Planes no se ponen de acuerdo con respecto al orden de los beneficios, se ignora esta regla. Esta regla no se aplica si la regla D(1) permite determinar el orden de los beneficios.
- (5) Mayor o menor duración de la cobertura. El Plan que ha cubierto a la persona como empleado, afiliado, titular de la póliza, suscriptor o jubilado durante más tiempo es el plan Primario, y el Plan que ha cubierto a la persona durante el período más corto es el plan Secundario.
- (6) Si las reglas anteriores no determinan el orden de beneficios, los Gastos Permitidos se compartirán equitativamente entre los Planes que cumplen con la definición de Plan. Además, Este plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan Primario.

C. Efecto en los beneficios de este Plan

Cuando Este plan es secundario, puede reducir sus beneficios para que el total de beneficios pagados o proporcionados por todos los Planes durante un año del plan no sea superior a los Gastos Permitidos totales. Para determinar el monto que se debe pagar por una factura, el plan Secundario calculará los beneficios que habría pagado en ausencia de otra cobertura de cuidado de salud y aplicará ese monto calculado a los Gastos Permitidos en virtud de su Plan que no sean pagados por el plan Primario. El plan Secundario puede reducir su pago por el monto de modo que, al combinarlo con el monto pagado por el plan Primario, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los Planes para la factura no superen los Gastos Permitidos totales correspondientes a esa factura. Además, el plan Secundario debe acreditar al deducible de su plan cualquier monto que habría acreditado a su deducible en ausencia de otra cobertura de cuidado de salud.

Si una persona cubierta está inscrita en dos o más Planes de Panel Cerrado y si, por cualquier razón, incluida la provisión de un servicio por parte de un proveedor que no pertenece al panel, los beneficios no son pagaderos por un Plan de Panel Cerrado, la COB no se aplicará entre ese Plan y otros Planes de Panel Cerrado.

D. Derecho a recibir y divulgar información necesaria

Ciertos datos sobre la cobertura y los servicios de cuidado de salud son necesarios para aplicar estas reglas de COB y determinar los beneficios pagaderos en virtud de Este plan y otros Planes. La Organización que nos ayuda a administrar la COB, The Rawlings Company LLC, puede obtener los datos que necesita de otras organizaciones o personas, o enviárselos a dichas partes, a efectos de la aplicación de estas reglas y la determinación de los beneficios pagaderos en virtud de Este plan y otros Planes que cubran a la persona que reclama beneficios. Rawlings no debe informar a nadie ni recibir el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Cada persona que reclame beneficios en virtud de Este plan debe proporcionarle a Rawlings todos los datos que necesite para aplicar esas reglas y determinar los beneficios pagaderos.

E. Facilidad de pago

Un pago realizado por otro Plan puede incluir un monto que debería haberse pagado en virtud de Este plan. Si esto ocurre, podemos pagar ese monto a la organización que realizó el pago. El monto se tratará como si fuera un beneficio pagado en virtud de Este plan. Rawlings no tendrá que volver a pagar ese monto. El término “pago realizado” incluye la provisión de beneficios en forma de servicios, en cuyo caso el “pago realizado” se refiere al valor razonable en efectivo de los

beneficios proporcionados en forma de servicios.

F. Derecho de recuperación

Si el monto de los pagos realizados por Nosotros excede el monto que deberíamos haber pagado en virtud de esta disposición de COB, podremos recuperar el excedente de una o más de las personas a quienes o para quienes pagamos los beneficios, o de otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios proporcionados para la persona cubierta. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios.

G. Disputas de coordinación

Si considera que no hemos pagado una factura de forma correcta, primero debe intentar resolver el problema llamándonos al 1-855-OSCAR-55 o enviando un correo electrónico a oscarmanualreferrals@rawlingscompany.com. Si aún no está satisfecho, llame al Ohio Department of Insurance (Departamento de Seguros de Ohio) para recibir instrucciones sobre cómo presentar una queja de consumidor. Llame al 1-800-686-1526 o visite el sitio web del Departamento, <http://insurance.ohio.gov>.

SECCIÓN 24: DISPOSICIONES GENERALES

1. Acuerdos entre Nosotros y los Proveedores Dentro de la Red

Solo Nosotros y los Proveedores Dentro de la Red podemos terminar los acuerdos entre dichas partes. Esta Póliza no exige que un Proveedor acepte a un Afiliado como paciente. No garantizamos la admisión de un Afiliado en ningún Proveedor Dentro de la Red o programa de beneficios de salud.

2. Cesión

Usted no puede asignarle ningún beneficio en virtud de esta Póliza a ninguna persona, corporación u otra organización sin obtener el permiso por escrito del Plan. La asignación se refiere a la transferencia a otra persona o a una organización de Su derecho a recibir los servicios que se brindan en virtud de esta Póliza o de Su derecho a obtener dinero de Nosotros para dichos servicios. No obstante, Usted puede solicitarnos que le paguemos los servicios directamente a Su Proveedor en lugar de pagárselos a Usted.

3. Cambios en esta Póliza

Podemos cambiar unilateralmente esta Póliza al momento de la renovación, siempre y cuando le enviemos un aviso por escrito con 45 días de antelación.

4. Derecho aplicable

Esta Póliza se regirá según las leyes del estado de Ohio.

5. Errores administrativos

Los errores administrativos, ya sean generados por Usted o por Nosotros, con respecto a esta Póliza, o a cualquier otra documentación emitida por Nosotros en relación con esta Póliza, o con respecto al mantenimiento de cualquier registro relacionado con la cobertura a continuación, no modificarán ni invalidarán la cobertura legítimamente vigente, y se reanudará la cobertura válidamente terminada.

6. Cumplimiento de la ley

Cualquier término de esta Póliza que esté en conflicto con la ley estatal de Ohio o con cualquier ley federal correspondiente que imponga requisitos adicionales a aquellos en virtud de la ley estatal de Ohio se enmendarán para cumplir con los requisitos mínimos de dicha ley.

7. Limitaciones de continuación de beneficios

Algunos de los beneficios de esta Póliza pueden estar limitados a una cantidad

específica de visitas o sujetos a un Deducible. Usted no tendrá derecho a ningún beneficio adicional si cambia el estado de Su cobertura durante el año. Por ejemplo, si el estado de Su cobertura cambia de miembro de la familia cubierto a Suscriptor, todos los beneficios anteriormente utilizados cuando Usted era un miembro de la familia cubierto se aplicarán para Su nuevo estado como Suscriptor. En otras palabras, las limitaciones de beneficios se restablecerán cuando se renueve el Plan, no luego de un cambio de mitad de año en el estado de la cobertura.

8. Continuación de la cobertura

Si se interrumpe el Plan antes del vencimiento del Período de Beneficios, podemos extender los servicios de cuidado de salud para Usted. Comuníquese con Nosotros al número que figura en Su Tarjeta de Identificación para obtener más información.

9. Integridad del acuerdo

Esta Póliza, incluidos los documentos adjuntos, las cláusulas adicionales y las solicitudes adjuntas, si los hubiera, constituye la totalidad de la Póliza.

10. Presentación de información y auditorías

Todas las personas cubiertas en virtud de esta Póliza deberán proporcionarnos de inmediato toda la información y los registros que solicitemos periódicamente para cumplir con Nuestras obligaciones según esta Póliza. Usted debe proporcionarnos información por teléfono por los siguientes motivos, entre otros: para permitirnos determinar el nivel de cuidado que Usted necesita; para que podemos certificar los cuidados autorizados por Su Médico; o para tomar decisiones en relación con la Necesidad Médica de Su cuidado.

11. Tarjetas de identificación

Las tarjetas de identificación son emitidas por Nosotros únicamente con fines de identificación. La tenencia de cualquier tarjeta de identificación no confiere derechos con respecto a los servicios o beneficios en virtud de esta Póliza. Para tener derecho a dichos servicios o beneficios, Sus Primas deben estar completamente pagas al momento de recibir los servicios.

12. Incontestabilidad

Ninguna declaración realizada por el Suscriptor en una solicitud de cobertura en virtud de esta Póliza anulará la Póliza ni se utilizará en acciones legales, a menos que se adjunte la solicitud o una copia exacta a esta Póliza. Luego de dos (2) años desde la fecha de emisión de esta Póliza, ninguna declaración falsa, salvo las declaraciones falsas fraudulentas hechas por el Suscriptor en la solicitud de

cobertura, se utilizará para anular la Póliza o rechazar una factura.

13. Contratistas independientes

Los Proveedores Dentro de la Red son contratistas independientes. No son Nuestros agentes ni empleados. Nosotros y Nuestros empleados no somos agentes ni empleados de ningún Proveedor Dentro de la Red. No somos responsables de ninguna reclamación o demanda sobre daños que surjan de lesiones que presuntamente sufrieron Usted, Su Cónyuge cubierto o Sus Hijos, o de alguna manera estén relacionados con dichas lesiones, mientras recibían cuidados de cualquier Proveedor Dentro de la Red o en cualquier Centro de un Proveedor Dentro de la Red.

14. Accesibilidad a los materiales

Le proporcionaremos tarjetas de identificación, Pólizas, cláusulas adicionales y otros materiales necesarios.

15. Más información sobre su plan médico

Usted puede solicitar información adicional sobre Su cobertura según esta Póliza. Si así lo solicita, proporcionaremos la siguiente información:

- Una lista de los nombres, direcciones comerciales y cargos oficiales de Nuestra junta de directores, directivos y miembros; y Nuestra declaración financiera certificada anual más reciente que incluye una hoja de balance y un resumen de los recibos y los desembolsos.
- La información que le proporcionamos al Estado en relación con las quejas de Nuestros clientes.
- Una copia de Nuestros procedimientos para mantener la confidencialidad de la información de los Afiliados.
- Una copia de Nuestro formulario de medicamentos. Además, usted puede averiguar si un medicamento específico está cubierto en virtud de esta Póliza.
- Una descripción escrita de Nuestro programa de garantía de calidad.
- Una copia de Nuestra política médica en relación con un medicamento, un dispositivo médico o un tratamiento experimental o en fase de investigación en un ensayo clínico.
- Afiliaciones de los proveedores con Hospitales Dentro de la Red.
- Una copia de Nuestros criterios de revisión clínica y, según corresponda, otra información clínica que podamos tener en cuenta con respecto a una enfermedad específica, un tratamiento o las pautas de Revisión de Utilización.
- Procedimientos para solicitudes escritas y requisitos de calificación mínimos para los Proveedores.

16. Aviso

Cualquier aviso en virtud de esta Póliza se le enviará por correo postal a Su dirección, según figura en Nuestros registros, o por medios electrónicos si Usted brinda su consentimiento para este tipo de envío. Si el aviso se le envía por medios electrónicos, Usted también puede solicitar que le enviemos una copia impresa. Usted se compromete a comunicarnos cualquier cambio de dirección que se produzca. Si tiene que enviarnos un aviso, debe hacerlo por correo postal estadounidense de primera clase con franqueo pagado previamente a la siguiente dirección: Oscar Insurance, PO Box 52146 Phoenix, AZ 85072-2146.

17. Política sobre pagos de terceros en relación con Costos Compartidos y Primas

El Plan solo acepta pagos de Primas de:

- El Afiliado.
- La familia del Afiliado.
- Entidades de las que el Plan debe aceptar pagos de Costos Compartidos, según la ley. A partir de la Fecha de Entrada en Vigor son las siguientes:
 - Programas de VIH/SIDA de Ryan White
 - Entidades en virtud del Título XXVI de la Public Health Service Act (Ley de Servicios de Salud Pública)
 - Tribus nativas americanas, organizaciones tribales y organizaciones nativas americanas urbanas
 - Programas gubernamentales estatales y federales, según se describe en el Título 45 del CFR, Sección 156.1250

Los pagos de Costos Compartidos provenientes de cualquier otra parte, excepto aquellas indicadas antes, no se aplicarán a Su cobertura. Los pagos de Primas provenientes de cualquier otra parte, excepto aquellas indicadas antes, no se acreditarán en Su cuenta, lo que podría ocasionar la terminación o cancelación de la cobertura de acuerdo con las cláusulas de Terminación de esta Póliza.

Revisaremos todos los pagos de terceros pagadores, caso por caso, incluidos los pagos realizados por fundaciones privadas sin fines de lucro. Podemos negarnos a aceptar pagos de terceros, incluidos los pagos de personas, que planteen inquietudes sobre posibles conflictos de intereses, selección adversa o fraude. En su revisión, podemos considerar ciertos factores, incluidos si la elegibilidad se basó solo en la situación financiera de la persona inscrita, sin tener en cuenta el estado de salud de dicha persona, y si la asistencia se brindó durante todo el año de la póliza. Revisaremos atentamente, y nos reservaremos el derecho a rechazar,

cualquier pago de terceros proveniente de organizaciones a las que el proveedor esté afiliado (incluidas organizaciones sin fines de lucro afiliadas con proveedores), con quienes el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. - HHS) ha identificado diversas irregularidades, que incluyen un posible perjuicio financiero futuro para los consumidores.

Si Usted o Su Representante Autorizado tienen una consulta sobre subrogación o gravamen, deben enviarla a oscarmanualreferrals@rawlingscompany.com.

18. Reembolso de Primas

Le entregaremos cualquier reembolso de Primas, si corresponde, al Suscriptor.

19. Recuperación de sobrepagos

Es posible que, en algunas ocasiones, se le pague a Usted cuando no está cubierto un monto por un servicio que no está cubierto o que es superior al correcto. Si esto sucede, le explicaremos el problema y Usted deberá devolvernos el monto del sobrepago en un plazo de 60 días después de recibir una notificación de Nosotros. No obstante, no iniciaremos los esfuerzos por recuperar el sobrepago más de 24 meses después de la fecha en que se realizó el pago original, a menos que consideremos razonablemente que está relacionado con un fraude u otra conducta inapropiada intencional.

20. Fecha de renovación

La fecha de renovación para esta Póliza es el 1.º de enero de cada año. Esta Póliza se renovará automáticamente cada año en la fecha de renovación, a menos que Nosotros, según lo permitido por esta Póliza, o el Suscriptor decidamos terminarla. Si el Suscriptor decide hacerlo, debe enviarnos un aviso por escrito con 30 días de anticipación.

21. Restablecimiento luego de mora

Si el Suscriptor incumple en cualquier pago en virtud de esta Póliza, la posterior aceptación del pago por parte de Nuestra organización o de uno de Nuestros agentes o corredores de seguros autorizados restablecerá la Póliza.

22. Derecho a desarrollar pautas y normas administrativas

Es posible que desarrollemos o adoptemos normas que describan con más detalle cuándo pagaremos o no los beneficios en virtud de esta Póliza. Por ejemplo, utilizaremos las normas para determinar lo siguiente: si los cuidados hospitalarios para pacientes internos fueron Médicamente Necesarios; si la cirugía fue

Médicamente Necesaria para tratar Su lesión o enfermedad; o si determinados servicios son cuidados especializados. Dichas normas no contradirán las descripciones de esta Póliza. Si Usted tiene una pregunta sobre las normas que se aplican a un beneficio en particular, puede comunicarse con Nosotros y le explicaremos dichas normas o le enviaremos una copia de estas. También podemos desarrollar normas administrativas en relación con la inscripción y otros asuntos administrativos. Dispondremos de todos los poderes necesarios o apropiados para poder cumplir con Nuestras responsabilidades en relación con la administración de esta Póliza.

23. Derecho a recibir compensaciones

Si Usted o alguien en Su nombre recibe el pago de una factura por error o Usted nos debe dinero, Usted debe devolvernos dicho monto. Excepto cuando la ley exija lo contrario, si Nosotros le debemos el pago de otras facturas recibidas, tenemos derecho a descontar cualquier monto que Usted nos deba del pago que Nosotros le debemos.

24. Divisibilidad

La incapacidad de cumplimiento o la nulidad de cualquier cláusula de esta Póliza no afectará la validez y aplicabilidad del resto de esta Póliza.

25. Cambios significativos en las circunstancias

Si no podemos proporcionar los Servicios Cubiertos tal como se establece en virtud de esta Póliza como resultado de eventos ajenos a Nuestro control, haremos un esfuerzo de buena fe para encontrar soluciones alternativas. Estos eventos incluirían un desastre de envergadura, una epidemia, la destrucción parcial o completa de las instalaciones, disturbios, un levantamiento civil, incapacidad de una parte importante del personal de los Proveedores Dentro de la Red o causas similares. Haremos los esfuerzos razonables para brindar los Servicios Cubiertos. Nosotros y Nuestros Proveedores Dentro de la Red no seremos responsables de la demora, o el incumplimiento, en lo que respecta a la prestación de los Servicios Cubiertos, si la causa de dicha demora o incumplimiento está relacionada con un evento de tales características.

26. Subrogación y reembolso

Estos párrafos se aplican si otra parte (incluida cualquier compañía de seguros) es, o puede llegar a ser, responsable de Su lesión, enfermedad u otra afección, y si Nosotros hemos proporcionado beneficios relacionados con esa lesión, enfermedad o afección. Según lo permita la ley estatal correspondiente, a menos que tenga prioridad la ley federal, Nosotros subrogaremos todos los derechos de

recuperación contra cualquier parte (incluida su compañía de seguros) por los beneficios que haya recibido Usted en virtud de esta Póliza. La subrogación significa que Nosotros tenemos el derecho, independientemente de Usted, de proceder directamente contra la otra parte para recuperar los beneficios que Nosotros proporcionamos.

Sujetos a la legislación estatal vigente (a menos que esta sea anulada por la legislación federal), podemos tener derecho a recibir un reembolso si Usted o alguien en Su nombre recibe el pago de alguna parte responsable (incluida Su propia compañía de seguros) de algún acuerdo, veredicto o ingreso del seguro en relación con una lesión, enfermedad o afección para la cual Nosotros brindamos beneficios. Nuestro derecho de recuperación no se aplica cuando se llega a un acuerdo entre la parte demandante y la parte demandada, a menos que exista un derecho de reembolso establecido por la ley. Cuando se llega a un acuerdo, se presume que Usted no inició ninguna acción en contra de Nuestros derechos ni infringe ningún contrato entre Usted y Nosotros. Se presume que el acuerdo entre Usted y la parte responsable no incluye ninguna indemnización por el costo de los servicios de cuidado de salud para los cuales Nosotros brindamos beneficios.

Sin embargo, independientemente de lo anterior, Nosotros o cualquier otra persona o entidad que presente una reclamación contractual, estatutaria o de subrogación del derecho común contra un tercero o Usted en una Demanda por Agravio estaremos sujetos a las siguientes condiciones:

- Si no se recupera el valor total de la Demanda por Agravio por negligencia comparativa, disminución debido a las obligaciones de una parte en virtud de las secciones 2307.22 a 2307.28 del Ohio Revised Code (Código Revisado de Ohio) o como consecuencia de la cobrabilidad del valor total de la factura por lesión, muerte o pérdida a la persona que resulta de un seguro de responsabilidad limitada o cualquier otra causa, la factura del Plan o de otra persona o entidad se reducirá en la misma proporción que Su interés.
- Si surge una disputa relacionada con la distribución de la recuperación en una Demanda por Agravio, el Plan o Usted pueden presentar una acción en virtud del Capítulo 2721 del Ohio Revised Code (Código Revisado de Ohio) para resolver el problema de distribución de la recuperación.

Nosotros solicitamos que Usted nos envíe una notificación en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que se envía cualquier aviso a cualquier parte, incluida una compañía de seguros o un abogado, o sobre Su intención de realizar o investigar una reclamación para recuperar los daños y perjuicios u obtener una

compensación debido a una lesión, enfermedad o afección que Usted haya sufrido y por la cual Nosotros brindamos beneficios. Usted debe proporcionar toda la información que Nosotros o Nuestros representantes solicitemos, lo que incluye, entre otras cosas, completar y enviar cualquier solicitud u otros formularios o declaraciones que podamos solicitar razonablemente.

Si Usted o Su Representante Autorizado tienen una consulta sobre subrogación o gravamen, deben enviarla a oscarmanualreferrals@rawlingscompany.com.

27. Terceros beneficiarios

Esta Póliza no tiene el objetivo de crear terceros beneficiarios y ninguna disposición contenida en el presente documento tiene la intención de otorgar a ninguna persona o entidad que no sea Usted o Nosotros derechos, beneficios o compensaciones de ningún tipo, sean de la naturaleza que fueran, en virtud de esta Póliza. Ninguna otra parte puede ejecutar las disposiciones de esta Póliza ni buscar compensación alguna como resultado de Nuestro o Su cumplimiento o falta de cumplimiento de cualquier parte de esta Póliza, ni iniciar acciones por el incumplimiento de cualquiera de los términos de esta Póliza.

28. Límite de tiempo para presentar una demanda

No podrán iniciarse acciones contra Nosotros conforme a derecho o equidad antes de la finalización del período de 60 días luego de que hayamos recibido una reclamación por escrito según lo establece esta Póliza. Usted debe iniciar cualquier acción legal contra Nosotros en virtud de esta Póliza en el plazo de tres (3) años desde la fecha en la que se exigió la presentación de la reclamación.

29. Servicios de traducción

En virtud de esta Póliza, hay servicios de traducción disponibles para Afiliados que no hablan inglés. Comuníquese con Nosotros al 855-OSCAR-55 para acceder a estos servicios.

30. Jurisdicción para acciones legales

Si surge una disputa en virtud de esta Póliza, esta debe resolverse en un tribunal del estado de Ohio. Usted acepta no iniciar una demanda contra Nosotros en un tribunal ubicado en otro lugar. También brinda su consentimiento para que los tribunales de Ohio cuenten con jurisdicción personal sobre Usted. Esto significa que, si se han seguido los procedimientos adecuados para iniciar una demanda en estos tribunales, dichos tribunales pueden solicitarle que comparezca para defenderse de cualquier acción que Nosotros iniciemos contra Usted.

31. Renuncia

La renuncia por cualquier parte de un incumplimiento de cualquier disposición de esta Póliza no se interpretará como una renuncia de cualquier incumplimiento posterior de la misma disposición o cualquier otra. La omisión de ejercitar cualquier derecho en virtud de este documento no constituirá una renuncia a dicho derecho.

32. Quién puede modificar esta Póliza

Esta Póliza no puede ser modificada, enmendada ni cambiada, excepto por escrito y con la firma de Nuestro Director Ejecutivo o una persona designada por él. Ningún empleado, agente u otra persona está autorizado a interpretar, enmendar, modificar o de otro modo cambiar esta Póliza de manera que amplíe o limite el alcance de la cobertura o las condiciones de elegibilidad, inscripción o participación, a menos que sea por escrito y con la firma del director ejecutivo o una persona designada por él.

33. Quién recibe pagos en virtud de esta Póliza

Los pagos en virtud de esta Póliza por los servicios brindados por un Proveedor Dentro de la Red serán enviados directamente por Nosotros al Proveedor. Si Usted recibe servicios de un Proveedor Fuera de la Red, Nosotros nos reservamos el derecho a enviar dicho pago a Usted o al Proveedor.

34. Indemnizaciones laborales no afectadas

La Cobertura que se brinda en virtud de esta Póliza no reemplaza ni afecta a ningún requisito de cobertura establecido por el seguro o la ley de indemnizaciones laborales.

35. Su historia clínica y sus informes médicos

A fin de proporcionarle la cobertura en virtud de esta Póliza, es posible que sea necesario que nos envíe Su historia clínica y la información de salud de Proveedores que lo atendieron. Entre las acciones relacionadas con la cobertura, se incluyen procesar Sus facturas, revisar Quejas o Apelaciones sobre Su cuidado, y realizar revisiones de garantía de calidad de Su cuidado, ya sea según una queja específica o como parte de una auditoría de rutina de casos seleccionados al azar. Al aceptar la cobertura en virtud de esta Póliza, Usted automáticamente nos brinda a Nosotros o a Nuestro designado el permiso para obtener y utilizar Su historia clínica con esos fines, y también autoriza a todos y cada uno de los Proveedores de los que recibe servicios para lo siguiente:

- Divulgar todos los datos relacionados con Su cuidado, tratamiento y afección física a Nosotros o a un profesional médico, dental o de salud mental que

SECCIÓN 24: DISPOSICIONES GENERALES

Nosotros designemos para que nos ayude con la revisión de un tratamiento o una reclamación, o en relación con una queja o revisión de la calidad del cuidado

- Emitir informes relacionados con Su cuidado, tratamiento y afección física a Nosotros o a un profesional médico, dental o de salud mental que Nosotros designemos para que nos ayude con la revisión de un tratamiento o una reclamación
- Permitir que realicemos copias de Su historia clínica

Nos comprometemos a conservar Su información médica de acuerdo con los requisitos de confidencialidad estatales y federales. Sin embargo, Usted automáticamente nos autoriza a compartir Su información con el Ohio State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Ohio), organizaciones de supervisión de calidad y terceros con los que tenemos acuerdos para la administración de esta Póliza, siempre y cuando ellos también acepten mantener la información de acuerdo con tales requisitos.