



Estado de Connecticut

Plan de Beneficios Médicos

Documento del Plan

Reformulado al 1.º de julio de 2022



Índice

Introducción	2
Información de contacto de la compañía de seguros	3
Elegibilidad	4
Inscripción	9
Fecha de entrada en vigencia de la cobertura	12
Cobertura médica	13
Lista de beneficios médicos	38
Programas y normas de cobertura médica	50
Exclusiones y limitaciones.....	56
Coordinación de beneficios	67
Terminación de la cobertura.....	70
Cláusulas sobre pago	74
Derechos de apelación y reclamo.....	75
Cláusulas generales.....	81
Información de Salud Protegida	83
Glosario	85

Introducción

Este documento describe el Plan de Beneficios Médicos del estado de Connecticut (“Plan de Beneficios Médicos”) para los empleados, los jubilados que no son elegibles para Medicare y los DEPENDIENTES elegibles (que no son elegibles para MEDICARE). El Plan de Beneficios Médicos es un PLAN de beneficios de salud gubernamental autofinanciado que no está sujeto a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados (“ERISA”). Este DOCUMENTO DEL PLAN explica los beneficios, las exclusiones, las limitaciones, los términos y condiciones de la cobertura, y las guías que deben seguirse para obtener los beneficios de los SERVICIOS CUBIERTOS. Todos los términos definidos que se utilizan en este Documento del plan se escriben en mayúsculas la primera vez que se utilizan. Las definiciones pueden encontrarse en el Glosario.

Los términos de este Documento del plan regirán y sustituirán a cualquier versión anterior de él y a cualquier esquema u otro resumen distribuido por el estado de Connecticut.

El estado ha contratado a Anthem Blue Cross and Blue Shield (Anthem BCBS), como única COMPAÑÍA DE SEGUROS, para proporcionar procesamiento de reclamaciones, manejo de enfermedades y otros servicios administrativos. Sujeto a la negociación colectiva, el estado tiene derecho a modificar los beneficios del Plan de Beneficios Médicos y a interpretar el significado del Documento del plan.

El estado de Connecticut es el PATROCINADOR DEL PLAN de este Plan de Beneficios Médicos. Todas las notificaciones al Patrocinador del plan deben dirigirse de la siguiente manera:

Office of the State Comptroller
Healthcare Policy & Benefit Services Division
165 Capital Avenue
Hartford, CT 06106

Conozca la diferencia

- **Miembro cubierto:** una persona que es elegible y está inscrita para los servicios cubiertos en virtud de un empleo pasado o actual con el empleador participante.
- **Persona cubierta:** un dependiente de un miembro cubierto que está inscrito en este Plan de Beneficios Médicos y es elegible para los beneficios de los servicios cubiertos.

Información de contacto de la compañía de seguros

Comuníquese con Anthem Blue Cross and Blue Shield para obtener información sobre los MÉDICOS y PROVEEDORES DENTRO DE LA RED. Llame al número de teléfono impreso en la TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CUBIERTA o como se indica a continuación:

Información de contacto de la Compañía de seguros

Anthem Blue Cross and Blue Shield
Member Services
108 Leigus Road
Wallingford, CT 06492
1-800-922-2232
www.anthem.com/statect

Elegibilidad

Empleados elegibles

Empleados activos

A menos que se especifique lo contrario en un convenio colectivo vigente o en los términos del empleo, un empleado debe trabajar al menos la mitad de las horas por periodo de pago de un empleado a tiempo completo en su puesto (0,5 equivalente a tiempo completo [FTE]) para ser elegible para participar en el Plan de Beneficios Médicos (a menos que la cobertura del empleado se requiera de otra manera conforme a la LEY DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO). Se aplican normas especiales a los empleados que no forman parte del servicio clasificado, a los empleados profesionales a tiempo parcial de las agencias de enseñanza superior y a los grupos de no empleados que participan en los planes para empleados del estado en virtud de la Sección 5-259 de las leyes generales.

Además de las cláusulas arriba indicadas, para inscribirse en el Plan de Beneficios Médicos, un empleado activo también debe ser:

- Un EMPLEADO PERMANENTE; o
- Un empleado en un puesto de trabajo a tiempo completo que requiera o se espera que requiera los servicios del titular durante un periodo superior a seis meses (incluso si dicho puesto se designa como “temporal”), el primer día del mes siguiente a la finalización de 60 días de servicio continuo.

Empleados con “horas variables”

Si en el momento de la contratación, el empleador no puede determinar razonablemente si un nuevo empleado trabajará un promedio de 30 horas semanales, el empleado se considera un “EMPLEADO CON HORAS VARIABLES”. En el caso de estos empleados, el empleador utilizará un periodo de medición inicial de 12 meses para determinar si esa persona trabajó, en promedio, 30 horas semanales. Si al final del periodo de medición inicial se determina que el empleado ha trabajado, en promedio, 30 horas semanales, el empleado será elegible para participar en el Plan de Beneficios Médicos durante los 12 meses siguientes mientras siga empleado, independientemente de la cantidad de horas realmente trabajadas durante ese periodo.

Empleados jubilados no elegibles para Medicare

La elegibilidad para los beneficios de salud para jubilados está determinada por la ley, los convenios colectivos y los memorandos emitidos por la Oficina del Contralor del Estado.

El Plan para jubilados no elegibles para Medicare proporcionará beneficios a un empleado jubilado (y a su cónyuge inscrito, si corresponde) solo en la medida en que:

- No sean elegibles para participar en las Partes A y B de Medicare; o
- Si son elegibles para Medicare, no vivan en el área geográfica de servicio que está cubierta por Medicare. Por ejemplo, si un jubilado elegible para Medicare vive fuera del área geográfica de servicio de Medicare, que incluye los 50 estados de EE. UU., el Distrito de Columbia y los territorios de EE. UU., estará cubierto por el Plan de Beneficios Médicos.

Dependientes elegibles

Para que los dependientes elegibles estén inscritos para la cobertura, el MIEMBRO CUBIERTO y todos los dependientes elegibles deben estar inscritos en el mismo plan. El estado de Connecticut se reserva el derecho de solicitar PRUEBAS de la condición de dependiente en cualquier momento.

Son elegibles para inscribirse como dependientes las siguientes personas:

- **Cónyuge o pareja de hecho reconocida.** El cónyuge legítimo del miembro cubierto en el marco de un matrimonio legalmente válido y existente o la pareja de hecho reconocida del miembro cubierto según la definición del Patrocinador del plan. Excepto por lo dispuesto en esta sección, una persona de la que un miembro cubierto está divorciado o separado legalmente no es elegible para la cobertura.
 - **Nota:** Si un miembro cubierto fallece antes de la jubilación, un cónyuge que no haya estado casado con el empleado fallecido durante al menos los 12 meses anteriores a la fecha del fallecimiento no es elegible para la continuidad de la cobertura.
 - Excepciones:
 - » Un individuo del que el miembro cubierto se separa legalmente puede continuar con la cobertura del Plan de Beneficios Médicos hasta tres años después de la fecha de la sentencia o hasta que cualquiera de las partes vuelva a casarse, lo que ocurra primero, siempre y cuando el excónyuge estuviera cubierto por el Plan de Beneficios Médicos inmediatamente antes de dictarse la sentencia de separación legal y el miembro cubierto pague el 100% del costo de la cobertura individual (empleado más participación estatal) del excónyuge después de impuestos. Esto se sumará al costo de la cobertura del miembro cubierto; o
 - » Un individuo del que el miembro cubierto se divorcia puede continuar con la cobertura del Plan de Beneficios Médicos hasta tres años después de la fecha de la sentencia o hasta que cualquiera de las partes vuelva a casarse, lo que ocurra primero, siempre y cuando el excónyuge estuviera cubierto por el Plan de Beneficios Médicos inmediatamente antes del divorcio y la sentencia requiera que el miembro cubierto proporcione cobertura del seguro médico al excónyuge. El miembro cubierto paga el 100% del costo de la cobertura individual (empleado más participación del estado) del excónyuge después de impuestos. Esto se sumará al costo de la cobertura del miembro cubierto.
- **Hijo del miembro cubierto o cónyuge del miembro cubierto.** Un hijo del miembro cubierto, incluido un hijastro, un hijo colocado legalmente en adopción o un hijo adoptado legalmente, o el cónyuge del miembro cubierto.
- **Hijo recién nacido.** La cobertura del Plan de Beneficios Médicos se proporcionará al hijo recién nacido del miembro cubierto desde el momento de su nacimiento.

El miembro cubierto debe presentar una solicitud de inscripción completa en los 31 días siguientes a la fecha de nacimiento para mantener la cobertura del recién nacido. Deben cumplirse los requisitos de elegibilidad y la solicitud de inscripción debe ser aceptada por la compañía de seguros.

- **Recién nacido de un hijo dependiente cubierto.** Un hijo recién nacido de una hija dependiente inscrita es elegible para la cobertura desde el momento del nacimiento hasta los 31 días inmediatos posteriores. El hijo recién nacido de un hijo dependiente cubierto no es elegible para la cobertura del Plan de Beneficios Médicos más allá del periodo de 31 días.

- **Hijo TOTALMENTE DISCAPACITADO.** Un hijo totalmente discapacitado que no puede mantener un empleo por razones de discapacidad física o mental puede continuar con la cobertura más allá del límite de edad establecido en el Plan de Beneficios Médicos, siempre que:
 - Sea incapaz de mantener un empleo debido a una discapacidad física o mental certificada por un médico y del que el miembro cubierto (o su cónyuge o pareja de hecho) es el principal responsable de su sustento y mantenimiento; y
 - Haya quedado discapacitado antes de la edad límite para un hijo dependiente y tuviera cobertura comparable como dependiente en el momento de la inscripción; y
 - Si por encima de los 26 años, está soltero.

La compañía de seguros debe recibir una prueba de dicha discapacidad y dependencia del hijo del miembro en el plazo de los 31 días posteriores a la fecha en la que la cobertura del hijo habría finalizado si no hubiera tenido esa discapacidad. La discapacidad debe ser certificada en ese momento o en el momento de la inscripción realizada por un médico. La prueba de la continuidad de la discapacidad y de la dependencia debe aportarse como máximo anualmente a partir de entonces.

- **Hijo menor de edad del que el miembro cubierto es tutor legal.** Se puede inscribir como dependiente a un hijo menor de edad que resida con un miembro cubierto y del cual el miembro cubierto (o su cónyuge) haya sido nombrado tutor legal de la persona por un tribunal de jurisdicción competente. La cobertura finalizará cuando el hijo cumpla los 18 años o cuando finalice la tutela, lo que ocurra primero.
- **Continuidad de la cobertura para el extutor después de la finalización de la tutela legal.** Si la persona cubierta demuestra que un extutor que estaba inscrito en el Plan de Beneficios Médicos inmediatamente antes de cumplir los 18 años continúa siendo dependiente de él (ya sea como “hijo calificado” o como “familiar calificado” a los efectos del impuesto federal sobre la renta), la cobertura puede estar disponible más allá de la edad de tutela legal hasta el último día del año calendario en el que el hijo cumpla 26 años. La prueba de continuidad de la dependencia debe aportarse anualmente. Si la persona cubierta sigue teniendo una relación parental/de apoyo con un extutor que estaba inscrito en el Plan de Beneficios Médicos inmediatamente antes de cumplir los 18 años, pero no es elegible para reclamar al hijo como dependiente a los efectos del impuesto federal sobre la renta, el valor justo de mercado de dicha cobertura se imputará como ingreso a la persona cubierta.
- **Órdenes médicas calificadas de manutención de menores (QMSCO).** Un hijo dependiente puede estar cubierto como consecuencia de una orden de relaciones domésticas emitida por un tribunal estatal a favor de un progenitor divorciado que sea una persona cubierta o el cónyuge del miembro cubierto, siempre que el hijo sea menor de 26 años. La inscripción puede ser necesaria incluso en circunstancias en las que el hijo no estuviera previamente cubierto por el Plan de Beneficios Médicos.

Cambios que afectan a la elegibilidad

Es responsabilidad del miembro cubierto notificar al Patrocinador del plan cualquier cambio de condición que haga que un individuo inscrito sea no elegible para continuar la cobertura como dependiente. La notificación debe efectuarse dentro de los 31 días siguientes al evento calificado, y la cobertura de la persona no elegible se dará por terminada a partir del primer día del mes siguiente.

Los empleados activos deben enviar una notificación escrita del evento calificado a la oficina de personal/nómina de su agencia empleadora. Los jubilados deben notificarlo a la Unidad de Seguros Médicos para Jubilados, División de Servicios de Políticas y Beneficios de Cuidado Médico, Oficina del Contralor del Estado.

Entre los ejemplos de eventos calificados que deben notificarse en un plazo de 31 días se encuentran los siguientes:

- El final de un año calendario en el que un hijo cubierto cumple 26 años;
- La terminación de la tutela legal de un hijo inscrito como resultado de una orden judicial, del vencimiento de la tutela temporal, de la aplicación de la ley o del cumplimiento de los 18 años del hijo, lo que ocurra primero; o
- Divorcio o dictado de una sentencia de separación legal. Nota: Los hijos del excónyuge de un miembro cubierto (hijastros del miembro cubierto) son no elegibles para la continuidad de la cobertura por divorcio o separación legal.

Los cambios de condición mencionados anteriormente son eventos que proporcionan a los exdependientes el derecho de continuar con la cobertura médica a su cargo durante un periodo limitado, en virtud de una ley federal conocida como COBRA. Aunque el Plan de Beneficios Médicos exige la notificación y la finalización de la cobertura para los individuos que no son elegibles en un plazo de 31 días a partir del cambio de condición, la normativa federal concede al dependiente no elegible un plazo de 60 días como máximo para notificar al Patrocinador del plan sobre el cambio de condición a fin de obtener la continuación de la cobertura conforme a la COBRA. Si **no** se notifica el cambio de condición dentro del periodo de 60 días después del evento calificado, el Plan de Beneficios Médicos no está obligado a proporcionar la continuación de la cobertura en virtud de la COBRA.

Falta de notificación del cambio de condición

Cualquier miembro cubierto que inscriba a sabiendas a un individuo no elegible o que tergiversar (u ocultar) los hechos relacionados con la condición de un individuo inscrito, o que no notifique al Patrocinador del plan sobre un evento u ocurrencia que haga que un individuo inscrito sea no elegible para continuar con la cobertura del Plan de Beneficios Médicos, puede estar sujeto a una o más de las siguientes medidas:

- Medidas disciplinarias, incluida la terminación del empleo, por inscribir o mantener la inscripción de una persona que no es elegible para la cobertura como dependiente o por no notificar al estado sobre cualquier cambio de condición (divorcio, separación legal, abandono del servicio estatal, etc.) que haga que un miembro cubierto sea no elegible para la tasa de Familiar Menos Cónyuge Empleado (FLES);
- Tributación del valor justo de mercado de la cobertura de beneficios de salud proporcionada a un individuo no elegible (declarada ante el Servicio de Impuestos Internos como ingreso del empleado o jubilado);
- Responsabilidad por el valor de las reclamaciones pagadas en nombre de un excónyuge o dependiente no elegible;
- Restitución de la participación del estado de cualquier prima adelantada para el dependiente no elegible;
- Rescisión de la cobertura solo de forma prospectiva;
- Suspensión de la elegibilidad para la cobertura del Plan de Beneficios Médicos; o
- Procesamiento por fraude.

Cobertura durante las licencias

- **Licencia remunerada:** Los beneficios de salud continuarán sin cambios durante el periodo en que un empleado activo esté en condición de nómina activa.
- **Licencia no remunerada:**
 - **Licencia familiar y médica:** el estado continuará aportando la participación del empleador de las primas aplicables para mantener la cobertura del Plan de Beneficios Médicos para un empleado en licencia según la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) durante un máximo de 24 semanas (12 periodos de pago) en cualquier periodo de dos años, siempre que la participación de la prima del empleado para dicha cobertura, si la hubiera, se haga directamente a la agencia empleadora de manera puntual. Un empleado que sea elegible para la FMLA federal, pero no para la estatal, tiene derecho a un máximo de 12 semanas de cobertura continuada de los beneficios de salud en cualquier periodo de 12 meses, siempre que la participación de la prima del empleado, si la hubiera, se haga directamente a la agencia empleadora de manera puntual.
 - **Licencia médica del empleado:** el estado continuará aportando la participación del empleador de las primas aplicables para mantener la cobertura del Plan de Beneficios Médicos para un empleado en licencia médica personal mientras dure la enfermedad, un máximo de 12 meses calendario, siempre que la participación de la prima del empleado, si la hubiera, se pague directamente a la agencia empleadora de manera puntual.
 - Licencia que no sea por enfermedad o lesión:
 - » **Menos de cuatro meses de duración:** si se prevé que la duración de la licencia sea inferior a cuatro meses, el empleado puede continuar inscrito en el Plan de Beneficios Médicos pagando el monto total de la prima (participación del empleado y del estado) directamente a la agencia.
 - » **Cuatro meses o más:** si se prevé que la duración de la licencia sea o se prolongue durante cuatro meses o más, se ofrecerá al empleado la continuación de la cobertura según los procedimientos de la COBRA.
 - **Otra licencia médica:** además de cualquier licencia en virtud de la FMLA o de una licencia médica personal que supere los 12 meses, puede permitirse un periodo adicional de cobertura si se contempla en un convenio colectivo específico.
 - **Compensación para trabajadores:** un empleado que esté de licencia mientras recibe los beneficios de la compensación para trabajadores atribuibles al empleo en el estado de Connecticut puede continuar participando en el Plan de Beneficios Médicos. Tal y como exige la ley, el estado continuará aportando la participación correspondiente al empleador de las primas aplicables para mantener la cobertura del Plan de Beneficios Médicos mientras el empleado esté recibiendo los beneficios de la compensación para trabajadores. El trabajador debe continuar pagando la participación de la prima del empleado, si la hubiera. El empleado afectado debe hacer arreglos para el pago directo a la agencia, o si los beneficios de la licencia se utilizan para complementar la compensación para trabajadores, mediante la deducción de la nómina de la participación de la prima del empleado.

Un empleado con una licencia de cualquier tipo tiene derecho a cambiar de cobertura durante la INSCRIPCIÓN ABIERTA.

Inscripción

Empleados recientemente contratados

Para convertirse en un miembro cubierto, la inscripción debe realizarse dentro de los 31 días siguientes al inicio de la actividad laboral (o dentro de los 31 días siguientes a la finalización de cualquier periodo de espera requerido para la elegibilidad para el cuidado médico). Si la inscripción no se realiza durante ese periodo, se le puede requerir al empleado que espere hasta la próxima Inscripción abierta, a menos que haya un CAMBIO DE CONDICIÓN CALIFICADA que dé lugar a la pérdida de la cobertura médica. Para inscribirse, presente la Solicitud de inscripción al seguro médico, especificando el plan médico elegido, ante la oficina de nómina/personal de la agencia empleadora del miembro cubierto.

Jubilados

La cobertura para los jubilados elegibles entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al mes en que se produzca la jubilación, o el primer día del mes siguiente a la fecha en que la persona afectada cumpla la NORMA DE 75. La inscripción debe completarse en el momento de la jubilación o dentro de los 31 días siguientes al cumplimiento de la Norma de 75, o el jubilado elegible puede tener que esperar hasta la siguiente Inscripción abierta, a menos que se produzca un cambio de condición calificada que dé lugar a la pérdida de la cobertura médica. Los jubilados siguen el mismo periodo de Inscripción abierta que los empleados activos; los cambios de plan deben presentarse ante la Oficina del Contralor del Estado, Unidad de Seguro Médico para Jubilados de la División de Servicios de Políticas y Beneficios de Cuidado Médico.

Inscripción abierta

Cada año hay un periodo de Inscripción abierta de aproximadamente un mes, durante el cual todos los miembros cubiertos por el Plan de Beneficios Médicos pueden realizar cambios en su inscripción al plan. El periodo de Inscripción abierta anual es normalmente el único momento en el que los miembros cubiertos pueden cambiar de compañía de seguros, cambiar de plan o cambiar la cobertura de dependientes. Los cambios realizados durante la Inscripción abierta entran en vigencia el 1.º de julio, a menos que la Inscripción abierta se haya retrasado debido al proceso del convenio colectivo. En el caso de los empleados activos, los formularios de inscripción y cambio deben presentarse en la oficina de nóminas/personal de la agencia empleadora.

Prueba de la condición de dependiente

La prueba de la relación de cada dependiente con el empleado/jubilado debe presentarse en el momento de la solicitud inicial de cobertura de esa persona o cuando se solicite la confirmación de la elegibilidad continua de la cobertura. Los documentos originales (o copias certificadas), como se especifica a continuación, deben presentarse a la agencia para la verificación de la condición de dependiente:

- **Matrimonio:** certificado de matrimonio y las dos primeras páginas de la declaración de impuestos sobre la renta federal más reciente del miembro cubierto que confirme el estado civil alegado.
- **Pareja por unión civil:** certificado de unión civil y las dos primeras páginas de la declaración de impuestos sobre la renta estatal más reciente del miembro cubierto que confirme la condición alegada (según corresponda).
- **Hijo biológico:** certificado de nacimiento completo.
- **Hijastro:** certificado de nacimiento completo que demuestre la relación padre/hijo entre el cónyuge del miembro cubierto y el hijo que se va a agregar.
- **Adopción:** notificación de colocación para adopción de la agencia de adopción o una copia certificada de la resolución de adopción.
- **Orden Médica Calificada de Manutención (QMCSO):** una orden de ejecución de manutención válida del Departamento de Servicios Sociales del Estado o de un tribunal de jurisdicción competente. En tal caso, el hijo debe agregarse a la cobertura del miembro cubierto, según lo ordenado, con o sin el consentimiento del miembro cubierto.
- **Custodia de un hijo menor de edad:** prueba de tutela o custodia de parte de un tribunal competente. **El hijo menor de edad debe residir con el miembro cubierto para ser elegible para la inscripción y la cobertura del Plan de Beneficios Médicos.** No se respetará un acuerdo de custodia de otro estado a menos que haya sido aprobado por un tribunal del estado de Connecticut o por el Departamento de Niños y Familias del estado de Connecticut.

Periodos de inscripción especial

En determinadas condiciones, un empleado o jubilado puede realizar elecciones de cobertura que correspondan a un cambio de situación familiar o laboral fuera de la Inscripción abierta. En el caso de los empleados activos, todas las solicitudes de cambio de elección debidas a un cambio de condición calificada deben presentarse en la oficina de nómina/personal de la agencia empleadora.

Los jubilados deben presentar todas las solicitudes de cambio a la Oficina del Contralor del Estado, Unidad de Seguro Médico para Jubilados de la División de Servicios de Políticas y Beneficios de Cuidado Médico dentro de los 31 días del evento. El cambio debe ser coherente con el cambio de condición. Todos los cambios de cobertura entran en vigencia el 1.º día del mes siguiente a la fecha del evento.

Ejemplos de cambios de condición calificada:

- **Estado de unión civil legal/de hecho.** Cualquier evento que modifique el estado de unión civil legal/de hecho del miembro, incluido el matrimonio, la unión civil, el divorcio, el fallecimiento de uno de los cónyuges y la sentencia de separación legal.
- **Cantidad de dependientes.** Cualquier evento que modifique la cantidad de dependientes del miembro cubierto, incluidos el nacimiento, el fallecimiento, la adopción y la tutela legal.

- **Condición de empleo.** Cualquier evento que modifique la situación laboral del miembro cubierto o del dependiente del miembro cubierto y que le haga ganar o perder la elegibilidad para la cobertura, como por ejemplo:
 - Inicio o finalización del empleo.
 - Inicio o regreso de una licencia no remunerada.
 - Cambio de medio tiempo a tiempo completo o viceversa.
- **Condición del dependiente.** Cualquier evento que haga que el dependiente de un miembro cubierto pase a ser elegible o no elegible para la cobertura. Nota: Los hijos del excónyuge de un miembro cubierto (hijastros del miembro cubierto) son no elegibles para la continuidad de la cobertura como consecuencia del divorcio o la sentencia de separación legal.
- **Residencia.** Un cambio significativo en el lugar de residencia de un miembro cubierto que afecte su capacidad para acceder a los proveedores de la red.
- **Pérdida de cobertura.** Cualquier evento que haga que una persona cubierta pierda la cobertura de otra fuente.

Prohibición de doble cobertura

No se permite a ninguna persona mantener una doble cobertura como miembro o persona cubierta por el Plan de Beneficios Médicos, el Plan de beneficios para jubilados no elegibles para Medicare, un Plan de asociación o el plan Medicare Advantage. También está prohibido que la misma persona esté inscrita simultáneamente como dependiente o beneficiario de más de un plan para jubilados del estado de Connecticut o como dependiente o beneficiario de un miembro del Plan de Beneficios Médicos, del Plan de beneficios para jubilados no elegibles para Medicare, de un Plan de asociación o del plan Medicare Advantage.

Un miembro cubierto que esté inscrito de forma doble en violación de esta cláusula tendrá 31 días para elegir un único plan en el que participar. Quien no haga una elección dentro de ese plazo permanecerá en el plan con la fecha de inscripción anterior (para la que continúa siendo elegible), y su cobertura duplicada y posterior se dará por terminada. Si posteriormente esa persona deja de ser elegible para la cobertura como dependiente de un jubilado, se la inscribirá en el plan para el que continúe estando calificado.

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura

Todos los periodos de cobertura comienzan el primer día de un mes y terminan el último día de un mes.

- **Empleados recientemente contratados:** la cobertura para el empleado y cualquier dependiente elegible comenzará a partir del primer día del mes siguiente a la inscripción. Por ejemplo, un empleado cuyo primer día de trabajo es en enero es elegible para la cobertura a partir del 1.º de febrero, si se inscribe a tiempo.
- **Jubilados:** la cobertura para los jubilados comenzará el primer día del mes siguiente al mes en que se produzca la jubilación. Por ejemplo, un empleado que se jubila a partir del 1.º de octubre estará cubierto por el Plan de beneficios para jubilados a partir del 1.º de noviembre. En el caso de las personas sujetas a un periodo de espera para el inicio de los beneficios de salud para jubilados en virtud de la Norma de 75, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la inscripción, que debe tener lugar dentro de los 31 días siguientes a la fecha de jubilación del individuo o a su cumplimiento de la edad calificada requerida, lo que ocurra en último lugar.
- **Nuevo cónyuge:** la cobertura de un nuevo cónyuge entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la inscripción, que debe realizarse dentro de los 31 días siguientes al matrimonio o en la Inscripción abierta.
- **Hijos:** un hijo recién nacido de un miembro cubierto está cubierto automáticamente durante los 31 días siguientes al nacimiento, pero no estará cubierto después de ese periodo a menos que se presente una solicitud de inscripción dentro de los 31 días siguientes al nacimiento.

Un niño adoptado o colocado para adopción recientemente con un miembro cubierto debe inscribirse dentro de los 31 días siguientes a la FECHA DE COLOCACIÓN para adopción o a la fecha de adopción. La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al mes en que se produzca el evento calificado.

Un hijastro puede ser inscrito dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que se cumplan los requisitos de elegibilidad por primera vez. La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de inscripción. Por ejemplo, como resultado de un matrimonio, un miembro cubierto puede inscribir al hijo de su nuevo cónyuge dentro de los 31 días siguientes al matrimonio.

- **Efecto de la hospitalización en la cobertura:** si una persona cubierta está internada en un HOSPITAL en la fecha en la que, de otro modo, sería elegible para la cobertura, dicha persona no será elegible para la cobertura del Plan de Beneficios Médicos hasta que finalice la hospitalización, siempre que no esté totalmente incapacitada en esa fecha.

Cobertura médica

Sujeto a los términos y condiciones del Plan de Beneficios Médicos, una persona cubierta es elegible para obtener los beneficios para los servicios cubiertos para el cuidado MÉDICAMENTE NECESARIO cuando un médico los recete o indique y según las cláusulas de esta sección.

El derecho de una persona cubierta a los beneficios por los servicios cubiertos proporcionados según este Plan de Beneficios Médicos está sujeto a ciertas políticas o guías y limitaciones, que incluyen, entre otras, la AUTORIZACIÓN PREVIA, la REVISIÓN CONCURRENTES y la ADMINISTRACIÓN DE CASOS. Si no cumple las guías de atención administrada para obtener servicios cubiertos de Anthem BCBS, se podrán reducir o negar los beneficios.

Los miembros que tengan preguntas sobre las guías y servicios de atención administrada para los que se requiere Certificación previa deben llamar al número de teléfono que figura en el dorso de la tarjeta de identificación y consultar el sitio web de Anthem: www.anthem.com/statect

La persona cubierta debe consultar a su médico respecto de los tratamientos y la atención. Sin perjuicio de la determinación de los beneficios, la persona cubierta y el médico de la persona cubierta deben determinar qué atención y/o tratamiento deben recibir.

Opciones del Plan de Beneficios Médicos

El estado de Connecticut ofrece varios tipos de planes, que se detallan a continuación. Con pequeñas excepciones al tipo de plan seleccionado, los beneficios cubiertos por todos los planes son los mismos.

Quality First Select Access (anteriormente Plan State BlueCare Prime Plus POS)

El Plan Quality First Select Access ofrece servicios médicos de una red definida de proveedores basados en la calidad. Las personas cubiertas deben seleccionar un médico de ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) para coordinar todo el cuidado. Los miembros que reciben tratamiento de los PCP y de los especialistas identificados como proveedores de Nivel I no tienen copagos. Las personas que reciben atención de los PCP y los especialistas identificados como proveedores de Nivel II tienen los siguientes copagos: \$50 para los PCP y \$100 para los especialistas. Los servicios médicos (incluidos los servicios de atención de urgencia) obtenidos de proveedores o centros fuera de la red estarán sujetos a un deducible y a un coseguro del 20% del costo permitido. El uso de servicios fuera de la red supondrá mayores costos para la persona cubierta.

Tenga en cuenta lo siguiente: Hartford Healthcare no participa en este plan.

Plan Primary Care Access (anteriormente Plan Point of Enrollment-Gatekeeper [POE-G])

El Plan Primary Care Access ofrece servicios médicos de una red definida de proveedores. La atención FUERA DE LA RED **solo** está cubierta en caso de emergencia. Las personas cubiertas deben seleccionar un médico de ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) para coordinar todo el cuidado, y se requieren referencias para todos los servicios de especialistas. Los servicios médicos obtenidos fuera de la red pueden no estar cubiertos.

Plan Standard Access (anteriormente Plan Point of Enrollment [POE])

El Plan Standard Access ofrece servicios médicos de una red definida de proveedores. La atención fuera de la red solo está cubierta en caso de emergencia. No son necesarias las referencias para recibir cuidado de proveedores dentro de la red. Los servicios médicos obtenidos fuera de la red pueden no estar cubiertos.

Plan Expanded Access (anteriormente Plan de Punto de Servicio [POS])

El Plan Expanded Access ofrece servicios médicos dentro y fuera de una red definida de proveedores. No son necesarias las referencias para recibir cuidado de proveedores dentro de la red. Los servicios médicos obtenidos fuera de la red pueden requerir una certificación previa y, por lo general, se reembolsan al 80% del costo permitido (tras el pago del DEDUCIBLE anual). Las personas cubiertas también pagarán el 100% del monto que los proveedores fuera de la red facturen por encima del MONTO MÁXIMO PERMITIDO. Los proveedores fuera de la red cobrarán más gastos de bolsillo por la mayoría de los servicios. Los servicios fuera de la red también pueden estar sujetos a límites de servicio que no se aplican a las personas cubiertas que reciben atención dentro de la red. El uso de un proveedor fuera de la red supondrá mayores costos para la persona cubierta.

Plan POS Preferido del estado

Este plan está cerrado a nuevas inscripciones. El Plan POS Preferido del estado ofrece servicios médicos dentro y fuera de una red definida de proveedores. No son necesarias las referencias para recibir cuidado de proveedores dentro de la red. Los servicios médicos obtenidos fuera de la red pueden requerir una certificación previa y se reembolsan al 80% del costo permitido (tras el pago del deducible anual). Las personas cubiertas también pagarán el 100% del monto que los proveedores fuera de la red facturen por encima del monto máximo permitido. Los proveedores fuera de la red cobrarán más por la mayoría de los servicios. Los servicios fuera de la red también pueden estar sujetos a límites de servicio que no se aplican a la atención dentro de la red. El plan POS Preferido del estado solo se ofrece a través de Anthem BCBS y tiene una red de proveedores ligeramente diferente a la de los otros planes de Anthem BCBS.

Plan de Punto de Servicio (POS) fuera del área

El Plan POS fuera del área ofrece servicios médicos dentro y fuera de una red definida de proveedores. Estos planes solo están disponibles para las personas cubiertas que residen fuera del estado de Connecticut. No son necesarias las referencias para recibir cuidado de proveedores dentro de la red. Los servicios médicos obtenidos fuera de la red pueden requerir una certificación previa y se reembolsarán al 80% del costo permitido (tras el pago del deducible anual). Las personas cubiertas también pagarán el 100% del monto que los proveedores fuera de la red facturen por encima del monto máximo permitido. Los proveedores fuera de la red cobrarán más por la mayoría de los servicios. Los servicios fuera de la red también pueden estar sujetos a límites de servicio que no se aplican a la atención dentro de la red. El uso de un proveedor fuera de la red supondrá mayores costos para la persona cubierta.

Cuidado preventivo y primario cubierto

La atención primaria consiste en visitas al consultorio, visitas domiciliarias y visitas al hospital proporcionadas por un médico de atención primaria (PCP) u otro proveedor para consultas, diagnóstico y tratamiento de lesiones y enfermedades.

El CUIDADO PREVENTIVO consiste en los servicios prestados para un PACIENTE AMBULATORIO en el consultorio de un médico, en un centro alternativo o un hospital. Los servicios de cuidado preventivo abarcan servicios médicos que hayan demostrado, mediante pruebas clínicas, ser seguros y eficaces en la detección temprana de enfermedades o en la prevención de estas, hayan demostrado tener un efecto beneficioso en los resultados de salud y tal y como exige la legislación aplicable incluyan lo siguiente:

- Artículos o servicios basados en la evidencia que tengan, en vigencia, una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos;
- Vacunas que tengan, en vigencia, una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades;
- Con respecto a los bebés, los niños y los adolescentes, el cuidado preventivo basado en la evidencia y las pruebas de detección que se proporcionan en las guías integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA); y
- Con respecto a las mujeres, el cuidado preventivo y las pruebas de detección adicionales que se proporcionan en las guías generales respaldadas por la HRSA.

El cuidado preventivo consiste en los servicios que se describen a continuación con el propósito de promover la buena salud y la detección temprana de enfermedades.

- **Controles del bebé y cuidado de control pediátrico.** El Plan de Beneficios Médicos cubre los controles del bebé y el cuidado de control pediátrico, que consiste en exámenes físicos de rutina, incluidos los exámenes de diagnóstico de audición y visión, la evaluación de desarrollo, la guía anticipadora y análisis de laboratorio indicados en el momento de la visita, según la recomendación de la Academia Estadounidense de Pediatría. También se cubren las vacunas y los refuerzos recomendados por el estado de Connecticut. La vacunación contra el VPH está cubierta para varones y mujeres de entre nueve y 26 años.
- **Exámenes físicos para adultos.** Los exámenes físicos periódicos para adultos están cubiertos. El Plan de Beneficios Médicos cubrirá un examen físico por AÑO CALENDARIO para cada persona cubierta de 19 años o más. El Plan de Beneficios Médicos cubrirá una prueba de detección anual de próstata para los hombres de 50 años o más, los hombres sintomáticos de cualquier edad y los hombres a cuyo padre o hermano biológico se les haya diagnosticado cáncer de próstata a cualquier edad.
- **Exámenes ginecológicos de rutina para mujeres sanas.** Incluye un examen ginecológico de rutina, un examen de mamas y un Papanicolaou.
 - Las personas cubiertas por los planes Quality First, Primary Care Access, Standard Access, y Expanded Access y POS pueden recibir sus exámenes de control médico ginecológico y cualquier cuidado de seguimiento necesario, y servicios de cuidado agudo y cuidado relacionado con el embarazo por parte de su proveedor primario de atención de ginecología y obstetricia seleccionado sin necesidad de una referencia.

- **Mamografías.** Incluidas las mamografías proporcionadas por tomosíntesis de mama.
 - Prueba de detección integral mediante ecografía de toda una mama o ambas mamas en estos casos:
 - » Una mamografía demuestra la presencia de tejido mamario heterogéneo o denso según el sistema de datos e información de imágenes de diagnóstico mamario establecido por el Colegio Estadounidense de Radiología; o
 - » Se considera que una mujer tiene mayor riesgo de padecer cáncer de mama debido a antecedentes familiares o a antecedentes personales de cáncer de mama; o
 - » Tiene estudios genéticos positivos; u
 - » Otras indicaciones, según lo recomiende el médico tratante de la paciente o el enfermero registrado de práctica avanzada para una mujer de cuarenta años o más, que tenga antecedentes familiares o personales de cáncer de mama; o
 - » Si tiene antecedentes personales de enfermedad mamaria diagnosticada mediante una biopsia como benigna.
 - Resonancia magnética de toda una mama o las dos mamas según las guías de la Sociedad Estadounidense contra el Cáncer.
- **Planificación familiar.** Incluye la consejería sobre el uso de anticonceptivos y temas relacionados, la inserción (o remoción) de un implante para el control de natalidad, la medición o la colocación de un dispositivo anticonceptivo, incluido un diafragma, capuchón cervical o dispositivo intrauterino.
 - Las personas cubiertas por los planes Quality First, Primary Care Access, Standard Access y Expanded Access y otros POS pueden recibir estos servicios de su proveedor primario de atención de ginecología y obstetricia seleccionado sin necesidad de una referencia.
- **Sacaleches:** Los beneficios de cuidado preventivo incluyen el costo del alquiler o de la compra de un sacaleches por embarazo junto con el parto. Los beneficios solo están disponibles si los sacaleches se obtienen de un proveedor de equipo médico duradero (DME), un hospital o un médico.
- **Vacunas.** Están cubiertas las vacunas para adultos o niños recomendadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o las vacunas requeridas para viajes al extranjero. Las vacunas contra la meningitis están cubiertas como parte del examen médico anual de rutina o el examen físico correspondiente a la edad de la persona cubierta.
- **Pruebas de detección de cáncer colorrectal.** El Plan de Beneficios Médicos cubrirá una prueba anual de sangre oculta en heces, una prueba inmunoquímica fecal, una prueba de ADN fecal, una colonoscopia, una sigmoidoscopia flexible o una prueba de obtención de imágenes radiológicas. La cobertura se hará de acuerdo con las recomendaciones establecidas por el Colegio Estadounidense de Gastroenterología, previa consulta con la Sociedad Estadounidense del Cáncer en cuanto al tipo y la frecuencia con que debe realizarse dicha prueba (p. ej., intervalos de edad, antecedentes familiares, etc.).

- **Manejo de la diabetes (equipos, suministros y formación).** Estos servicios están cubiertos de la siguiente manera:

- **Suministros.** El equipo y los suministros relacionados para las personas diabéticas dependientes de la insulina y no dependientes de la insulina que tengan cobertura están cubiertos cuando sean médicamente necesarios, según lo determine un médico. Los equipos y suministros cubiertos incluyen, entre otros, la siguiente lista:

Suministros cubiertos	
Tiras reactivas de acetona	Dispositivos para dibujar para personas con deficiencia visual
Tabletas reactivas de acetona	Equipo para el uso de la bomba
Alcohol o peróxido por pintas	Tiras reactivas de acetona para la glucosa
Toallitas con alcohol	Tiras reactivas para la glucosa
Todas las preparaciones de insulina	Cinta reactiva para la glucosa
Kit de lanceta hematológica automática	Ayudantes para inyecciones
Kit medidor de glucemia	Inyector (<i>busher</i>) automático
Tiras de prueba de glucosa en sangre (prueba o reactivas)	Entrega de cartuchos de insulina
Tiras y monitor de glucosa en sangre	Dispositivos para la infusión de insulina
Cartuchos para personas con deficiencia visual	Bomba de insulina
Sistemas de gestión de datos sobre la diabetes	Lancetas
Cartuchos desechables de insulina y para bolígrafo	

- **Autoadministración y formación en diabetes.** Entrenamiento de autoadministración ambulatoria del tratamiento para la diabetes insulino dependiente, la diabetes que usa insulina, la diabetes gestacional y la diabetes que no usa insulina. El “entrenamiento de autoadministración ambulatoria” incluye, entre otros, la formación y la terapia nutricional médica.

Tras el diagnóstico inicial, el Plan de Beneficios Médicos cubrirá hasta diez horas de entrenamiento de autoadministración médicamente necesaria para el cuidado y tratamiento de la diabetes. Dicha capacitación incluye, entre otros, la consejería en materia de nutrición y el uso adecuado de los equipos y suministros para la diabetes. Se cubrirán cuatro horas adicionales de capacitación para cualquier diagnóstico posterior que genere un cambio significativo en los síntomas o la condición de un individuo, que requiera la modificación del programa de autoadministración de la diabetes del individuo. También se cubrirán cuatro horas adicionales de capacitación y formación médicamente necesarias para las técnicas de desarrollo recientes y el tratamiento de la diabetes.

El entrenamiento de autoadministración para la diabetes deberá ser impartido por un profesional médico certificado, registrado o con licencia, capacitado en el cuidado y el manejo de la diabetes y autorizado para proporcionar dicho cuidado dentro del ámbito de su licencia.

- **Exámenes de visión.** Un examen de visión, incluida la refracción, por persona cubierta por Año calendario. El Plan de Beneficios Médicos pagará el 100% del costo del examen para las personas cubiertas que utilicen un oftalmólogo preferido dentro de la red. El Plan de Beneficios Médicos pagará el 100% del costo de un examen dentro de la red cada año alterno para las personas cubiertas que cumplan con el Programa de Mejora de la Salud (HEP).

- **Exámenes de audición.** Un examen por persona cubierta por Año calendario. La cobertura incluye la prueba de detección para determinar la necesidad médica de corrección auditiva cuando la realice un médico certificado como un otorrinolaringólogo o un audiólogo legalmente calificado que posea un Certificado de Competencia Clínica en Audiología de la Asociación Estadounidense del Habla y la Audición en ausencia de cualquier requisito de licencia vigente.
 - Las personas cubiertas por el Plan Primary Care Access deben obtener una referencia para los exámenes de audición.
- **Médicos naturopáticos.** El Plan de Beneficios Médicos cubrirá los servicios prestados por un médico naturopático para el tratamiento de una enfermedad o lesión que de otro modo estaría cubierta por el Plan de Beneficios Médicos.
 - Las personas cubiertas por el Plan Primary Care Access deben obtener una referencia para ver a un naturópata.
- **Pruebas de laboratorio.** Las pruebas de laboratorio médicamente necesarias estarán cubiertas de acuerdo con los términos y condiciones del Documento del plan. Las pruebas pueden estar sujetas a los requisitos del SITIO DEL SERVICIO, con un COSEGURO más alto por utilizar proveedores no preferidos y/o fuera de la red.

Cuidado especializado cubierto

El cuidado especializado consiste en cuidado y servicios médicos, incluidas las visitas al consultorio, las visitas a domicilio, las visitas al hospital y las consultas para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o lesiones que no pueden ser tratadas generalmente por un médico de atención primaria.

- **Servicios de cirugía.** Se requiere Certificación previa para todos los procedimientos quirúrgicos (tanto para PACIENTES HOSPITALIZADOS como ambulatorios) en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio certificado que no esté ubicado en un hospital. Los servicios cubiertos incluyen los servicios del cirujano o del asistente del especialista y del anestésista o anesthesiólogo, así como los cuidados pre y posoperatorios.

Los procedimientos de pruebas de preadmisión deben realizarse como paciente ambulatorio antes de la cirugía programada. La persona cubierta será responsable de los cargos de las pruebas de preadmisión si cancela o pospone la cirugía programada.

- **Cirugía reconstructiva y correctiva.** La cirugía reconstructiva y correctiva está cubierta solo cuando:
 - Se realiza para corregir un defecto congénito de un hijo cubierto, que haya producido un defecto funcional;
 - Es consecuencia de una cirugía o se realiza luego de una cirugía que fue necesaria debido a un traumatismo, una infección o una enfermedad de la parte involucrada, y la cirugía reconstructiva o correctiva debe realizarse dentro de los dos años siguientes a la cirugía que fue necesaria por el traumatismo, la infección o la enfermedad; o
 - Se trata de la reconstrucción mamaria tras una mastectomía (que incluye la cirugía en la mama sana para restaurar y conseguir la simetría de las prótesis mamarias implantadas).

- **Servicios dentales.** Los siguientes son servicios cubiertos, según lo determine la compañía de seguros:
 - Una visita inicial para la reparación inmediata del traumatismo, debido a un accidente o una lesión en la mandíbula, los dientes naturales, las mejillas, los labios, la lengua y/o el paladar. Los beneficios para servicios prestados durante la visita inicial, incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Evaluación;
 - Radiología para evaluar la gravedad de la lesión; o
 - Tratamiento de la herida, o la fractura o extracción del diente.
 - Tratamiento quirúrgico del síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ) y trastorno craneomandibular.
 - La anestesia, la enfermería y los cargos relacionados para servicios dentales para pacientes hospitalizados, servicios dentales para pacientes ambulatorios o servicios dentales recibidos durante un día están cubiertos si el dentista tratante o el cirujano oral y el médico del paciente lo consideran médicamente necesario conforme a los requisitos de Certificación previa y:
 - » Un dentista certificado determina, junto con un médico de atención primaria certificado, que el paciente tiene una condición dental lo suficientemente compleja como para requerir servicios para pacientes hospitalizados, servicios dentales para pacientes ambulatorios o servicios dentales durante un día; o
 - » Servicios de cirugía oral para el tratamiento de lesiones, tumores y quistes en la boca o dentro de ella; o
 - » Servicios de cirugía oral para el tratamiento de tumores en la cavidad bucal, tratamiento de fracturas de la mandíbula y/o huesos faciales, y dislocación de la mandíbula; o
 - » Escisión de diente o raíz dental no erupcionada o impactada y anestesia correspondiente; o
 - » Procedimientos de corte en las encías (cirugía ósea), incluida la anestesia correspondiente; o
 - » El paciente tiene una discapacidad del desarrollo, según lo determinado por un médico de atención primaria certificado, que le genera un riesgo grave.
- **Pruebas y tratamiento de alergia.** El Plan de Beneficios Médicos cubre las pruebas y evaluaciones para determinar la existencia de una alergia, las inyecciones para alergias u otros servicios de inmunoterapia. Los pacientes de un alergólogo preferido no estarán sujetos a un COPAGO.
- **Atención obstétrica/de maternidad.** Los servicios y suministros para la atención de maternidad proporcionados por un médico, una enfermera partera certificada, un hospital o un centro de maternidad estarán cubiertos para la atención prenatal (incluida una visita para estudios genéticos), la atención postnatal, el parto y las complicaciones del embarazo. El Plan de Beneficios Médicos prevé una hospitalización mínima de 48 horas después de un parto vaginal y de 96 horas después de un parto por cesárea, tanto para la madre como para el niño o niños recién nacido(s). Durante la estancia en el hospital, la atención de maternidad también incluye, como mínimo, la educación de los padres, la asistencia y capacitación para la lactancia materna o con biberón, y la realización de las evaluaciones clínicas necesarias de la madre y el recién nacido.

Los servicios del centro de maternidad dentro de la red están cubiertos al 100% de la misma manera que los servicios prestados en un centro de cuidados médicos agudos. La cobertura fuera de la red está sujeta a deducible y coseguro.

La madre tiene la opción de abandonar el hospital antes de lo descrito anteriormente. Si ella y el recién nacido son dados de alta antes, se le proporcionarán dos visitas a domicilio. La primera visita a domicilio se realizará dentro de las 48 horas siguientes al alta. La segunda visita de seguimiento se realizará dentro de los siete días siguientes al alta.

Las visitas a domicilio serán realizadas por un profesional médico calificado y capacitado en la atención materna y pediátrica posparto para prestar servicios como la atención posparto, una evaluación de la madre y el niño, instrucciones sobre la lactancia materna, la limpieza y el cuidado del niño, la educación de los padres, la evaluación de los sistemas de apoyo en el hogar y cualquier prueba clínica adecuada y requerida médicamente necesaria.

El cuidado cubierto relacionado con las complicaciones del embarazo incluyen la cirugía y las interrupciones del embarazo. Los abortos terapéuticos están cubiertos como beneficio ilimitado. Los abortos no terapéuticos en caso de violación, incesto o malformación del feto también están cubiertos como beneficio ilimitado. Se cubre un aborto electivo por persona cubierta por Año calendario, sujeto a los límites de los beneficios que figuran en el *Resumen de la cobertura médica*.

El Plan de Beneficios Médicos cubre las vasectomías y las ligaduras de trompas.

- **Cuidado para recién nacidos.** El cuidado cubierto para los recién nacidos incluye servicios médicos preventivos, atención de rutina para recién nacidos y tratamiento de enfermedades y lesiones. El tratamiento de enfermedades y lesiones incluye el tratamiento de la prematuridad y de los defectos congénitos diagnosticados médicamente y las anomalías de nacimiento que causan un deterioro funcional anatómico. El Plan de Beneficios Médicos también cubre los costos de transporte necesarios desde el lugar de nacimiento hasta el centro de tratamiento especializado más cercano.

El cuidado rutinario y preventivo para recién nacidos no requiere Certificación previa. La circuncisión realizada por un profesional médico certificado durante la estadía para el parto para pacientes hospitalizados no requiere Certificación previa.

Debe obtenerse una Certificación previa para la cirugía o la circuncisión que se realice después de la hospitalización para el parto.

- **Servicios para la INFERTILIDAD.** Los servicios cubiertos incluyen el cuidado médicamente necesario para el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad, incluidos, entre otros, la inducción de la ovulación, la inseminación intrauterina, la fertilización in vitro (FIV), el lavado uterino de embriones, la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT), la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT) y la transferencia de óvulos en las trompas bajas. Los tratamientos o procedimientos de infertilidad cubiertos deben realizarse en centros que cumplan las normas y guías elaboradas por la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva o la Sociedad de Endocrinología Reproductiva e Infertilidad.
- **Consejería nutricional.** Hasta tres visitas por persona cubierta por Año calendario para la evaluación y consejería nutricionales individualizadas por parte de un dietista registrado.
- **Servicios de salud mental.** Servicios para pacientes ambulatorios para el tratamiento de “condiciones mentales o nerviosas” según la definición de la edición más reciente del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Las condiciones que se ajusten a dicha definición estarán cubiertas en la misma medida que la cobertura médica/quirúrgica descrita en el Documento del plan. En la “misma medida” significa que la misma cantidad de visitas, días y copagos que se aplican a otros tratamientos especializados ambulatorios y/u hospitalizaciones también se aplicarán al tratamiento de las enfermedades mentales o nerviosas.

El cuidado ambulatorio de salud mental incluye los servicios prestados en los siguientes lugares:

- Un centro de salud mental comunitario sin fines de lucro;
- Un centro de salud mental certificado sin fines de lucro para adultos; o
- Una clínica psiquiátrica certificada sin fines de lucro para adultos operada por un hospital acreditado o en un CENTRO DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL, siempre y cuando los servicios sean proporcionados por un médico que ejerza como psiquiatra o bajo su SUPERVISIÓN, un psicólogo certificado, un trabajador social independiente certificado, un terapeuta familiar y de pareja certificado o un consejero certificado o autorizado sobre el consumo de alcohol y drogas, o bien, un consejero profesional debidamente certificado.

Dentro del cuidado ambulatorio para enfermedades mentales se incluyen los servicios prestados por una persona que tenga una maestría en trabajo social, siempre y cuando esa persona preste sus servicios en una clínica de orientación infantil o un centro de tratamiento residencial bajo la supervisión de un médico que ejerza como psiquiatra, un psicólogo certificado, un trabajador social clínico certificado, un terapeuta familiar y de pareja certificado o un consejero certificado o autorizado sobre el consumo de alcohol y drogas, o bien, un consejero profesional debidamente autorizado.

Los servicios hospitalarios para pacientes internados para la salud mental en un hospital o un centro de tratamiento residencial están sujetos a la necesidad médica y a la Certificación previa. Dichos servicios de rehabilitación con hospitalización pueden incluir hospitales, centros de tratamiento residencial u otros centros acreditados por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Cuidado Médico como centros de tratamiento de salud mental y aprobados previamente por la compañía de seguros. Los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados para las personas cubiertas elegibles tras su hospitalización en un centro de tratamiento residencial deben basarse en un PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL prescrito por el médico tratante y aprobado por el director médico de Anthem. Los servicios deben ser prestados por proveedores certificados por la agencia estatal correspondiente para prestar dichos servicios y cuyos programas para tales servicios hayan sido aprobados por la compañía de seguros. A los efectos de este beneficio, la persona cubierta elegible debe:

- Padecer una enfermedad mental grave que afecte considerablemente el pensamiento, la percepción de la realidad, el proceso emocional o el juicio de la persona, o que afecte gravemente la conducta, según manifestaciones de trastornos recientes del comportamiento;
 - Haber estado internado en un hospital por dicha enfermedad durante un periodo de al menos tres días inmediatamente anteriores a dicha hospitalización en un centro de tratamiento residencial; y
 - Tener una enfermedad que, de otro modo, requeriría la hospitalización continuada en un hospital si no se dispusiera de dicho cuidado y tratamiento a través de un centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes.
- **Abuso de sustancias.** En todos los Planes se cubren las visitas para pacientes ambulatorios para servicios de CUIDADO POR ABUSO DE SUSTANCIAS. Los servicios hospitalarios para pacientes internados por abuso de alcohol y sustancias en un hospital, centro de tratamiento residencial, o centro de tratamiento por abuso de sustancias están sujetos a la necesidad médica y a la Certificación previa. Dichos servicios de rehabilitación con hospitalización pueden incluir hospitales, centros de tratamiento residencial u otros centros acreditados por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Cuidado Médico como centros de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias y aprobados previamente por la compañía de seguros. Los servicios deben ser prestados por proveedores certificados por la agencia estatal correspondiente para prestar dichos servicios y cuyos programas para tales servicios hayan sido aprobados por la compañía de seguros.

- **Procedimientos de diagnóstico.**

- Están cubiertos los procedimientos, servicios y materiales de radiografía y de laboratorio, incluidas las radiografías de diagnóstico, la radioterapia, la fluoroscopia, los electrocardiogramas, las pruebas de laboratorio y los servicios de radiología terapéutica. Si los servicios se prestan dentro del área de servicio inmediata de Anthem, estarán sujetos al Programa del Centro de Servicio, y el copago o coseguro de la persona cubierta dependerá de si los servicios se obtienen o no en un centro preferido. El requisito de coseguro en el marco del Programa del Centro de Servicio puede no aplicarse si existe una razón médicamente necesaria por la que una persona cubierta no puede utilizar un centro preferido para el laboratorio o el diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios. **Nota:** La exención no está disponible para los servicios prestados en centros fuera de la red.
- Los procedimientos de diagnóstico por imágenes de alto costo, como resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA), tomografía axial computarizada (CAT), angiografía por tomografía computarizada (CTA), tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía de emisión monofotónica (SPECT), requieren Certificación previa. Un proveedor dentro de la red es responsable de obtener la Certificación previa. Si una persona cubierta obtiene **SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DE ALTO COSTO** de un proveedor fuera de la red sin Certificación previa, se le impondrá una multa de \$500 o el 20% del costo de dicho servicio, lo que sea menor.

Si los servicios se prestan dentro del área de servicio inmediata de Anthem, estarán sujetos al Programa del Centro de Servicio. El monto del copago o coseguro de la persona cubierta dependerá de si los servicios se reciben o no en un centro preferido. El requisito de coseguro en el marco del Programa del Centro de Servicio puede no aplicarse si existe una razón médicamente necesaria por la que una persona cubierta no puede utilizar un centro preferido dentro de la red para el laboratorio o el diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios. **Nota:** La exención no está disponible para los servicios prestados en centros fuera de la red.

- Para los planes Primary Care Access y Standard Access, todas las pruebas y los procedimientos deben ser realizados por un proveedor dentro de la red. A menos que la persona cubierta esté recibiendo pruebas de preadmisión, los hospitales dentro de la red no se consideran proveedores dentro de la red para los procedimientos y las pruebas de laboratorio.
- **Acupuntura.** La acupuntura está cubierta hasta 20 visitas por Año calendario.
- **Tratamiento del TRASTORNO DE IDENTIDAD SEXUAL.** Los servicios están cubiertos para el tratamiento médicamente necesario de “disforia de género” o trastorno de identidad sexual según la definición de la edición más reciente del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Los servicios cubiertos incluyen psicoterapia, cirugía de reasignación de género y otras cirugías o tratamientos médicamente necesarios. La cobertura está sujeta a la Certificación previa conforme a las guías de necesidad médica de Anthem.

El paciente está sujeto a los siguientes criterios generales para los beneficios de cirugía transexual:

- Debe tener 18 años o más;
- Debe haber completado 12 meses de experiencia real exitosa y continua a tiempo completo en el género deseado;
- Puede ser necesario completar la terapia hormonal continua, si se solicita y no está contraindicada; y
- Puede ser necesario someterse a psicoterapia, si se recomienda.

- **Cirugía bariátrica.** La derivación gástrica y los procedimientos restrictivos gástricos médicamente necesarios están cubiertos para el tratamiento de la obesidad clínicamente grave de determinados adultos (mayores de 18 años). La cobertura está sujeta a la Certificación previa conforme a las guías de necesidad médica de Anthem.
- **Ronquidos (estudios del sueño).** El tratamiento médicamente necesario para los ronquidos está cubierto si se determina que dicho tratamiento forma parte de un tratamiento probado para la apnea obstructiva del sueño (OSA) documentada. Consulte la política médica aplicable de Anthem para determinar si el tratamiento propuesto está probado para la OSA.

Servicios cubiertos en hospitales y otros centros

- **ADMISIONES como pacientes hospitalizados.** Las admisiones que no sean de emergencia en un hospital, en un CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA o en un HOSPITAL DE ESPECIALIDADES requieren una Certificación previa de la compañía de seguros. Todas las pruebas de preadmisión deben realizarse de forma ambulatoria antes de la admisión programada y no repetirse en el momento de la admisión para la cirugía. La persona cubierta será responsable de los cargos de las pruebas de preadmisión si cancela o pospone la admisión programada.

En el caso de una mastectomía o una disección de ganglios linfáticos, los servicios cubiertos incluirán una estadía de al menos 48 horas después del procedimiento, a menos que tanto la persona cubierta como el médico estén de acuerdo con una estadía más corta.

La admisión en un hospital de especialidades está sujeta a una Certificación previa. Para las personas cubiertas inscritas en un Plan POS, el cuidado de pacientes hospitalizados en hospitales de especialidades dentro de la red es un beneficio ilimitado; el cuidado recibido en hospitales de especialidades fuera de la red tiene un límite de beneficio de 60 días por persona cubierta por Año calendario.

El Plan de Beneficios Médicos cubre los servicios de custodia prestados en un centro de enfermería especializada, que incluye la atención y el tratamiento en una habitación semiprivada. El cuidado de custodia, de convalecencia o domiciliario no está cubierto. Además de la Certificación previa, la admisión a un centro de enfermería especializada debe estar respaldado por un plan de tratamiento preparado por la compañía de seguros.

- Las personas cubiertas por los Planes Primary Care Access y Standard Access están restringidas a los centros de enfermería especializada dentro de la red.
- Las personas cubiertas por los Planes Quality First, Expanded Access y otros planes POS tienen un beneficio ilimitado para el cuidado de pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada dentro de la red. Las personas cubiertas que utilicen un centro de enfermería especializada fuera de la red están limitadas a 60 días por persona cubierta por Año calendario.

Se cubrirán los siguientes servicios:

- Comida y estadía en habitación semiprivada de un hospital. Si se utiliza una habitación privada, este Plan de Beneficios Médicos solo brindará beneficios para los servicios cubiertos hasta el costo de una habitación semiprivada, a menos que la compañía de seguros decida que una habitación privada es médicamente necesaria;
- Administración de sangre y procesamiento de la sangre;
- Anestesia, suministros y servicios de anestesia;

- Quimioterapia para el tratamiento del cáncer;
- Servicios de diagnóstico;
- Terapia electroconvulsiva;
- Suministros y servicios hospitalarios para pacientes internados;
- Pruebas de laboratorio;
- Vendajes médicos y quirúrgicos, suministros, yesos y férulas;
- Uso y equipos de quirófano, salas de parto y salas de tratamientos (incluidos cuidados intensivos);
- Pruebas de preadmisión para cirugía (que se realizarán de forma ambulatoria);
- Medicamentos recetados;
- Terapia física y ocupacional de rehabilitación y restauración, y terapia del habla para el tratamiento que se espera que tenga como resultado una mejora sólida de la condición de la persona cubierta;
- Radioterapia;
- Servicios de hemodiálisis o diálisis peritoneal para enfermedad renal crónica, incluidos equipos, capacitación y suministros médicos hasta que la persona cubierta sea elegible para Medicare;
- Servicios relacionados con la ingestión o el consumo accidental de un medicamento controlado u otra sustancia; y
- Radiografías o estudios por imágenes.

- **Cirugía ambulatoria.** Se requiere Certificación previa para la cirugía ambulatoria, tanto si se presta en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio certificado que no esté ubicado en un hospital.

Los procedimientos de pruebas de preadmisión deben realizarse a una persona cubierta como paciente ambulatorio antes de la cirugía programada. La persona cubierta será responsable de los cargos de las pruebas de preadmisión si cancela o pospone la cirugía programada.

- **Centros médicos o clínicas de atención sin cita previa.** Los servicios prestados en un centro o una CLÍNICA DE ATENCIÓN SIN CITA PREVIA no se consideran servicios médicos de emergencia y solo se cubrirán si se determina que el tratamiento de la persona cubierta es médicamente necesario, en función de los signos y síntomas en el momento del tratamiento.

- Las personas cubiertas de los Planes Primary Care Access y Standard Access no necesitan una referencia de un médico de atención primaria para obtener servicios en un centro de atención sin cita previa dentro de la red. El tratamiento que no sea de emergencia obtenido en un centro o una clínica de atención sin cita previa fuera de la red no está cubierto.

- **Centros de ATENCIÓN DE URGENCIA.** Estará cubierto el tratamiento médicamente necesario en un CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA (ya sea independiente o ubicado en un hospital). Las personas cubiertas por los Planes Primary Care Access y Standard Access no necesitan obtener una referencia para ir a un centro de atención de urgencia dentro de la red cuando el médico de atención primaria o el médico de cobertura de la persona cubierta no esté disponible para tratar a la persona cubierta. Los servicios de atención de urgencia obtenidos fuera de los Estados Unidos tienen un copago de \$15.

- **Salas de emergencias hospitalarias (emergencias médicas).** Los servicios están cubiertos si se determina que el cuidado es para una EMERGENCIA MÉDICA. Si la emergencia requiere que la persona cubierta sea trasladada al hospital más cercano, se proporcionará cobertura tanto si el hospital más cercano está dentro de la red como si no lo está.
 - Los empleados activos y los jubilados no elegibles para Medicare con fecha de jubilación a partir del 2 de octubre de 2017 y los dependientes cubiertos están sujetos a un copago de \$250.
 - Los jubilados con fecha de jubilación entre el 2 de octubre de 2011 y el 1.º de octubre de 2017 y los dependientes cubiertos están sujetos a un copago de \$35.
 - El copago no se aplicará si la persona cubierta es admitida al hospital o si no tenía una alternativa médica razonable.

La determinación de si existía una alternativa médica razonable dependerá de lo siguiente:

- Los hechos y las circunstancias existentes en el momento del tratamiento, que incluyen, sin limitación:
 - La hora del día;
 - El día de la semana;
 - La naturaleza de los síntomas o la lesión;
 - Si la persona cubierta telefoneó o no a la línea de ayuda de 24 horas de Anthem para que la asistan para encontrar el cuidado adecuado antes de acudir a los servicios médicos de emergencia; y
 - La cantidad de veces que la persona cubierta ha acudido a los servicios de atención de emergencia por condiciones que no se consideran una emergencia médica.

Todas las admisiones debidas a una emergencia médica deben comunicarse a la compañía de seguros y deben ser aprobadas por esta dentro de las 48 horas siguientes al diagnóstico, cuidado o tratamiento de la emergencia médica.

Las reclamaciones por los servicios prestados a la persona cubierta serán revisadas por la compañía de seguros; la persona cubierta puede ser responsable del COSTO COMPARTIDO o del costo total de todos los servicios prestados si la compañía de seguros determina que los servicios prestados no eran para una emergencia médica. Los servicios cubiertos de emergencia médica se limitan al tratamiento prestado solo durante la primera visita.

Para las personas cubiertas por los Planes Primary Care Access y Standard Access no se requiere una referencia para la atención de emergencia.

La cobertura de las emergencias médicas y el cuidado de urgencia se proporciona cuando una persona cubierta está viajando al extranjero. La persona cubierta puede estar obligada a pagar el costo compartido aplicable en el momento del alta o puede estar obligada a pagar al médico en su totalidad en el momento del servicio y a solicitar el reembolso de la atención urgente y de emergencia a la compañía de seguros por el tratamiento prestado fuera de los Estados Unidos.

- **Servicios de ambulancia.** Los servicios de transporte médico médicamente necesarios están cubiertos de la siguiente manera:
 - Desde el lugar en el que la persona cubierta sufre un accidente o cae enferma hasta un HOSPITAL GENERAL en el que se le deba dar tratamiento;
 - Desde un hospital general en el que una persona cubierta es un paciente hospitalizado hasta otro hospital general, o un centro independiente para recibir servicios terapéuticos o diagnósticos especializados que no están disponibles en el primer hospital general, y el regreso al primer hospital general (si solo se paga un transporte de este tipo durante el periodo comprendido entre el día de admisión al hospital general) y el día de alta del hospital general;
 - De un hospital general a otro hospital general cuando el hospital general de alta no tiene las instalaciones adecuadas para el tratamiento, y el hospital general receptor tiene las instalaciones adecuadas para el tratamiento; y
 - Para proporcionar, durante dicho transporte, el cuidado que sea razonablemente necesario para mantener la vida o estabilizar la condición de dicha persona cubierta.

El servicio de transporte médico prestado a través de una agencia de cuidado médico en el hogar con los servicios de salud a domicilio está cubierto de la siguiente manera:

- De un hospital a un proveedor y al hogar;
- Hacia y desde un hospital o un proveedor para recibir tratamiento; o
- Del hogar a un hospital o un proveedor, en caso de que una nueva admisión sea necesaria.

Servicios de terapia

- **Servicios para personas con autismo.** Se brindará cobertura para el diagnóstico y el tratamiento médicamente necesarios de TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA en función de un plan de tratamiento aprobado. Se revisará un plan de tratamiento no más de una vez cada seis meses, a menos que el médico, el psicólogo o el trabajador social clínico certificados de la persona cubierta acepten que se necesita una revisión más frecuente o como consecuencia de cambios en el plan de tratamiento de la persona cubierta. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:
 - Terapia conductual proporcionada por un proveedor de TERAPIA CONDUCTUAL PARA EL AUTISMO e indicada por un médico, psicólogo o trabajador social clínico certificados conforme a un plan de tratamiento desarrollado por un médico, psicólogo o trabajador social clínico certificados, proporcionada a menores de 21 años;
 - Servicios de consulta o psiquiátricos directos prestados por un psiquiatra o psicólogo certificados;
 - Terapia física proporcionada por un fisioterapeuta certificado;
 - Terapia del habla proporcionada por un fonoaudiólogo certificado; y
 - Terapia ocupacional proporcionada por un terapeuta ocupacional certificado.

Los límites de visitas para la terapia física, del habla y ocupacional no se aplicarán a los servicios para el trastorno del espectro autista por ningún motivo que no sea la falta de necesidad médica.

- **Quimioterapia para el tratamiento del cáncer.**
- **Terapia quiropráctica.**
- **Servicios de intervención temprana.** Para un niño inscrito elegible desde el nacimiento hasta los tres años (36 meses) que no es elegible para la educación especial y los servicios relacionados conforme a la ley de Connecticut. Se amplía la definición de “niño inscrito elegible” para incluir a aquellos que (a) tienen más de 36 meses; (b) actualmente participan en los servicios de intervención temprana y (c) son elegibles o están siendo evaluados para los servicios preescolares en virtud de la Parte B de la Ley de Educación para Personas con Discapacidad (IDEA), hasta que estén inscritos en estos servicios preescolares; y necesitan servicios de intervención temprana por las razones especificadas a continuación:
 - Desarrollo cognitivo;
 - Desarrollo físico, incluida la visión o la audición;
 - Desarrollo de la comunicación;
 - Desarrollo social o emocional;
 - Habilidades de adaptación; o
 - Se les ha diagnosticado una condición física o mental que tiene un alto grado de probabilidad de causar un retraso del desarrollo.

A los efectos de este beneficio, los servicios de intervención temprana son servicios:

- Diseñados para satisfacer las necesidades de desarrollo de una persona cubierta y las necesidades de su familia relacionadas con la mejora del desarrollo del niño.
- **Terapia electroconvulsiva.**
- **Terapia de infusión.** Se proporcionarán beneficios para la terapia de infusión administrada en un hospital para pacientes ambulatorios, en el consultorio del médico o en el hogar en las siguientes condiciones:
 - Un plan de atención para tales servicios es recetado por escrito por un médico (M.D.);
 - El plan de cuidado es revisado y certificado por el médico (M.D.) y, en el caso de las personas cubiertas en un Plan POE, aprobado por la compañía de seguros.

La terapia de infusión se limita a lo siguiente:

- Quimioterapia (incluida la gammaglobulina);
- Terapia antibiótica intravenosa;
- Nutrición parenteral total;
- Terapia enteral cuando los nutrientes solo están disponibles con la receta de un médico; y
- Manejo intravenoso del dolor.

Los servicios cubiertos incluyen suministros, soluciones y fármacos.

- **Diálisis renal.** Cubierta cuando se recibe en un hospital o centro de diálisis independiente.
- **Terapia de rehabilitación cardíaca para pacientes ambulatorios.**

- **Terapia física y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios.** La terapia física y ocupacional está cubierta solo cuando es razonable y necesaria para corregir una condición que es el resultado de una enfermedad, lesión o deformidad física congénita que inhibe la función normal. Para que se considere razonable y necesaria, deben cumplirse las siguientes condiciones:
 - Los servicios deben considerarse, según las normas aceptadas de la práctica médica, como un tratamiento específico, seguro y eficaz para la condición de la persona cubierta.
 - Los servicios deben ser de tal nivel de complejidad y sofisticación o la condición de la persona cubierta debe ser tal que los servicios requeridos solo puedan ser realizados de forma segura y eficaz por un fisioterapeuta calificado o un asistente bajo la supervisión de un fisioterapeuta calificado, por un fonoaudiólogo calificado o por un terapeuta ocupacional calificado o un asistente bajo la supervisión de un terapeuta ocupacional calificado. Los servicios que no requieren la realización o supervisión de un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional no se consideran servicios razonables o necesarios de terapia física o terapia ocupacional, aunque los realice o supervise un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional.
 - Debe existir la expectativa de que la condición de la persona cubierta mejore sustancialmente en un periodo razonable (y generalmente predecible) basado en la evaluación del médico sobre el potencial de restauración de la persona cubierta y su condición médica única, o los servicios deben ser necesarios para establecer un programa de mantenimiento seguro y eficaz requerido en relación con una enfermedad específica, o las habilidades de un terapeuta deben ser necesarias para realizar un programa de mantenimiento seguro y eficaz. Si los servicios son para el establecimiento de un programa de mantenimiento, pueden incluir el diseño del programa, la instrucción de la persona cubierta, la familia o los asistentes de cuidado médico en el hogar, y las reevaluaciones infrecuentes necesarias de la persona cubierta y el programa en la medida en que se requieran los conocimientos especializados y el juicio de un fisioterapeuta o terapeuta ocupacional.
 - El monto, la frecuencia y la duración de los servicios deben ser razonables.

Para los servicios fuera de la red, la cobertura se limita a 30 días de servicio para pacientes ambulatorios por Año calendario.

Los jubilados con fecha de jubilación entre el 2 de octubre de 2011 y el 1.º de octubre de 2017, y los dependientes cubiertos deben recibir una Certificación previa.

- **Servicios de terapia física y rehabilitación a corto plazo para pacientes hospitalizados.** Cubiertos solo cuando son razonables y necesarios para corregir una condición que es el resultado de una enfermedad, lesión o deformidad física congénita que inhibe la función normal. Se requiere Certificación previa. Para los servicios fuera de la red, la cobertura para pacientes hospitalizados está limitada a 60 días por Año calendario.
- **Radioterapia.**
- **Terapia del habla.** Cuando es recetada por un médico (M.D.) y proporcionada por un patólogo del habla certificado para el tratamiento derivado de autismo, accidente cerebrovascular, remoción de un tumor, lesión o anomalías congénitas de la orofaringe. La cobertura de los servicios prestados por un proveedor dentro de la red no está sujeta a los límites de los beneficios. Para los proveedores fuera de la red, existe un límite de beneficio de 30 visitas por Año calendario.
- **Terapia del habla ampliada.** Cuando es recetada por un médico (M.D.) y proporcionada por un patólogo del habla certificado para el tratamiento derivado de causas distintas a las especificadas es un servicio cubierto y está sujeta a un límite de beneficio de 30 visitas por persona cubierta por Año calendario dentro o fuera de la red.

Servicios cubiertos de cuidado para enfermos terminales (para pacientes hospitalizados o a domicilio)

El cuidado para enfermos terminales o de HOSPICIO está disponible para las personas cubiertas que tienen un pronóstico de seis meses o menos de vida. Se requiere Certificación previa para el cuidado para enfermos terminales como pacientes hospitalizados. La cobertura consiste en cuidado paliativo y no en tratamiento curativo. El cuidado para enfermos terminales se cubrirá únicamente cuando se proporcione como parte de un programa de cuidado para enfermos terminales certificado por el estado en el que se prestan dichos servicios. Estos programas certificados pueden incluir el cuidado para enfermos terminales proporcionado por un hospital (para pacientes hospitalizados o ambulatorios), una agencia de cuidado médico a domicilio, un centro de enfermería especializada o un centro médico para enfermos terminales certificado.

El copago corresponderá al lugar de tratamiento. Si una persona cubierta recibe cuidado en una unidad de hospicio en un hospital o centro de enfermería especializada, el copago corresponde a las admisiones como pacientes hospitalizados. Si el cuidado se recibe en el hogar, hay un copago por cuidado médico a domicilio.

Hospicio a domicilio

Los servicios cubiertos incluyen el cuidado para enfermos terminales prestados por una agencia de cuidado médico a domicilio y lo siguiente:

- Consejería nutricional y psicológica;
- Servicios de consulta o administración de casos por parte de un médico;
- Suministros médicos y medicamentos recetados por un médico;
- Cuidado de enfermería a tiempo parcial por parte de un enfermero registrado, o un enfermero práctico certificado, y servicios de un asistente de cuidado médico en el hogar para el cuidado del paciente hasta ocho horas al día; y
- Servicios médicos/sociales para el paciente y los miembros de su familia cubiertos, hasta el máximo indicado en la *Lista de beneficios médicos*.

Cuando se certifique como parte del programa de hospicio, el Plan de Beneficios Médicos cubrirá el cuidado de apoyo y la orientación a los miembros de la familia de la persona cubierta con el fin de ayudarlos a afrontar los problemas emocionales y sociales relacionados con la muerte inminente de la persona cubierta. El beneficio máximo por este servicio no puede superar \$420 por Año calendario.

Servicios médicos a domicilio cubiertos

El cuidado médico a domicilio estará cubierto cuando se reciba al menos uno de los siguientes:

- Cuidado especializado de enfermería brindado por un enfermero registrado (RN) o un enfermero práctico certificado (LPN) bajo la supervisión de un RN cuando no se dispone de los servicios de un RN;
- Servicios calificados, progresivos y de rehabilitación de un fisioterapeuta certificado;
- Terapia ocupacional, del habla y respiratoria;
- Suministros médicos y quirúrgicos, y EQUIPO MÉDICO DURADERO recetado;
- Oxígeno y su administración;

- Servicios de asistente de cuidado médico en el hogar que consisten en el cuidado de pacientes de naturaleza médica o terapéutica;
- Servicios de laboratorio;
- Servicios relacionados con la alimentación y la nutrición;
- Transporte hacia y desde un hospital para recibir tratamiento, readmisión o luego del alta mediante los medios más seguros y costo-efectivos disponibles.

Un periodo de beneficios para el cuidado médico a domicilio comienza:

- Después de una admisión que comience dentro de los siete días posteriores al alta del hospital;
- En lugar de una admisión, una vez recibida la Certificación previa; o
- Por una enfermedad terminal tras el diagnóstico de un médico.

En lo que respecta a los servicios posteriores al alta, la persona cubierta debe estar confinada en el hogar y se deben prestar servicios médicos a domicilio para tratar la misma enfermedad o lesión por la que se hospitalizó a la persona cubierta.

Cada cuatro horas de servicios cubiertos prestados por un asistente de cuidado médico en el hogar se cobrará como una visita. Este beneficio está limitado a 200 visitas por Año calendario.

Servicios cubiertos de trasplante de órganos humanos

Sujetos a Certificación previa, se cubren los trasplantes de corazón, pulmón, corazón-pulmón, páncreas, hígado (adulto o niño), riñón, médula ósea y los procedimientos de células madre periféricas cuando se realizan junto con la administración de quimioterapia de dosis alta.

Los beneficios por transfusión de sangre, trasplante de córnea, injerto de hueso y cartílago y/o injerto de piel se proporcionan sin Certificación previa cuando se utilizan en relación con los servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos.

Los siguientes servicios están cubiertos con la Certificación previa de la compañía de seguros:

- Alojamiento y comida en una habitación semiprivada (si se utiliza una habitación privada, este Plan de Beneficios Médicos solo proporcionará beneficios para los servicios cubiertos hasta el costo de la tarifa de la habitación semiprivada, a menos que la compañía de seguros decida que una habitación privada es médicamente necesaria);
- Servicios y suministros proporcionados por el hospital;
- Cuidado brindado en una unidad de cuidado especial que cuente con todas las instalaciones, los equipos y los servicios de apoyo necesarios para proporcionar un nivel de atención intensivo a los pacientes en estado crítico;
- Uso del quirófano y de las salas de tratamiento;
- Servicios de diagnóstico;
- Servicios de terapia física de rehabilitación y restauradora;
- Suministros hospitalarios;

- Medicamentos recetados;
- Sangre completa, administración de sangre y procesamiento de sangre;
- Anestesia, suministros y servicios de anestesia; y
- Vendajes y suministros médicos y quirúrgicos.

Los siguientes servicios de cirugía están cubiertos cuando se utilizan con trasplantes cubiertos de órganos y tejidos humanos con la Certificación previa de la compañía de seguros:

- Cirugía, incluidos los servicios de diagnóstico relacionados con una cirugía (no se pagarán por separado los servicios preoperatorios y posoperatorios o por más de una cirugía realizada durante una sesión quirúrgica);
- Servicios de un médico que asiste activamente al cirujano que opera; y
- La aplicación de la anestesia solicitada por el médico tratante y suministrada por un médico o proveedor que no sea el cirujano o el asistente de la cirugía.

Están cubiertos los siguientes servicios médicos relacionados con los trasplantes de órganos y tejidos humanos con Certificación previa:

- Visitas de cuidado médico para pacientes hospitalizados;
- El cuidado médico intensivo proporcionado a una persona cubierta cuya condición necesita la asistencia constante de un médico, y el tratamiento durante un tiempo prolongado;
- Cuidado médico proporcionado al mismo tiempo que la cirugía durante la hospitalización por un médico, distinto del cirujano que opera, para el tratamiento de una condición médica distinta de la condición por la que se realizó la cirugía;
- Cuidado médico proporcionado por dos o más médicos durante la misma hospitalización cuando la naturaleza o gravedad de la condición de la persona cubierta requiera las habilidades de médicos diferentes;
- Servicios de consulta prestados por otro médico a solicitud del médico tratante, que no sean consultas del personal, que son necesarias según las normas y los reglamentos del hospital;
- Visitas de cuidado médico a domicilio, al consultorio y otro cuidado médico para pacientes ambulatorios para el examen y el tratamiento de la persona cubierta; y
- Servicios de diagnóstico, que incluyen la referencia para una evaluación.

Están cubiertos los siguientes servicios de terapia de rehabilitación y restauración:

- Servicios prestados en un centro de enfermería especializada, con Certificación previa de la compañía de seguros, que no son de custodia, ni para aliviar a la persona cubierta o al médico, y solo hasta que la persona cubierta haya alcanzado el máximo nivel de recuperación posible para una condición determinada, y ya no necesite cuidado especializado de enfermería o tratamiento definitivo que no sea el cuidado de apoyo de rutina;
- Servicios cubiertos de cuidado médico a domicilio para una persona cubierta que se encuentre confinada a su casa, cuando sean prescritos por el médico tratante de la persona cubierta en lugar de la hospitalización, y se organicen antes del alta hospitalaria;

- Inmunosupresores médicamente necesarios que se prescriben con los trasplantes cubiertos de órganos y tejidos humanos y que, según la ley federal, solo pueden dispensarse con receta, y que están aprobados para uso general por la Administración de Alimentos y Medicamentos;
- Los beneficios de transporte y alojamiento para el receptor del trasplante y sus acompañantes se limitan a un máximo de \$10,000 por trasplante, salvo que se indique lo contrario en las Exclusiones y limitaciones;
- Los costos de transporte para ir y volver del lugar de la cirugía para los servicios cubiertos para un receptor de un trasplante, y otra persona que viaje con el paciente, o si el receptor del trasplante es un niño menor de edad, los gastos de transporte para otras dos personas que viajen con el paciente, como se indica a continuación:
 - El alojamiento, que no excederá \$150 en total por día (\$200 en total si viajan dos personas con un hijo menor de edad) se pagará para la persona que viaje con el paciente; y
 - Alojamiento para la persona cubierta mientras recibe cuidado ambulatorio posoperatorio médicamente necesario en el hospital.

Beneficios para los siguientes servicios cuando se proporcionan con trasplantes cubiertos de órganos y tejidos humanos:

- Transporte del equipo de extracción quirúrgica, y del órgano o tejido DONANTE; y
- Evaluación y remoción quirúrgica del órgano o tejido del donante y suministros relacionados.

Si se realiza un trasplante de órganos o tejidos humanos de un donante a un receptor de un trasplante, se aplica lo siguiente:

- Cuando tanto el receptor como el donante son personas cubiertas, cada uno tiene derecho a los servicios cubiertos.
- Cuando solo el receptor es una persona cubierta, tanto el donante como el receptor tienen derecho a los servicios cubiertos:
- Los beneficios del donante se limitan únicamente a los no provistos o no disponibles para el donante de ninguna otra fuente. Esto incluye, entre otros, otra cobertura de seguro, subsidios, fundaciones, programas gubernamentales, etc.
- Los beneficios proporcionados al donante se imputarán al Plan de Beneficios Médicos de la persona cubierta.
- Cuando el receptor no está asegurado y el donante es una persona cubierta, este Plan de Beneficios Médicos solo proporcionará beneficios relacionados con la obtención del órgano hasta el monto máximo del Plan de Beneficios Médicos.

No se proporcionará ningún beneficio por la obtención del órgano o tejido de un donante que no se utilice en un procedimiento de trasplante cubierto, a menos que el trasplante se cancele debido a la condición médica de la persona cubierta o a su fallecimiento, y el órgano no pueda trasplantarse a otra persona. No se proporcionará ningún beneficio por la obtención del órgano o tejido de un donante que se haya vendido en lugar de donado. Estos servicios cubiertos para la obtención de un órgano de un donante, incluidos los gastos hospitalarios, quirúrgicos, médicos, de almacenamiento y de transporte, estarán sujetos a un máximo de \$15,000 por trasplante.

Este Plan de Beneficios Médicos proporcionará beneficios para los servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos solo con la Certificación previa de la compañía de seguros. El hospital debe ser designado y aprobado por la compañía de seguros para prestar los servicios cubiertos. Además, la persona cubierta debe seguir todas las cláusulas de este Plan de Beneficios Médicos.

Cabe señalar que no todos los hospitales designados realizan cada uno de los servicios cubiertos.

Solo los trasplantes de órganos y tejidos y los procedimientos relacionados descritos son servicios cubiertos por este Plan de Beneficios Médicos. Como se indica en la *Lista de beneficios médicos*, los beneficios para los servicios cubiertos son ilimitados.

Otros servicios y suministros médicos cubiertos

- La sangre y el plasma sanguíneo, que no son sustituidos o no serán sustituidos por los donantes de sangre o por un banco de sangre.
- Derivados sanguíneos cuando se compran a través de un proveedor de derivados sanguíneos.
- Pruebas de detección de plomo en sangre y evaluaciones de riesgo clínicamente indicadas.
- Terapia intravenosa y antibiótica oral para el tratamiento de la enfermedad de Lyme. Se brinda cobertura durante un máximo de 30 días de terapia antibiótica intravenosa, o 60 días de terapia antibiótica oral, o ambas. El tratamiento adicional está cubierto si es recomendado por un reumatólogo, un especialista en enfermedades infecciosas o un neurólogo certificados por el Colegio de Médicos.
- Procedimientos para el manejo del dolor médicamente necesarios cuando los solicite un especialista en manejo del dolor.
- **Servicios de terapia génica.** El Plan incluye beneficios de servicios de terapia génica, como la terapia CAR-T, siempre que Anthem los apruebe por adelantado mediante una Certificación previa. Consulte “Solicitud de aprobación de beneficios” para obtener más información sobre el proceso de Certificación previa. Para ser elegibles para la cobertura, los servicios deben ser médicamente necesarios y ser prestados por un proveedor autorizado en un centro de tratamiento aprobado. Aun cuando un proveedor sea proveedor dentro de la red para otros servicios, es posible que no sea proveedor autorizado para determinados servicios de terapia génica. El miembro debe llamar a Anthem para determinar los requisitos de certificación previa y los proveedores y centros de tratamiento aprobados.

Servicios no elegibles para la cobertura:

- Servicios experimentales/de investigación;
- Servicios prestados por un Proveedor no aprobado o en un centro no aprobado; o
- Servicios no aprobados por adelantado mediante una Certificación previa.
- **COSTOS DEL CUIDADO DE RUTINA DE PACIENTES en relación con el ENSAYO CLÍNICO SOBRE EL CÁNCER.** Un ensayo clínico sobre el cáncer se debe llevar a cabo con el auspicio de un protocolo independiente con revisión científica externa que haya sido evaluado y aprobado por uno de los siguientes:
 - Uno de los Institutos Nacionales de la Salud;
 - Un grupo cooperativo afiliado al Instituto Nacional del Cáncer;

- La Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. como parte de una exención de un dispositivo o medicamento de investigación nuevo; o
- El Departamento de Defensa Federal o de Asuntos de Veteranos.

La cobertura de los costos de hospitalización para el cuidado de rutina del paciente en relación con los ensayos clínicos sobre el cáncer incluirán el tratamiento en un centro fuera de la red si dicho tratamiento no está disponible dentro de la red y no puede ser reembolsado por los patrocinadores de dicho ensayo clínico. La hospitalización fuera de la red se prestará sin mayor costo para la persona cubierta que si dicho tratamiento estuviera disponible dentro de la red; se aplicarán todos los costos compartidos aplicables dentro de la red.

- **Servicios de enfermería privada.** Se cubre el cuidado especializado de enfermería, complejo, intermitente y temporal, médicamente necesario, por horas en el domicilio, prestado por un enfermero registrado (RN) o un enfermero práctico certificado (LPN) y realizado bajo la dirección de un médico. El cuidado de enfermería privado incluye la evaluación, la supervisión, el cuidado especializado de enfermería y la capacitación de los cuidadores y las familias para ayudar con la transición de la atención desde un entorno más agudo al hogar. Este beneficio está sujeto a Certificación previa.
- **Equipo médico duradero.** El equipo médico duradero (DME):
 - Está diseñado y concebido para el uso repetido;
 - Se usa principal y comúnmente con propósitos médicos;
 - Generalmente no es útil para una persona que no sufre una enfermedad o lesión; y
 - Es apropiado para uso domiciliario.

La cobertura incluye solo equipos estándar. El Plan de Beneficios Médicos no cubre la personalización de ningún artículo de DME o férula (incluido un aparato ortopédico utilizado con una férula) a menos que el Plan de Beneficios Médicos permita específicamente la cobertura en ciertos casos. Cualquier mantenimiento y reparación que derive del uso indebido por parte de una persona cubierta es responsabilidad de esta. La decisión de alquilar o comprar dicho equipo se tomará exclusivamente según el criterio de Anthem.

Las sustituciones están cubiertas cuando el crecimiento o un cambio en la condición médica de la persona cubierta hacen que la sustitución sea médicamente necesaria. El Plan de Beneficios Médicos no cubre de otro modo el costo de las reparaciones o sustituciones (p. ej., el Plan de Beneficios Médicos no cubre las reparaciones o sustituciones que resulten del mal uso o abuso por parte de la persona cubierta).

- **Aparatos y DISPOSITIVOS PROSTÉTICOS.** Ya sea implantado quirúrgicamente o llevado como suplemento anatómico, cuando se prescriba sujeto a lo siguiente:
 - Las reparaciones, sustituciones, adaptaciones y ajustes están cubiertos cuando sean necesarios por el desgaste normal o por el crecimiento o cambio del cuerpo.
 - El Plan de Beneficios Médicos cubre los implantes de pene cuando sean médicamente necesarios para quienes sufran una disfunción eréctil derivada de una enfermedad o lesión traumática, o para quienes se hayan sometido a una prostatectomía radical.
 - » La remoción de un implante de pene estará cubierta cuando sea médicamente necesaria debido a una infección, dolor persistente, fallo mecánico u obstrucción urinaria.

- Los aparatos, como una pierna, un brazo, una espalda o un cuello ortopédico o piernas, brazos u ojos artificiales o cualquier prótesis con soportes, están cubiertos, incluida su sustitución, si cambia la condición física de la persona cubierta.
- El Plan de Beneficios Médicos cubre las férulas (y algunos dispositivos ortopédicos que se utilizan con las férulas) que se usan externamente. La férula debe asistir temporal o permanentemente la totalidad o parte de la función de una parte externa del cuerpo que se ha perdido o dañado debido a una lesión, enfermedad o defecto.
- En los casos de un tumor de la cavidad bucal, los dispositivos prostéticos no dentales, incluidos los dispositivos protéticos maxilofaciales utilizados para reemplazar las estructuras anatómicas extraídas durante el tratamiento de los tumores de cabeza o cuello, y los aparatos adicionales esenciales para el apoyo de dichos dispositivos protéticos.
- Se cubrirán las prótesis mamarias internas implantadas quirúrgicamente para mejorar o restablecer la función de una mama extirpada o dañada debido a una lesión o enfermedad. El Plan de Beneficios Médicos no cubre el implante quirúrgico de una prótesis mamaria por motivos estéticos, excepto después de una mastectomía.
 - » La remoción de una prótesis mamaria interna estará cubierta cuando sea médicamente necesario debido a una infección recurrente, una contractura suprayacente o la rotura o fuga de los implantes de silicona, o cuando la remoción de los implantes sea necesaria para restablecer la simetría después de una mastectomía profiláctica/terapéutica o cuando exista un historial personal de cáncer de mama y un historial familiar de neoplasias malignas de mama; y
 - » La remoción de una prótesis mamaria interna no está cubierta para síntomas sistémicos no específicos en pacientes que tienen implantes de silicona.
- **Cobertura de audífonos.** Limitada a un beneficio máximo de un juego de audífonos por periodo de 36 meses. Puede ser necesaria una Certificación previa para determinados dispositivos anclados al hueso.
- **Aparatos ortopédicos para el pie.** Plantillas médicamente necesarias prescritas por un médico para las siguientes condiciones:
 - Diabetes con manifestaciones neurológicas;
 - Diabetes con trastornos circulatorios periféricos;
 - Lesión del nervio plantar;
 - Úlcera de la extremidad inferior, excepto la úlcera por presión;
 - Tendinitis tibial;
 - Espolón calcáneo;
 - Otros trastornos de bursitis; o
 - Fibromatosis fascial plantar.
- **Servicios relacionados con la ostomía.** Las bolsas de ostomía, los catéteres y los suministros necesarios para su uso, así como cualquier otro aparato relacionado con la ostomía que sea médicamente necesario, incluidos, entre otros, dispositivos de recolección, equipos y suministros de irrigación y barreras y protectores de la piel.

- **FÓRMULA ESPECIALIZADA.** La cobertura incluye los PREPARADOS MODIFICADOS CON AMINOÁCIDOS y los PRODUCTOS ALIMENTICIOS MODIFICADOS CON BAJO NIVEL DE PROTEÍNAS para el tratamiento de una enfermedad metabólica hereditaria para las personas cubiertas que estén o vayan a estar desnutridas o que padezcan trastornos que, si no se tratan, causarán discapacidad crónica, retraso mental o la muerte. Estos productos deben ser prescritos y administrados bajo la dirección de un médico. La enfermedad metabólica heredada incluye una enfermedad para la que es necesaria la prueba de detección neonatal y la fibrosis quística.
- **FÓRMULAS INFANTILES ESPECIALIZADAS médicamente necesarias.** Para niños de hasta 12 años. Se ofrece cobertura para fórmulas que estén exentas de los requisitos generales de la etiqueta nutricional (según las guías estatutarias y regulatorias de la Administración de Alimentos y Medicamentos Federal) y que se usen exclusivamente bajo supervisión médica para el manejo nutricional de enfermedades específicas. Dichas fórmulas estarán cubiertas cuando sean médicamente necesarias para el tratamiento de una enfermedad o condición y se administren bajo la dirección de un médico. Se requiere una receta del médico de atención primaria o del pediatra del paciente.
- **Pelucas.** Si es indicada por un oncólogo certificado para un paciente que sufre la caída de cabello como resultado de la quimioterapia para el tratamiento de la leucemia y la quimioterapia ambulatoria después de procedimientos quirúrgicos en relación con el tratamiento de tumores. La cobertura está sujeta a un límite de una peluca por persona cubierta por Año calendario.

Cobertura internacional

Planes Quality First, Primary Care, Standard y Expanded Access

Si tiene planes de viajar fuera de los Estados Unidos, llame a Servicios para Miembros, para conocer sus beneficios de Blue Cross Blue Shield Global Core®. Los beneficios para los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos pueden ser diferentes de los servicios recibidos dentro del país. Fuera de los Estados Unidos, el Plan solamente cubre atención de emergencia, incluido el servicio de ambulancia, y cuidado de urgencia. Recuerde llevar consigo una tarjeta de identificación de salud actualizada.

Si viaja al exterior y necesita cuidado médico, puede llamar al Centro de Servicios de Blue Cross Blue Shield Global Core® en cualquier momento. Está disponible las 24 horas al día, los siete días de la semana. El número gratuito es 800-810-2583. También puede llamar con cobro revertido al 804-673-1177.

Planes preferidos del estado y fuera del área

Si tiene planes de viajar fuera de los Estados Unidos, llame a Servicios para Miembros, para conocer sus beneficios de Blue Cross Blue Shield Global Core®. Los beneficios para los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos pueden ser diferentes de los servicios recibidos dentro del país.

Si necesita cuidado hospitalario para pacientes internados, usted u otra persona en su nombre deben contactarnos para obtener una certificación previa. Si necesita cuidado médico de emergencia, diríjase al hospital más cercano. No es necesario llamarnos antes de recibir el cuidado.

Consulte la sección *Obtención de Certificación previa y tipos de revisión* para saber cómo obtener la certificación previa cuando necesite que se lo admita en el hospital para recibir atención de emergencia o no de emergencia.

Si viaja al exterior y necesita cuidado médico, puede llamar al Centro de Servicios de Blue Cross Blue Shield Global Core® en cualquier momento. Está disponible las 24 horas al día, los siete días de la semana. El número gratuito es 800-810-2583. También puede llamar con cobro revertido al 804-673-1177.

Cómo se pagan las reclamaciones con Blue Cross Blue Shield Global Core®

En la mayoría de los casos, cuando programa el cuidado hospitalario para pacientes internados con Blue Cross Blue Shield Global Core®, las reclamaciones se presentarán por usted. Los únicos montos que puede tener que pagar por adelantado son los de copago, coseguro o deducible que correspondan.

En general, deberá pagar los siguientes servicios por adelantado:

- Servicios del médico;
- Cuidado hospitalario para pacientes internados no coordinados a través de Blue Cross Blue Shield Global Core®; y
- Servicios para pacientes ambulatorios.

Deberá presentar un formulario de reclamación por cualquier pago que se realice por adelantado.

Si necesita obtener formularios de reclamación de Blue Cross Blue Shield Global Core®, puede acceder a los formularios internacionales de reclamación de las siguientes maneras:

- Llamando al Centro de Servicios de Blue Cross Blue Shield Global Core® a los números proporcionados arriba; o
- En línea en www.bcbsglobalcore.com.

Encontrará la dirección para enviar la reclamación en el formulario.

Lista de beneficios médicos

Planes de acceso a la atención primaria y de acceso estándar

	SOLO dentro de la red
Deducible inicial <i>Exención para los miembros que cumplen con el HEP y los jubilados anteriores al 2 de octubre de 2011</i>	\$350 por persona, \$1,400 máximo por familia
Límite MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO	\$2,000 individual, \$4,000 familiar
Monto máximo de por vida	Ninguno
Persona responsable de obtener la Certificación previa	Médico de atención primaria o proveedor participante
Servicios médicos	
Cuidado preventivo	El plan paga el 100%
Médico de atención primaria Incluye procedimientos realizados en el consultorio	Proveedor preferido: El plan paga el 100% Proveedor no preferido: copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999
Médico especialista Incluye procedimientos realizados en el consultorio; especialidades elegibles del proveedor preferido: alergia, cardiología, otorrinolaringología, endocrinología, gastroenterología, obstetricia y ginecología, oftalmología, cirugía ortopédica, reumatología y urología	Proveedor preferido: El plan paga el 100% Proveedor no preferido: copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999
Examen de visión y refracción Uno por Año calendario	Proveedor preferido: El plan paga el 100% Proveedor no preferido: copago de \$15 <i>Exención del copago para los miembros del HEP cada año alterno</i>
Examen de diagnóstico de audición de rutina Uno por Año calendario cuando se realiza como parte de un examen	Copago de \$15
Cirugía ambulatoria Realizada en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria certificado, incluye colonoscopia; puede requerirse Certificación previa	El plan paga el 100%*
Servicios no quirúrgicos de un médico o cirujano Aparte de la visita al consultorio médico, puede incluir el cuidado posterior/el cuidado del médico tratante	El plan paga el 100%*
Maternidad Solo primera visita	Proveedor preferido: El plan paga el 100% Proveedor no preferido: copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999
Servicios para la infertilidad	Copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999

	SOLO dentro de la red
Servicios para el trastorno de identidad de género	Copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999
Cirugía bariátrica	El plan paga el 100%*
Terapia génica Zolgensma, Luxturna, terapia CAR-T	Se requiere Certificación previa. No hay cobertura si el servicio es de un médico o centro no autorizado
Visita al consultorio/pruebas para alergias	Proveedor preferido: El plan paga el 100% Proveedor no preferido: copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999
Inyección para la alergia	El plan paga el 100%*
Remoción quirúrgica del implante mamario	El plan paga el 100%*
Servicios de emergencia/cuidado de urgencia	
Tratamiento en sala de emergencia Se cancela si el paciente es admitido	Copago de \$250; copago de \$35 para los jubilados con fecha de jubilación entre el 2 de octubre de 2011 y el 1.º de octubre de 2017; el Plan paga el 100% para los jubilados con fecha de jubilación anterior al 1.º de octubre de 2011
Clínica de atención sin cita previa/cuidado de urgencia	Copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999
Ambulancia de emergencia	El plan paga el 100%*
Servicio hospitalario	
Admisiones como paciente hospitalizado Se requiere Certificación previa, incluido el parto	El plan paga el 100%*
Servicios auxiliares Se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%*
Centro de enfermería especializada Se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%*
Cuidado para enfermos terminales hospitalizados Se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%*
Otros servicios médicos	
Pruebas radiológicas y de diagnóstico de alto costo exploraciones mediante MRI, MRA, CAT, CTA, PET y SPECT; Se requiere Certificación previa	Dentro del área de servicio inmediata de la compañía de seguros <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor preferido: El plan paga el 100%* • Proveedor no preferido: Coseguro del 20% Fuera del área de servicio inmediata de la compañía de seguros El plan paga el 100%*
Servicios de diagnóstico, laboratorio y radiografía Excluye las mamografías y las ecografías mamarias	Dentro del área de servicio inmediata de la compañía de seguros <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor preferido: El plan paga el 100%* • Proveedor no preferido: Coseguro del 20% Fuera del área de servicio inmediata de la compañía de seguros El plan paga el 100%

	SOLO dentro de la red
Consejería nutricional Límite: tres visitas por persona cubierta por Año calendario	El plan paga el 100%*
Servicios de enfermería privada Se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%*
Cuidado médico a domicilio Límite: 200 visitas por Año calendario	El plan paga el 100%*
Cuidado de hospicio en el hogar	El plan paga el 100%*
Acupuntura Límite de 20 visitas por Año calendario	Copago de \$15
Terapia de infusión	El plan paga el 100%*
Otros servicios de terapia Radiación, quimioterapia, electroconvulsiva, diálisis renal en hospital o centro de diálisis independiente	El plan paga el 100%*
Servicios de rehabilitación ambulatorios	
Terapia física u ocupacional Se requiere Certificación previa; no hay Certificación previa para los jubilados anteriores al 2 de octubre de 2011	El plan paga el 100%*
Terapia quiropráctica	El plan paga el 100%*
Terapia del habla Cobertura para el tratamiento derivado de autismo, accidente cerebrovascular, remoción de un tumor, lesión o anomalías congénitas de la orofaringe	El plan paga el 100%*
Terapia del habla para otras condiciones Límite: 30 visitas por Año calendario	El plan paga el 100%*
Servicios para personas con autismo TERAPIA CONDUCTUAL/rehabilitación para pacientes ambulatorios	El plan paga el 100%*
Terapia de rehabilitación cardíaca	El plan paga el 100%*
Dispositivos/suministros médicos	
Equipo médico duradero y dispositivos prostéticos Se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%
Oxígeno a domicilio, equipos para diabéticos, suministros relacionados con la ostomía	El plan paga el 100%
Audífonos Límite: un juego de audífonos en un periodo de 36 meses	El plan paga el 100%
Fórmula especializada	El plan paga el 100%
Implante de pene Para quienes sufren de disfunción eréctil como resultado de una enfermedad o lesión traumática, o quienes han sido sometidos a una prostatectomía radical	El plan paga el 100%
Aparatos ortopédicos para el pie	El plan paga el 100%
Peluca Para los pacientes que sufren caída del cabello debido a la quimioterapia Límite: uno por Año calendario	El plan paga el 100%

	SOLO dentro de la red
Servicios de salud mental y por abuso de sustancias	
Tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios	Copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999
Tratamiento en un hospital o centro de tratamiento residencial de salud mental para pacientes hospitalizados Se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%*
Tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999
Tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados En un hospital o en un centro de tratamiento por abuso de sustancias; se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%*

* El Plan paga el 100% de las personas cubiertas por el HEP. Las personas cubiertas que no forman parte del HEP deben agotar el deducible para obtener servicios sin copago.

Plan Expanded Access (incluye los Planes POS Preferido y Fuera del Área)

	Dentro de la red	Fuera de la red
DEDUCIBLE INICIAL <i>Exención para los miembros que cumplen con el HEP y los jubilados anteriores al 2 de octubre de 2011</i>	\$350 por persona, \$1,400 máximo por familia	No corresponde
DEDUCIBLE FUERA DE LA RED	No corresponde	Individual: \$300 Dos personas: \$600 Familiar: \$900
Costos compartidos fuera de la red	No corresponde	20% de los cargos permitidos más el 100% de los cargos facturados que superen los cargos permitidos (salvo que se indique lo contrario)
Límite máximo de gastos de bolsillo	\$2,000 individual, \$4,000 familiar	\$2,000 individual, \$4,000 familiar más deducible fuera de la red
Monto máximo de por vida	Ninguno	Ninguno
Persona responsable de obtener la Certificación previa	Proveedor o médico participante	Persona cubierta
Multa por no obtener la Certificación previa	No corresponde	20% de los cargos permitidos o \$500, lo que sea menor

	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios médicos		
Cuidado preventivo	El plan paga el 100%	Coseguro del 20% después del deducible
Médico de atención primaria Incluye procedimientos realizados en el consultorio	Proveedor preferido: El plan paga el 100% Proveedor no preferido: copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999	Coseguro del 20% después del deducible
Médico especialista Incluye procedimientos realizados en el consultorio; especialidades elegibles del proveedor preferido: alergia, cardiología, otorrinolaringología, endocrinología, gastroenterología, obstetricia y ginecología, oftalmología, cirugía ortopédica, reumatología y urología	Proveedor preferido: El plan paga el 100% Proveedor no preferido: copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999	Coseguro del 20% después del deducible
Examen de visión y refracción uno por Año calendario	Proveedor preferido: El plan paga el 100% Proveedor no preferido: \$15 de copago* <i>Exención del copago para los miembros del HEP cada año alterno</i>	Coseguro del 50% después del deducible
Examen de diagnóstico de audición de rutina Uno por Año calendario cuando se realiza como parte de un examen	Copago de \$15	Coseguro del 20% después del deducible
Cirugía ambulatoria Realizada en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria certificado, incluye colonoscopia; puede requerirse Certificación previa	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible
Servicios no quirúrgicos de un médico o cirujano Aparte de la visita al consultorio médico, puede incluir el cuidado posterior/el cuidado del médico tratante	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible
Maternidad Solo primera visita	Proveedor preferido: El plan paga el 100% Proveedor no preferido: copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999	Coseguro del 20% después del deducible
Servicios para la infertilidad	Copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999	Coseguro del 20% después del deducible
Servicios para el trastorno de identidad de género	Copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999	Coseguro del 20% después del deducible
Cirugía bariátrica	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible

	Dentro de la red	Fuera de la red
Terapia génica Zolgensma, Luxturna, terapia CAR-T	El plan paga el 100% No hay cobertura si el servicio se realiza sin Certificación previa o por parte de un médico o centro no autorizado	No hay cobertura si el servicio se realiza sin Certificación previa o por parte de un médico o centro no autorizado
Visita al consultorio/pruebas para alergias	Proveedor preferido: El plan paga el 100% Proveedor no preferido: copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999	Coseguro del 20% después del deducible
Inyección para la alergia	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible
Remoción quirúrgica del implante mamario	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible
Servicios de emergencia/cuidado de urgencia		
Tratamiento en sala de emergencia Se cancela si el paciente es admitido	Copago de \$250; copago de \$35 para los jubilados con fecha de jubilación entre el 2 de octubre de 2011 y el 1.º de octubre de 2017; el Plan paga el 100% para los jubilados con fecha de jubilación anterior al 1.º de octubre de 2011	
Clínica de atención sin cita previa/cuidado de urgencia	Copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999	Coseguro del 20% después del deducible
Ambulancia de emergencia	El plan paga el 100%*	
Servicios hospitalarios		
Admisiones como paciente hospitalizado Incluye el parto; se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible
Servicios auxiliares Se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible
Hospital de especialidades Se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible Límite: 60 días por persona cubierta por Año calendario
Centro de enfermería especializada Se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible Límite: 60 días por persona cubierta por Año calendario
Cuidado para enfermos terminales hospitalizados Se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible Límite: 60 días por persona cubierta por Año calendario

	Dentro de la red	Fuera de la red
Otros servicios médicos		
Pruebas radiológicas y de diagnóstico de alto costo exploraciones mediante MRI, MRA, CAT, CTA, PET y SPECT; Se requiere Certificación previa	Dentro del área de servicio inmediata de la compañía de seguros <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor preferido: El plan paga el 100%* • Proveedor no preferido: Coseguro del 20% Fuera del área de servicio inmediata de la compañía de seguros El plan paga el 100%*	Dentro del área de servicio inmediata de la compañía de seguros Coseguro del 40% después del deducible Fuera del área de servicio inmediata de la compañía de seguros Coseguro del 20% después del deducible
Servicios de diagnóstico, laboratorio y radiografía Excluye las mamografías y las ecografías mamarias	Dentro del área de servicio inmediata de la compañía de seguros <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor preferido: El plan paga el 100%* • Proveedor no preferido: Coseguro del 20% Fuera del área de servicio inmediata de la compañía de seguros El plan paga el 100%	Dentro del área de servicio inmediata de la compañía de seguros Coseguro del 40% después del deducible Fuera del área de servicio inmediata de la compañía de seguros Coseguro del 20% después del deducible
Consejería nutricional Límite: tres visitas por persona cubierta por Año calendario	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible
Servicios de enfermería privada Se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible
Cuidado médico a domicilio Límite: 200 visitas por Año calendario	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible
Cuidado de hospicio en el hogar	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible Límite: 200 visitas por Año calendario
Acupuntura Límite de 20 visitas por Año calendario	Copago de \$15	Coseguro del 20% después del deducible
Terapia de infusión	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible
Otros servicios de terapia Radiación, quimioterapia, electroconvulsiva, diálisis renal en hospital o centro de diálisis independiente	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible

	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de rehabilitación ambulatorios		
Terapia física u ocupacional Se requiere Certificación previa; no hay Certificación previa para los jubilados anteriores al 2 de octubre de 2011	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible Límite: 30 visitas por Año calendario
Terapia quiropráctica	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible Límite: 30 visitas por Año calendario
Terapia del habla Cobertura para el tratamiento derivado de autismo, accidente cerebrovascular, remoción de un tumor, lesión o anomalías congénitas de la orofaringe	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible Límite: 30 visitas por condición por Año calendario
Terapia del habla para otras condiciones Límite: 30 visitas por Año calendario	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible
Servicios para personas con autismo Terapia conductual, ambulatoria, de rehabilitación, física, ocupacional y del habla	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible
Terapia de rehabilitación cardíaca	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible
Dispositivos/suministros médicos		
Equipo médico duradero y dispositivos prostéticos Se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%	Coseguro del 20% después del deducible
Oxígeno a domicilio, equipos para diabéticos, suministros relacionados con la ostomía	El plan paga el 100%	Coseguro del 20% después del deducible
Audífonos Límite: un juego de audífonos en un periodo de 36 meses; se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%	Coseguro del 20% después del deducible
Fórmula especializada	El plan paga el 100%	Coseguro del 20% después del deducible
Implante de pene Para quienes sufren de disfunción eréctil como resultado de una enfermedad o lesión traumática, o quienes han sido sometidos a una prostatectomía radical	El plan paga el 100%	Coseguro del 20% después del deducible
Aparatos ortopédicos para el pie Se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%	Coseguro del 20% después del deducible
Peluca Para los pacientes que sufren caída del cabello debido a la quimioterapia Límite: uno por Año calendario	El plan paga el 100%	

	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de salud mental y por abuso de sustancias		
Tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios	Copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999	Coseguro del 20% después del deducible
Tratamiento en un hospital o centro de tratamiento residencial de salud mental para pacientes hospitalizados Se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible
Tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Copago de \$15; copago de \$5 para los jubilados anteriores a 1999	Coseguro del 20% después del deducible
Tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados En un hospital o en un centro de tratamiento por abuso de sustancias; se requiere Certificación previa	El plan paga el 100%*	Coseguro del 20% después del deducible

* El Plan paga el 100% de las personas cubiertas por el HEP. Las personas cubiertas que no forman parte del HEP deben agotar el deducible para obtener servicios sin copago.

Plan Quality First Select Access

	Proveedor de Nivel I dentro de la red	Proveedor de Nivel II dentro de la red	Fuera de la red
CLÁUSULAS DE COSTO COMPARTIDO	El miembro paga:	El miembro paga:	El miembro paga:
Visita al consultorio (OV)	Copago de \$0	PCP: copago de \$50	Deducible y coseguro del 20%
Visita a un especialista (SV)	Copago de \$0	Copago de \$100	Deducible y coseguro del 20%
Hospital (HSP) Se requiere Certificación previa	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Cuidado de urgencia (UR)	Copago de \$35	Copago de \$35	Deducible y coseguro del 20%
Clínica de atención sin cita previa	Copago de \$15	Copago de \$15	Deducible y coseguro del 20%
Sala de emergencia (ER) Sin copago si el paciente es admitido	Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$250
Cirugía ambulatoria (OS) Se puede requerir Certificación previa. Realizada en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria certificado	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%

	Proveedor de Nivel I dentro de la red	Proveedor de Nivel II dentro de la red	Fuera de la red
Gasto máximo de bolsillo	\$3,000 individual, \$6,000 familiar	\$3,000 individual, \$6,000 familiar	\$6,000 individual, \$12,000 familiar
Coseguro El laboratorio, las radiografías y el HCD aplican diferentes niveles de coseguro dentro de la red (INN) y fuera de la red (OON)	Proveedor del centro de servicios: copago de \$0 Proveedor sin centro de servicios: coseguro del 20%	Proveedor del centro de servicios: copago de \$0 Proveedor sin centro de servicios: coseguro del 20%	Deducible y coseguro del 40%
Monto máximo de por vida	Sin límite		
CUIDADO PREVENTIVO			
Se incluyen los servicios de cuidado preventivo que cumplen con los requisitos de las leyes estatales y federales, incluidas algunas pruebas de detección, vacunas y visitas al médico. No se requiere referencia.			
Control médico pediátrico	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Exámenes físicos para adultos	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Visitas de rutina al ginecólogo obstetra	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Mamografía	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Inmunizaciones y vacunaciones Incluidas las necesarias para viajar	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Cuidado médico			
Visitas al consultorio PCP y especialista	Copago de \$0	PCP: copago de \$50 Especialista: copago de \$100	Deducible y coseguro del 20%
Servicios de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Se requiere Certificación previa	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Atención del ginecólogo obstetra	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Atención de maternidad	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%

	Proveedor de Nivel I dentro de la red	Proveedor de Nivel II dentro de la red	Fuera de la red
Cargos quirúrgicos de un médico o cirujano Aparte de la visita al consultorio, puede incluir el cuidado posterior o el cuidado del médico tratante	Copago de \$0	PCP: copago de \$50; Especialista: copago de \$100	Deducible y coseguro del 20%
Terapia génica Zolgensma, Luxturna, terapia CAR-T	copago de \$0, sujeto a certificación previa No hay cobertura si el servicio es de un médico o centro no autorizado	copago de \$0, sujeto a certificación previa No hay cobertura si el servicio se realiza sin certificación previa o por parte de un médico o centro no autorizado	Deducible y coseguro del 20% No hay cobertura si el servicio se realiza sin certificación previa o por parte de un médico o centro no autorizado
Laboratorio de diagnóstico	Proveedor del centro de servicios: copago de \$0	Proveedor del centro de servicios: copago de \$0	Deducible y coseguro del 40%
	Proveedor sin centro de servicios: coseguro del 20%	Proveedor sin centro de servicios: coseguro del 20%	
Radiografía de diagnóstico	Proveedor del centro de servicios: copago de \$0	Proveedor del centro de servicios: copago de \$0	Deducible y coseguro del 40%
	Proveedor sin centro de servicios: coseguro del 20%	Proveedor sin centro de servicios: coseguro del 20%	
Diagnóstico ambulatorio de alto costo Se requiere Certificación previa Los siguientes beneficios están sujetos a copagos: exploraciones mediante MRI, MRA, CAT, CTA, PET, SPECT	Proveedor del centro de servicios: copago de \$0	Proveedor del centro de servicios: copago de \$0	Deducible y coseguro del 40%
	Proveedor sin centro de servicios: coseguro del 20%	Proveedor sin centro de servicios: coseguro del 20%	
Inyecciones para la alergia	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro
Atención de emergencia			
Cuidado de urgencia Solo en los centros participantes	Copago de \$35	Copago de \$35	Deducible y coseguro del 20%
Atención de emergencia No se requiere referencia	Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$250
Ambulancia	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

	Proveedor de Nivel I dentro de la red	Proveedor de Nivel II dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado hospitalario			
Se requiere Certificación previa			
Habitación semiprivada (servicios generales/ médicos/quirúrgicos/ de maternidad)	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Servicios de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Centro de enfermería especializada Ilimitados dentro la red; límite de 60 días fuera de la red	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Cirugía ambulatoria En un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria certificado	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Otro cuidado médico			
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Incluye servicios de terapia física, ocupacional, del habla, quiropráctica, de rehabilitación cardíaca y otras terapias	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Equipo médico duradero/dispositivos prostéticos/aparatos ortopédicos para el pie Se requiere Certificación previa	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Suministros y equipos para personas con diabetes	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Servicios para la infertilidad	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
Cuidado médico en el hogar 200 visitas por año	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible y coseguro del 20%
LiveHealth Online	Copago de \$5	No disponible	No disponible

Programas y normas de cobertura médica

Salvo lo requerido por la legislación vigente, los beneficios y los derechos concedidos en virtud de este Plan de Beneficios Médicos no podrán cederse ni gravarse, directa o indirectamente, en ningún momento, por contrato, o por efecto de la ley o de otra forma, sin el consentimiento expreso y por escrito del administrador del Plan.

Programa de mejora de la salud

El Programa de Mejora de la Salud (“HEP”) es un programa de incentivos que recompensa a las personas cubiertas que se comprometen a adoptar un papel activo en el manejo de su salud. Las personas cubiertas que se inscriban en el programa HEP calificarán para primas más bajas, copagos reducidos para determinados servicios y medicamentos, y ningún deducible inicial para los servicios dentro de la red. Todos los miembros de la familia inscritos en el programa HEP deben recibir cuidado preventivo y pruebas de detección adecuadas a su edad; aquellas personas que padecen una o más condiciones crónicas (diabetes, asma y EPOC, insuficiencia cardíaca o enfermedad cardíaca, hiperlipidemia e hipertensión) pueden tener que participar en los servicios de consejería o del programa de manejo de condiciones.

Los detalles sobre el HEP figuran en un documento aparte. WellSpark, un afiliado de ConnectiCare Insurance Company, ha sido contratado para ayudar a supervisar el cumplimiento de los requisitos del HEP por parte de las personas cubiertas y para prestar servicios de administración de enfermedades y cuidados médicos a las personas cubiertas con condiciones crónicas.

WellSpark
175 Scott Swamp Road
Farmington, CT 06034
877-687-1448
www.cthep.com

Programa del Centro de Servicios: Miembros activos y jubilados posteriores al 2 de octubre de 2017 ÚNICAMENTE

Este programa se aplica únicamente a los miembros activos, a los jubilados posteriores al 2 de octubre de 2017 y a sus dependientes para los servicios obtenidos dentro del área de servicio inmediata de Anthem.

Los servicios de laboratorio, de radiografías de diagnóstico y de obtención de imágenes de alto costo para pacientes ambulatorios están sujetos a un Programa del Centro de Servicios que repercute en el monto que una persona cubierta debe pagar por utilizar centros no preferidos.

El Plan de Beneficios Médicos proporciona una cobertura del 100% para los servicios de laboratorio de diagnóstico y de obtención de imágenes de alto costo prestados en centros preferidos, según la designación de la compañía de seguros del miembro. Quedan excluidas de este programa las ecografías mamarias y las mamografías de todo tipo.

En el sitio web de Anthem se publica una lista de centros preferidos. El Programa del Centro de Servicios se aplica a los servicios prestados dentro del área de servicio inmediata de Anthem, que incluye Connecticut y los condados de New York, Massachusetts y Rhode Island que son inmediatamente adyacentes al estado de Connecticut.

Por lo general, los centros no preferidos son los que se encuentran dentro de hospitales o servicios afiliados a hospitales que pueden imponer cargos adicionales al costo de la atención. Las personas cubiertas que obtienen servicios de laboratorio, radiografías y obtención de imágenes de alto costo en centros no preferidos dentro de la red tienen un coseguro del 20%, según el monto permitido por Anthem. Las personas cubiertas que obtienen servicios de laboratorio, radiografías y obtención de imágenes de alto costo en centros fuera de la red están sujetas a un deducible y un coseguro del 40%. (Las personas cubiertas inscritas en los planes POE o POE-G no tienen beneficios fuera de la red).

Los siguientes se consideran servicios de obtención de imágenes de alto costo: exploraciones mediante MRI, MRA, CAT, CTA, PET y SPECT. Además de estar sujetos a los requisitos del Centro de Servicios, algunos servicios de diagnóstico por imágenes de alto costo están sujetos a Certificación previa. Si una persona cubierta obtiene servicios de obtención de imágenes de alto costo en un centro fuera de la red sin obtener la Certificación previa, esa persona cubierta también puede recibir una multa del 20% o de \$500, lo que sea menor.

Existe un proceso de exención que permite a una persona cubierta sujeta a los requisitos del Centro de Servicios, recibir servicios en un centro no preferido dentro la red sin que se le aplique un coseguro adicional cuando exista una razón médicamente necesaria para ello. Puede encontrar una copia del formulario de exención en el sitio web del contralor: www.osc.ct.gov/agencies/forms/pdf/CO-1331-SiteofServiceWaiver.pdf.

Nota: El Programa del Centro de Servicios no se aplica a los miembros cubiertos (o a sus dependientes) que se jubilaron antes del 2 de octubre de 2017 inclusive. Tampoco se aplica a quienes obtienen servicios ambulatorios de laboratorio, radiografías y diagnóstico por imágenes de alto costo fuera del área de servicio inmediata de Anthem.

Proveedores distinguidos

El estado de Connecticut ha contratado a los médicos, hospitales y grupos médicos de mayor calidad del estado para algunos de los procedimientos más comunes y los ha designado Proveedores distinguidos. Se ofrecerán incentivos para recompensar a las personas cubiertas cuando seleccionen proveedores o entornos de alto valor y menor costo para los servicios designados. El programa Proveedores distinguidos ofrece incentivos en efectivo a quienes seleccionen un proveedor preferido para uno de los servicios elegibles. (La lista de servicios por los que se ofrecerán recompensas puede modificarse de vez en cuando).

Además, el estado ha introducido un programa de Centros de Excelencia para determinadas condiciones y procedimientos. Al igual que en el programa de Proveedores distinguidos, los miembros que utilicen un Centro o Proveedor de Excelencia para un servicio o procedimiento cubierto calificarán para un incentivo en efectivo.

Para calificar para un incentivo, la persona cubierta debe cumplir todos los requisitos del programa. Estos incluyen lo siguiente:

- Obtención de cualquier Certificación previa necesaria para el servicio;
- Selección de un proveedor de alto valor y menor costo según lo identificado por Health Navigator; y
- Obtención del servicio cubierto de ese proveedor.

El pago del incentivo se realizará cuando Health Navigator obtenga la confirmación (a través de los datos de las reclamaciones) de que la persona cubierta ha recibido el servicio. Comuníquese con Health Navigator al 866-611-8005 para obtener todos los detalles.

Cuidado médico que requiere una Certificación previa

La Certificación previa, también conocida como precertificación, de ciertos servicios es necesaria para que la compañía de seguros pueda revisar el servicio para verificar que sea médicamente necesario y que el tratamiento proporcionado sea del nivel de cuidado adecuado.

La Certificación previa puede obtenerse comunicándose con la compañía de seguros al número de teléfono que figura en el dorso de la tarjeta de identificación de la persona cubierta. Si el cuidado se recibe dentro de la red, es responsabilidad del proveedor obtener la Certificación previa. Si el cuidado se recibe fuera de la red, es responsabilidad de la persona cubierta obtener la Certificación previa de la compañía de seguros antes de recibir los servicios. La persona cubierta y el proveedor recibirán una notificación por escrito sobre la aprobación o denegación de una solicitud de Certificación previa.

La emisión de la Certificación previa indica que la compañía de seguros ha determinado que los servicios son médicamente necesarios y pagará dichos servicios aprobados, si están cubiertos por el Plan de Beneficios Médicos, se cumplen los requisitos de coseguro/copago/deducible y el paciente está cubierto en la fecha en que se recibe el cuidado. La Certificación previa indicará un periodo dentro del cual debe prestarse el servicio. Cualquier servicio que no se preste dentro del periodo especificado tendrá que ser autorizado de nuevo.

Los tratamientos o servicios que no son médicamente necesarios para los que no se haya obtenido la Certificación previa requerida estarán sujetos a revisión y no serán elegibles para su cobertura si se determina que no han sido médicamente necesarios. También pueden aplicarse multas por obtener servicios para los que se requiere Certificación previa de un proveedor fuera de la red.

Servicios médicos que requieren Certificación previa	
Ambulancia aérea (no de emergencia)	Dispositivos prostéticos internos y externos
Cirugía bariátrica	Cirugía oral
Quimioterapia (paciente hospitalizado)	Trasplante de órganos
Terapia génica	Terapia ocupacional ambulatoria
Diagnóstico por imágenes de alto costo (exploraciones mediante MRI, MRA, CAT, CTA, PET, SPECT)	Terapia física ambulatoria
Cirugía de reasignación sexual	Cirugía ambulatoria
Audífonos (osteointegrados)	HOSPITALIZACIÓN PARCIAL (menos de 12 horas) por salud mental/abuso de sustancias
Atención no de emergencia como paciente hospitalizado	Servicios de enfermería privada
Hospicio para pacientes hospitalizados	Admisión en centro de enfermería especializada
Salud mental ambulatoria intensiva (IOP)/salud mental como paciente hospitalizado	Tratamiento residencial por abuso de sustancias
Tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	

Obtención de Certificación previa y tipos de revisión

- **Revisión previa al servicio:** revisión de un servicio, un tratamiento o una admisión para emitir una determinación sobre la cobertura de los beneficios, que se realiza antes de que comience el servicio o el tratamiento, o antes de la fecha de admisión.
- **Certificación previa:** una revisión previa al servicio requerida para la determinación sobre la cobertura de beneficios para un servicio o tratamiento. Ciertos servicios requieren una Certificación previa para que usted pueda recibir los beneficios. La revisión de la cobertura del beneficio incluirá una revisión para decidir si el servicio cumple con la definición de necesidad médica o si es experimental/de investigación, según se definen esos términos en este folleto.

En el caso de una admisión después de recibir atención de emergencia, usted, su representante autorizado o su médico deben notificarnos en el transcurso de 48 horas a partir de la admisión o tan pronto como sea posible dentro de un periodo razonable. Para las admisiones por parto, la Certificación previa no es necesaria, salvo que exista un problema y/o la madre y el bebé no sean enviados al hogar al mismo tiempo. No se requiere Certificación previa para las primeras 48 horas posteriores a un parto vaginal o las primeras 96 horas en el caso de una cesárea. Las admisiones de más de 48/96 horas requieren certificación previa.

- **Revisión concurrente/de estadía continua:** una revisión de utilización de un servicio, un tratamiento o una admisión para la determinación sobre la cobertura de un beneficio, que debe hacerse durante una estadía en curso en un centro o durante un tratamiento.

Tanto la revisión previa al servicio como la revisión concurrente/de estadía continua se consideran urgentes cuando, según el Proveedor tratante o cualquier otro médico con conocimiento de su condición médica, ante la falta de cuidado o tratamiento, pueden correr riesgo su vida, su salud o la habilidad de recuperar las funciones por completo, o puede sufrir un dolor intenso que no puede controlarse adecuadamente sin ese cuidado o tratamiento. Las revisiones urgentes se llevan a cabo en un plazo menor que las revisiones estándar.

- **Revisión posterior al servicio:** una revisión de un servicio, un tratamiento o una admisión para la cobertura de beneficios, que se lleva a cabo después de que se ha proporcionado el servicio. Las revisiones posteriores al servicio se llevan a cabo si no fue necesario solicitar una Certificación previa para un servicio, un tratamiento o una admisión, o si no se obtuvo la Certificación previa requerida. Las revisiones posteriores al servicio se realizan en el caso de servicios, tratamientos o admisiones para los cuales rige una guía de cobertura clínica relacionada y, por lo general, son iniciadas por nosotros.

Los proveedores participantes en la red de Anthem saben qué servicios requieren Certificación previa y la obtendrán cuando sea necesario. Los proveedores participantes disponen de información detallada sobre los procedimientos de las guías de atención administrada de Anthem y son responsables de garantizar el cumplimiento de estos requisitos.

Las personas cubiertas por un plan POS que recurren a un proveedor fuera de la red deben comunicar al proveedor que se ponga en contacto con la compañía de seguros para obtener información sobre la Certificación previa. Se impondrá una multa del 20% del costo del servicio o de \$500, lo que sea menor, por no obtener la Certificación previa de un servicio fuera de la red cuando sea requerida.

Nota: La persona cubierta será financieramente responsable del costo de obtener servicios y/o cuidado en entornos que no están cubiertos por el Plan de Beneficios Médicos si la compañía de seguros toma una determinación adversa de que esos servicios no son médicamente necesarios o son EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN.

Admisiones por emergencia médica

Este Plan de Beneficios Médicos proporciona beneficios para las admisiones por emergencia médica. Es responsabilidad del proveedor dentro de la red notificar a la compañía de seguros en el plazo de 48 horas de la admisión como paciente hospitalizado debido a una emergencia médica. Si la persona cubierta recibe servicios de un proveedor fuera de la red, debe notificar a la compañía de seguros en el plazo de 48 horas de la admisión como paciente hospitalizado debido a una emergencia médica.

Tras recibir la notificación pertinente de la admisión por emergencia médica, la compañía de seguros debe AUTORIZAR y manejar el cuidado ambulatorio o como paciente hospitalizado continuo en relación con la emergencia médica a fin de que ese cuidado esté cubierto en virtud de este Plan de Beneficios Médicos.

Si la persona cubierta tiene una admisión como paciente hospitalizado debido a una emergencia médica y no se notifica a la compañía de seguros en un plazo de dos días hábiles, solo se proporcionarán los beneficios de los servicios cubiertos si se confirma que la condición de la persona cubierta en el momento del diagnóstico, cuidado o tratamiento era una emergencia médica.

Tras el cese de la emergencia médica, cualquier diagnóstico, cuidado o tratamiento de seguimiento que se realice debe ser proporcionado por un proveedor dentro de la red para que los beneficios se consideren dentro de la red. El diagnóstico, cuidado o tratamiento de seguimiento proporcionados por un proveedor fuera de la red estarán sujetos a los costos compartidos especificados en la *Lista de beneficios médicos*.

Certificación previa para las admisiones como paciente hospitalizado

Se requiere Certificación previa para las admisiones en un hospital, las admisiones en un CENTRO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS o la admisión en un PROGRAMA de DÍA/NOCHE o de hospitalización parcial.

Cuando se programa una admisión dentro de la red de una persona cubierta en un hospital, centro de enfermería especializada o centro de cuidado para enfermos terminales hospitalizados, el proveedor dentro de la red es responsable de obtener la Certificación previa de la compañía de seguros; a menos que la admisión se deba a una emergencia médica.

Cuando se programa la admisión de una persona cubierta en un hospital, centro de enfermería especializada o centro de cuidado para enfermos terminales hospitalizados fuera de la red, es responsabilidad de la persona cubierta o de su representante obtener la Certificación previa de la compañía de seguros; a menos que la admisión se deba a una emergencia médica.

Revisión concurrente

La prestación de beneficios para los servicios como paciente hospitalizado estará sujeta a la revisión concurrente realizada por la compañía de seguros, que determinará si:

- Los días adicionales como paciente hospitalizado serán autorizados previamente;
- Habrá un cambio en los servicios, los suministros, el tratamiento o el entorno; o
- No se autorizarán días adicionales como paciente hospitalizado a partir de una fecha determinada.

No se proporcionarán beneficios para los servicios como paciente hospitalizado que sean facturados por un hospital y/o el médico que lo admita después de la fecha específica indicada en el aviso de autorización de Anthem.

Aviso de admisión tras una cirugía ambulatoria

Si una persona cubierta es admitida como paciente hospitalizado debido a una cirugía ambulatoria, la persona cubierta debe notificar a su compañía de seguros dentro de los dos días hábiles siguientes a la admisión, de acuerdo con este Documento del plan.

Exclusiones y limitaciones

Política médica

La política médica de Anthem establece los estándares de práctica y las intervenciones médicas que se han identificado como reflejo de la práctica médica adecuada. El objetivo de la política médica de Anthem es ayudar a determinar la necesidad médica. La tecnología médica cambia constantemente y la compañía de seguros tiene derecho a revisar y actualizar su política médica periódicamente.

Los beneficios, las exclusiones y las limitaciones del Documento del plan tienen prioridad sobre la política médica de Anthem.

Exclusiones y limitaciones

Salvo lo requerido por la legislación vigente, los beneficios y los derechos concedidos en virtud de este Plan de Beneficios Médicos no podrán cederse ni gravarse, directa o indirectamente, en ningún momento, por contrato, por efecto de la ley o de otra forma, sin el consentimiento expreso y por escrito del administrador.

Además de las otras limitaciones, condiciones y exclusiones establecidas en otras partes de este Documento del plan, no se proporcionará ningún beneficio para los gastos relacionados con los servicios, suministros, condiciones o situaciones que se describen en esta sección. Estos artículos y servicios no están cubiertos aunque se reciban de un proveedor o según la referencia de un proveedor.

Si un servicio no está cubierto, entonces todos los servicios prestados junto con ese servicio tampoco están cubiertos. La compañía de seguros es responsable de determinar si los servicios o suministros son médicamente necesarios, con sujeción al proceso de apelación.

Este Plan de Beneficios Médicos no cubre ningún beneficio de servicio o suministro que no esté específicamente indicado como servicio cubierto en este Documento del plan. La siguiente lista de exclusiones no es una lista completa de todos los servicios, suministros, condiciones o situaciones que no son servicios cubiertos:

- Los beneficios por servicios que:
 - No están descritos en el Documento del plan;
 - No son prestados o solicitados por un médico;
 - No están dentro del área de competencia de un médico, proveedor u hospital; y
 - No son cuidado médicamente necesario para el correcto diagnóstico o tratamiento de la persona cubierta.
- Los beneficios para los servicios prestados antes de la FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA de la persona cubierta en virtud de este Plan de Beneficios Médicos.
- Los beneficios por servicios prestados después de que el Plan de Beneficios Médicos de la persona cubierta haya sido rescindido, suspendido, cancelado, interrumpido o terminado. Toda persona que reciba servicios después de que su Plan de Beneficios Médicos sea rescindido, suspendido, cancelado, interrumpido o terminado por cualquier motivo será responsable del pago de tales servicios.

- Los beneficios que se reducen en virtud de las guías de atención administrada. Cualquier beneficio reducido o denegado pagado por la persona cubierta no cuenta para los MÁXIMOS DE COSTOS COMPARTIDOS aplicables que se indican en la *Lista de beneficios médicos*.
- Cualquier reducción de los beneficios, incluidas, entre otras, las multas impuestas por otro plan, no se pagará como servicio cubierto en virtud de este Plan de Beneficios Médicos.
- Cuidado para condiciones que, según la legislación estatal o local, deben ser tratadas en un centro público.
- Los servicios y el cuidado en un hospital de veteranos o en cualquier hospital federal; salvo según lo requerido por ley.
- Servicios cubiertos total o parcialmente por subvenciones públicas o privadas.
- Estudios relacionados con el embarazo; excepto por razones médicas importantes.
- Pruebas simplificadas o autoadministradas y prueba de detección multifásica.
- Reuniones médicas prenatales con un pediatra en relación con un niño no nacido, a menos que la visita sea el resultado de una referencia médica.
- Los cargos de alojamiento y comida de la persona cubierta cuando esta tenga licencia en un hospital, centro de tratamiento por abuso de sustancias u otro centro para pacientes hospitalizados.
- Vacunas (que no sean las vacunas para adultos o niños recomendadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. para la persona cubierta o las vacunas requeridas para viajes al extranjero).
- Servicios o suministros médicos que no figuran como servicios cubiertos. Estos incluyen, entre otros, terapia educacional, consejería marital, terapia sexual, programas de control de peso, programas nutricionales y programas de ejercicio.
- Los tratamientos, procedimientos, centros, equipos, medicamentos, dispositivos o suministros experimentales o de investigación y cualquier servicio asociado o como seguimiento de cualquiera de los anteriores no son servicios cubiertos.
- Cualquier tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo o suministro que requiera la aprobación de una agencia federal o de otra agencia gubernamental que no se haya concedido en el momento de la prestación de los servicios. Cualquier servicio asociado o como seguimiento de cualquiera de los anteriores no es un servicio cubierto.
- Cualquier servicio prestado por un médico o proveedor a sí mismo, o por servicios prestados a sus padres, cónyuge, hijos, nietos o cualquier otro familiar cercano o pariente, incluso si se trata de un médico o proveedor dentro de la red.
- Servicios que la persona cubierta o la compañía de seguros no están obligadas legalmente a pagar.
- Pelucas y otras prótesis craneales; excepto cuando se indique como servicio cubierto.
- Servicios como paciente hospitalizado que pueden prestarse apropiadamente como servicios ambulatorios.

- La cirugía cosmética, reconstructiva o plástica que se realiza para una condición que no cumple con los criterios específicos de un servicio cubierto, incluidas, entre otras, la cirugía cosmética, plástica o reconstructiva realizada, principalmente, para mejorar la apariencia de cualquier parte del cuerpo, incluidas, entre otras, la cirugía por piel flácida o piel excedente, cualquier procedimiento de aumento o reducción (p. ej.: mamoplastia), liposucción, rinoplastia y rinoplastia realizada junto con una cirugía nasal o de senos nasales cubierta.
 - Las complicaciones de estas cirugías cosméticas, reconstructivas o plásticas están cubiertas solo si son médicamente necesarias y están cubiertas de otra manera.
- Servicios ordenados por un tribunal o servicios que se han ordenado como condición de la libertad condicional o de la libertad bajo palabra. Sin embargo, estos servicios pueden estar cubiertos si la compañía de seguros está de acuerdo en que son médicamente necesarios, están cubiertos de otro modo, la persona cubierta no ha agotado ningún beneficio aplicable para el Año calendario y el tratamiento se proporciona de acuerdo con las políticas y procedimientos de Anthem.
- Excepto en los casos específicamente cubiertos en virtud de este Documento del plan, el Plan de Beneficios Médicos no cubre los servicios no médicos y la rehabilitación a largo plazo para el tratamiento del alcoholismo o la drogadicción, incluidos los servicios de rehabilitación en un centro residencial o para pacientes hospitalizados especializado.
- Programas nutricionales o de sustitución de comidas.
- Arreglos funerarios, consejería pastoral o en caso de duelo, consejería financiera o legal, servicios domésticos, cuidado de personas o cuidado de relevo.
- CUIDADO CUSTODIAL, cuidado de convalecencia, cuidado domiciliario, cuidado a largo plazo, CUIDADO DE MANTENIMIENTO, cuidado de día para adultos o curas de reposo. El Plan de Beneficios Médicos no cubre el alojamiento, las comidas, el cuidado de enfermería o el cuidado personal que se prestan para asistir a una persona cubierta que, en opinión de Anthem, haya alcanzado el máximo nivel de función física o mental posible y no experimentará más mejoras clínicas significativas.
- Transporte únicamente para la conveniencia de la persona cubierta, la familia o el médico o proveedor; excepto cuando sea médicamente necesario o en caso de emergencia médica.
- Trabajo reparador, incluso cualquier procedimiento médico para corregir los resultados no deseados de un procedimiento no exitoso relacionado con una cirugía/un procedimiento cosmético anterior no cubierto.
- Exámenes con el fin de obtener o mantener cualquier licencia emitida por un municipio, estado o gobierno federal, obtener cobertura de seguro, admisión o asistencia a la escuela, incluidos los exámenes requeridos para la participación en actividades deportivas.
- Evaluaciones psicológicas o conductuales ordenadas por un tribunal o consejería relacionada con disputas matrimoniales, procedimientos de divorcio o procedimientos de custodia de los hijos.
- Enfermedades contraídas o lesiones derivadas de la guerra.
- Transporte para admisiones electivas en un hospital.
- Servicios de enfermería privada o especializada durante una admisión como paciente hospitalizado.
- Servicios de rehabilitación o terapia física a largo plazo.

- Servicios o suministros proporcionados por una institución no elegible, que se define como una institución que no sea un hospital o centro de enfermería especializada, y que sea principalmente un lugar de descanso, un lugar para ancianos o cualquier institución similar, independientemente de su denominación.
- Exámenes físicos de rutina para adultos y exámenes de control médico pediátrico que superen las guías si se realizan en una clínica o centro médico sin cita previa.
- Cargos luego de la hora habitual de alta del proveedor u hospital en el día indicado por su médico para el alta de la persona cubierta.
- Anteojos y lentes de contacto.
- Viajes, recomendados o no por un médico.
- Pastillas anticonceptivas, preservativos, espumas o jaleas y ungüentos anticonceptivos, incluso si se prescriben o recomiendan para una condición médica que no sea el control de natalidad.
- Sacaleches que no se obtienen de un proveedor de DME, un hospital o un médico.
- La hospitalización inicial de un recién nacido adoptado no está cubierta si el progenitor natural dispone de cobertura para el cuidado del bebé.
- Los servicios para la evaluación o el tratamiento (incluida la educación reparadora) de discapacidades de aprendizaje o disfunción cerebral mínima, retraso mental, trastornos del desarrollo y aprendizaje o problemas de comportamiento no están cubiertos, salvo en los casos indicados en este Documento del plan. El Plan de Beneficios Médicos tampoco cubre el entrenamiento conductual ni la rehabilitación cognitiva.
- Servicios no médicos y de rehabilitación a largo plazo para el tratamiento de enfermedades mentales, incluidos los servicios de rehabilitación en un centro residencial o para pacientes hospitalizados especializado.
- Comidas, artículos de confort personal y servicios de limpieza y quehaceres domésticos.
- Los servicios de enfermería prestados en el hogar por un pariente, incluso si esa persona es un enfermero registrado o un enfermero práctico certificado.
- Determinadas pruebas de función pulmonar que, a juicio de la compañía de seguros, no se ajustan a la definición de prueba de laboratorio de diagnóstico cubierta.
- Servicios o procedimientos prestados sin tener en cuenta indicaciones clínicas específicas o realizados únicamente con fines de investigación.
- Servicios o procedimientos que han quedado obsoletos o que ya no están justificados desde el punto de vista médico, según determinan los ámbitos médicos apropiados.
- La radioterapia como tratamiento del acné común.
- Servicios requeridos por terceros para empleo, membresía, inscripción o seguro, como exámenes físicos para la escuela o el empleo, exámenes físicos para campamentos de verano, inscripción en clubes de salud, deportivos o similares, análisis de sangre o exámenes físicos prematrimoniales, o exámenes físicos requeridos por las compañías de seguros, o cursos sobre abuso de drogas o alcohol por orden judicial.
- Equipo médico duradero y otros artículos de uso doméstico o personal; salvo lo dispuesto en el Documento del plan.

- La membresía en clubes de salud, planes de dieta u otras organizaciones, incluso si son recomendados por un médico o un proveedor de salud calificado con el propósito de perder peso.
- Cualquier consejería o curso sobre el control de la diabetes que no esté detallado en el Documento del plan.
- Estadías en centros especiales o spas con el fin de educar sobre la diabetes/manejar la enfermedad.
- Alimentos especiales, ayudas alimentarias y suplementos relacionados con la dieta.
- Cualquier artículo que no sea médicamente necesario y que no haya sido recetado por el médico o proveedor de salud calificado de la persona cubierta.
- Dispositivos prostéticos; salvo lo dispuesto en el Documento del plan. Algunos ejemplos de artículos no cubiertos son, entre otros, los siguientes:
 - Placas de mordida/prótesis dentales, excepto los dispositivos prostéticos maxilofaciales utilizados para sustituir estructuras anatómicas perdidas durante el tratamiento de tumores;
 - Ayudas ópticas o visuales, incluidos anteojos o lentes de contacto; excepto para el tratamiento de la afaquia congénita o para la afaquia después de la cirugía de cataratas cuando una lente intraocular no es médicamente posible;
 - Implantes de pene (salvo que sean médicamente necesarios para quienes sufran una disfunción eréctil derivada de una enfermedad o lesión traumática, o que se hayan sometido a una prostatectomía radical);
 - Conductores óseos auditivos Xomed;
 - Ortesis para el pie (excepto si es médicamente necesaria y está sujeta a Certificación previa); o prótesis experimentales o de investigación.
- Tratamiento de la calvicie de patrón.
- Medicamentos inyectables para la infertilidad.
- Costo de un donante de óvulos o de esperma.
- Costos de almacenamiento de esperma.
- Criopreservación y almacenamiento de embriones.
- Kits de predicción de la ovulación.
- Servicios in vitro para mujeres que se han sometido a una ligadura de trompas.
- Reversión de ligaduras de trompas.
- Cualquier servicio de infertilidad si el varón se ha sometido a una vasectomía.
- Todos los gastos para la maternidad subrogada y relacionados con ella (los servicios de maternidad están cubiertos para las personas cubiertas que actúan como madres subrogadas).
- Servicios para revertir las esterilizaciones voluntarias.
- La autoadministración de sueros para la alergia o la administración de sueros para la alergia en un lugar en el que no hay equipos de reanimación de emergencia ni personal capacitado.
- Sueros administrados por vía oral, sublingual o bronquial.

- Los servicios dentales generales no están cubiertos.
 - Diagnóstico, cuidado, tratamiento o estudios de diagnóstico con obtención de imágenes dentales; salvo lo dispuesto en el Documento del plan. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos son la corrección de la posición anómala de los dientes y la mandíbula, el tratamiento de caries dentales, los implantes dentales, la periodoncia, la endodoncia, la ortodoncia, la sustitución de dientes, la adhesión, las restauraciones con láminas de oro, la aplicación de selladores, las radiografías de aleta de mordida, las preparaciones de coronas o dientes, los empastes, las coronas, los puentes, las dentaduras postizas, las incrustaciones y los recubrimientos, y los servicios relacionados con las malformaciones congénitas. Tampoco se cubrirán los cargos de anestesia, radiografías, laboratorio o centros por servicios dentales no cubiertos.
 - En el caso de una lesión en la cavidad bucal, los dispositivos prostéticos no cubiertos incluyen, entre otros, placas, puentes, dentaduras postizas, implantes o capuchones/coronas.
 - La lesión de los dientes o de los tejidos blandos a causa de la masticación o la mordida no se considerará una lesión accidental.
 - No se proporcionará ningún beneficio adicional por los servicios prestados después de la visita inicial debido a un accidente, lesión o traumatismo, incluidos, entre otros, el cuidado de seguimiento, la sustitución de dientes naturales sanos, las coronas, los puentes, los implantes y los dispositivos prostéticos.
- Artículos generalmente utilizados para el confort personal y/o útiles para el hogar de la persona cubierta, incluidos, entre otros:
 - Acondicionadores de aire, humidificadores, limpiadores de aire, unidades de filtración y aparatos relacionados;
 - Bañeras de hidromasaje, saunas y aparatos afines;
 - Furgonetas y elevadores de furgonetas;
 - Ascensores de escaleras y sillas;
 - Bicicletas de ejercicio y otros tipos de equipos de ejercicio.
- La terapia física, los cuidados quiroprácticos, la terapia ocupacional, la terapia del habla y la terapia de rehabilitación cardíaca; salvo lo dispuesto en el Documento del plan.
- Pruebas de detección o tratamiento de una DISCAPACIDAD DEL APRENDIZAJE; salvo lo dispuesto en el Documento del plan.
- Pruebas, capacitación o rehabilitación con fines educativos o de desarrollo; salvo lo dispuesto en el Documento del plan.
- Los alimentos y las dietas especiales, los suplementos, las vitaminas y la alimentación enteral no están cubiertos; salvo en los casos indicados en el presente Documento del plan.
- No se cubren los servicios de evaluación o tratamiento (incluida la educación reparadora) de discapacidades del aprendizaje o disfunción cerebral mínima, retraso mental, trastornos del desarrollo y el aprendizaje o problemas de comportamiento; salvo lo indicado en el Documento del plan. El Plan de Beneficios Médicos tampoco cubre el entrenamiento conductual, el entrenamiento visual perceptivo o visual motor relacionado con las discapacidades de aprendizaje o la rehabilitación cognitiva. No se cubren los trastornos conductuales y del aprendizaje relacionados con anomalías congénitas, como el síndrome de Down.

- Cirugía oral, salvo lo dispuesto en el Documento del plan. Un ejemplo de servicio no cubierto incluye, entre otros, la corrección de la posición anómala de los dientes o la mandíbula.
- Excepto la visita inicial, todos los servicios relacionados con los tratamientos no quirúrgicos de la disfunción o el síndrome de la articulación temporomandibular, también llamada disfunción de dolor miofascial o síndrome de dolor craneomandibular. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos son, entre otros, la fisioterapia, como los ejercicios musculares terapéuticos, la estimulación nerviosa galvánica o transcutánea, los aerosoles vaporizadores, el ultrasonido o la diatermia, la modificación de la conducta, como la biorretroalimentación, la psicoterapia, la terapia de aparatos y/o los dispositivos ortopédicos dentales, como los aparatos oclusales (férulas) u otros dispositivos prostéticos orales y sus ajustes, la terapia ortodóntica, como los aparatos de ortodoncia, la terapia prostodóntica, como las coronas, los puentes y los ajustes oclusales.
- Atención de rutina de los pies provista:
 - En el examen, el tratamiento o la remoción total o parcial de callos, callosidades, hipertrofia o hiperplasia de la piel o de los tejidos subcutáneos del pie; excepto cuando sea médicamente necesario en el tratamiento de aquellas personas con diagnóstico de diabetes de tipo 1 o de tipo 2; o
 - En el corte, recorte u otro tipo de remoción parcial no operativa de las uñas de los pies; excepto cuando sea médicamente necesario en el tratamiento de afecciones neurocirculatorias o de aquellas personas con diagnóstico de diabetes de tipo 1 o de tipo 2.
- Servicios en sala de emergencia que no están relacionados con una emergencia médica.
- Alojamiento en habitaciones privadas; salvo lo indicado en el Documento del plan.
- Medicamentos recetados o de venta libre recetados para su uso como paciente ambulatorio; salvo que se indique lo contrario en el Documento del plan.
- Sangre completa, plasma sanguíneo y otros derivados de la sangre, así como los servicios para donantes que proporciona la Cruz Roja de los Estados Unidos.
- Recolección y conservación de espermatozoides, todos los servicios relacionados con los acuerdos de maternidad subrogada y el tratamiento preparatorio.
- Consejería matrimonial que no sea para el tratamiento de una enfermedad mental diagnosticada, control del estrés, manejo de la relación entre padres e hijos y control del dolor.
- Tratamiento psiquiátrico y de otro tipo para la disfunción sexual, incluida la terapia sexual, a menos que esté documentado por una condición médica y con la Certificación previa de la compañía de seguros.
- Fórmulas nutricionales especiales para el tratamiento de la enfermedad de Crohn.
- Hipnosis.
- Los trasplantes de órganos y tejidos humanos, o los costos asociados a los donantes; salvo lo indicado en el Documento del plan.
- El cuidado, el tratamiento, el servicio o los suministros en la medida en que la persona cubierta haya obtenido beneficios en virtud de cualquier ley, programa gubernamental o subvención pública o privada vigentes.
- Exámenes oftalmológicos de rutina o refracciones; salvo lo dispuesto en el Documento del plan.
- Queratotomía radial.

- Terapia con hormona de crecimiento humano; excepto cuando sea médicamente necesario para casos de hipopituitarismo, y con la Certificación previa de la compañía de seguros.
- Servicios de clínica ambulatoria del hospital.
- Multas impuestas a una persona cubierta por el pagador primario.
- Enfermería privada para pacientes hospitalizados o enfermería privada para pacientes ambulatorios para la comodidad del miembro o de su familia.
- Cualquier medicamento o fármaco que tenga una aplicación biotécnica, sea un producto biológico modificado genéticamente o figure como tal en el formulario.
- Las agujas o jeringas hipodérmicas recetadas por un médico, excepto para administrar medicamentos para condiciones médicas; siempre que tales medicamentos sean servicios cubiertos.
- No se dispondrá de beneficios para el cuidado de mantenimiento que sea:
 - Tratamiento proporcionado para el bienestar continuo de la persona cubierta mediante la prevención del deterioro de una condición clínica crónica; y
 - Mantenimiento de un estado estacionario alcanzado, que se encuentra en un punto en el que la mejora de la función músculo-esquelética es escasa o nula a pesar de la terapia.
- Beneficios por servicios causados por la participación de la persona cubierta en un motín o desorden civil, acto o intento de agresión o delito, o resultantes de dicha participación. Sin embargo, esta exclusión no se aplica a ninguna lesión que resulte de la violencia doméstica o de una condición médica.
- Servicios para el CUIDADO CRÓNICO.
- Trasplante alogénico o singénico de médula ósea, u otras formas de rescate de células madre, e infusión de células madre (con o sin quimioterapia de alta dosis y/o radiación) con un donante distinto del paciente. No están cubiertos, excepto en los siguientes casos:
 - Al menos cinco de los seis antígenos del complejo de histocompatibilidad son compatibles entre el paciente y el donante;
 - El cultivo de leucocitos mixtos no es reactivo; y
 - Se está tratando una de las siguientes condiciones:
 - » Anemia aplásica grave;
 - » Leucemia aguda no linfocítica en primera o posterior remisión o primera recaída temprana;
 - » Síndrome mielodisplásico;
 - » Leucemia aguda no linfocítica secundaria como terapia inicial;
 - » Leucemia linfocítica aguda en segunda o posterior remisión;
 - » Leucemia linfocítica aguda en primera remisión;
 - » Leucemia mielógena crónica en fase crónica y acelerada;
 - » Linfoma no Hodgkin de alto grado, en primera o posterior remisión;
 - » Linfoma de Hodgkin de bajo grado, que ha sufrido una conversión a alto grado;
 - » Neuroblastoma, estadio 3 o estadio 4 en recaída;
 - » Sarcoma de Ewing;

- » Síndrome de inmunodeficiencia combinada grave;
- » Síndrome de Wiskott-Aldrich;
- » Osteopetrosis infantil maligna;
- » Síndrome de Chediak-Higashi;
- » Trastornos congénitos de los neutrófilos mortales, entre los que se incluyen el síndrome de Kostmann, la enfermedad granulomatosa crónica y la hipoplasia capilar cartilaginosa;
- » Síndrome del diamante negro;
- » Talasemia;
- » Anemia de células falciformes;
- » Trombocitopatía primaria, incluido el síndrome de Glanzmann;
- » Enfermedad de Gaucher; o
- » Mucopolisacaridosis y lipidosis, incluidos el síndrome de Hurler, el síndrome de Sanfilippo, el síndrome de Maroteaux-Lamy, el síndrome de Morquio, el síndrome de Hunter y la leucodistrofia metacromática.

Todos los demás usos de los trasplantes alogénicos o singénicos de médula ósea, u otras formas de rescate de células madre, y la infusión de células madre (con o sin quimioterapia de alta dosis o radiación) no están cubiertos.

- El trasplante autólogo de médula ósea u otras formas de rescate de células madre, y la infusión de células madre (en la que el paciente es el donante) con altas dosis de quimioterapia o radiación no están cubiertos; excepto en los siguientes casos:
 - » Linfoma no Hodgkin de alto grado, primera o posterior remisión. No debe ser evidente ninguna evidencia morfológica de afectación de la médula ósea;
 - » Enfermedad de Hodgkin según la definición anterior sin afectación de la médula ósea;
 - » Leucemia aguda no linfocítica en segunda remisión, en la que no existe un donante con compatibilidad de antígenos leucocitarios humanos (HLA), o un trasplante alogénico es inapropiado;
 - » Leucemia linfocítica aguda en segunda remisión, en la que no existe un donante con compatibilidad HLA, o un trasplante alogénico es inapropiado;
 - » Retinoblastoma, entorno adyuvante después de una inducción exitosa (consolidación); o
 - » Neuroblastoma, escenario adyuvante tras una inducción exitosa (consolidación).
- Cargos determinados por el proveedor por no presentarse a una cita.
- No se cubren los servicios para la evaluación o el tratamiento (incluida la educación reparadora) de discapacidades de aprendizaje o disfunción cerebral mínima, retraso mental, trastornos del desarrollo y aprendizaje o problemas conductuales; salvo lo indicado en el Documento del plan. El Plan de Beneficios Médicos tampoco cubre el entrenamiento conductual, el entrenamiento visual perceptivo o visual motor relacionado con las discapacidades de aprendizaje o la rehabilitación cognitiva. No se cubren los trastornos conductuales y del aprendizaje relacionados con anomalías congénitas, como el síndrome de Down.
- Evaluaciones psicológicas o conductuales ordenadas por un tribunal, o consejería relacionada con disputas matrimoniales, procedimientos de divorcio o procedimientos de custodia de los hijos.

- Además de lo que se incluye en este Documento del plan, no se proporciona cobertura para trasplantes relacionados con lo siguiente:
 - La persona cubierta no es un candidato adecuado según lo determinado por el hospital y aprobado por la compañía de seguros para prestar esos servicios.
 - Servicios para la búsqueda de donantes o la comparación de tejidos, o gastos personales relacionados con la búsqueda de donantes o la comparación de tejidos, para el receptor o el donante, o sus respectivos familiares o amigos.
 - Cualquier servicio de trasplante de órganos y tejidos humanos que se determine experimental o de investigación.
 - Beneficios de transporte y alojamiento para el receptor del trasplante y su(s) acompañante(s) cuando el trasplante de órganos o tejidos humanos se realice en un hospital u otro centro no designado ni aprobado por la compañía de seguros.
- El cuidado, el tratamiento, los procedimientos, los servicios o los suministros que tengan como objetivo principal el control de la dieta, incluidos, entre otros, los programas de reducción de peso; salvo lo indicado en el Documento del plan.

Exclusión de la compensación para trabajadores

En la medida en que lo permita la ley, no se proporcionarán beneficios para los servicios cubiertos que se paguen, sean pagaderos o elegibles para cobertura en virtud de cualquier Ley de Compensación para Trabajadores, ley de responsabilidad del empleador o ley sobre enfermedades ocupacionales, denegados en virtud de un programa de compensación para trabajadores, como los servicios de una farmacia minorista no participante o que, por ley, se hayan prestado sin gastos para la persona cubierta.

El Plan de Beneficios Médicos tendrá derecho a lo siguiente:

- Cobrar a la entidad obligada en virtud de tal ley el valor en dólares de los beneficios a los que tiene derecho la persona cubierta.
- Cobrar a la persona cubierta ese valor en dólares, en la medida en que a la persona cubierta le hayan pagado por los servicios cubiertos.
- Reducir cualquier cantidad que se deba a la persona cubierta por el monto que esta haya recibido en pago.
- Embargar cualquier suma adeudada a la persona cubierta por el monto que el Plan de Beneficios Médicos haya pagado por los servicios cubiertos prestados a la persona cubierta, en caso de que exista una reclamación en disputa y/o controvertida entre el Plan de Beneficios Médicos y la compañía de seguros a cargo de la compensación para trabajadores designada en cuanto a si la persona cubierta tiene o no derecho a recibir los pagos del beneficio de compensación para trabajadores.
- Recuperar cualquier suma adeudada según lo explicado, en caso de que la reclamación en disputa y/o controvertida se resuelva mediante la ejecución plena de un acuerdo pecuniario.
- Si una persona cubierta tiene derecho a recibir beneficios en virtud de la Ley de Compensación para Trabajadores, la ley sobre responsabilidad del empleador o la ley sobre enfermedades ocupacionales, es necesario seguir todas las guías de cobertura de ese programa para que este Plan de Beneficios Médicos siga proporcionando beneficios para los servicios cubiertos cuando se agoten los beneficios relativos a la compensación para trabajadores.

Exclusión del seguro de automóvil

En la medida en que lo permita la ley, este Plan de Beneficios Médicos no pagará beneficios por servicios cubiertos pagados, pagaderos o requeridos como beneficios de reparación básica en virtud de cualquier póliza de seguro sin atribución de culpabilidad o de otro tipo de seguro de automóvil.

El Plan de Beneficios Médicos tendrá derecho a lo siguiente:

- Cobrar a la aseguradora obligada en virtud de tal ley el valor en dólares de los beneficios a los que tiene derecho la persona cubierta;
- Cobrar a la persona cubierta ese valor en dólares, en la medida en que la persona cubierta haya recibido el pago de todas y cada una de las fuentes, incluso el pago de la primera parte, entre otros.
- Reducir cualquier suma adeudada a la persona cubierta por el monto que esta haya recibido de todas y cada una de las fuentes, incluido el pago de la primera parte, entre otros.
- Los beneficios estarán sujetos a la sección Coordinación de beneficios para los servicios cubiertos que una persona cubierta reciba en virtud de una póliza de seguro de automóvil, que proporciona beneficios sin tener en cuenta la culpa.
- Si una persona cubierta tiene derecho a recibir beneficios en virtud de una póliza de seguro sin atribución de culpabilidad o de otro tipo de seguro de automóvil, los beneficios para los servicios cubiertos solo se proporcionarán cuando la persona cubierta siga todas las guías de cobertura en virtud de tal póliza. Es necesario seguir todas las guías de esa póliza para que el Plan de Beneficios Médicos siga proporcionando beneficios para los servicios cubiertos cuando se agoten los beneficios de la póliza de seguro sin atribución de culpabilidad o de otro seguro de automóvil.

Coordinación de beneficios

Todos los beneficios proporcionados en virtud de este Plan de Beneficios Médicos están sujetos al proceso de Coordinación de beneficios (COB). Las multas impuestas a una persona cubierta por el plan primario no están sujetas a la COB.

La COB se aplica a este Plan de Beneficios Médicos cuando una persona cubierta tiene cobertura médica en virtud de más de un plan.

Si la persona cubierta cuenta con este Plan de Beneficios Médicos y otro plan, las “normas sobre determinación del orden de los beneficios” determinarán qué plan es el primario. Los beneficios de este Plan de Beneficios Médicos:

- No se reducirán cuando, según las normas sobre determinación del orden de los beneficios, este Plan de Beneficios Médicos sea el plan primario; pero
- Pueden reducirse (o el valor razonable en efectivo de cualquier servicio cubierto prestado en virtud de este Plan de Beneficios Médicos puede recuperarse del plan primario) cuando, en virtud de las normas sobre determinación del orden de beneficios, otro plan es el plan primario.

La persona cubierta debe presentar la explicación de beneficios del plan primario a su compañía de seguros para ser elegible para el pago en virtud de la COB.

Normas sobre determinación del orden de beneficios

Cuando una persona cubierta recibe servicios cubiertos de este Plan de Beneficios Médicos o a través de este, o tiene derecho a reclamar beneficios en virtud de este Plan de Beneficios Médicos y ha seguido las guías y los procedimientos de Anthem, incluidos los requisitos de Certificación previa, y los servicios cubiertos son la base para una reclamación en virtud de otro plan, este Plan de Beneficios Médicos es un PLAN SECUNDARIO cuyos beneficios se determinan después de los del otro plan (excepto cuando la compañía de seguros es el pagador secundario); a menos que:

- El otro plan contempla normas que coordinan sus beneficios con los detallados en este Documento del plan; y
- Tanto las normas del otro plan como las normas de coordinación de este Plan de Beneficios Médicos requieren que los beneficios de este Plan de Beneficios Médicos se determinen antes que los del otro plan.

Normas de coordinación

La compañía de seguros decide el orden de los beneficios según las siguientes normas:

- **No dependientes.** El plan que cubre a la persona como miembro cubierto (es decir, que no es dependiente) es primario respecto del plan que cubre a la persona como dependiente;
- **Hijo dependiente/padres no separados ni divorciados.** Cuando este Plan de Beneficios Médicos y otro plan cubren al mismo hijo como dependiente de diferentes personas, llamadas “progenitores”, el plan del progenitor cuyo cumpleaños cae antes en el año es primario respecto del plan del progenitor cuyo cumpleaños cae después. Si ambos progenitores cumplen años el mismo día, el plan que ha cubierto a uno de ellos durante más tiempo es el primario. Solo se considera el día y el mes del cumpleaños.

- **Hijo dependiente/padres separados o divorciados.** En el caso de un hijo dependiente cubierto:
 - Cuando los padres están separados o divorciados y el progenitor con la custodia legal del hijo no se ha vuelto a casar, el plan que cubre al hijo como dependiente del progenitor con la custodia legal del hijo pagará los beneficios antes que el plan que cubre al hijo como dependiente del progenitor sin la custodia legal;
 - Cuando los padres están divorciados y el progenitor que tiene la custodia legal del niño se ha vuelto a casar, el plan que cubre al niño como dependiente del progenitor que tiene la custodia pagará los beneficios antes que el plan que cubre a ese niño como dependiente del padrastro o la madrastra; y
 - El plan que cubre a ese hijo como dependiente del padrastro o la madrastra pagará los beneficios antes que el plan que cubre a ese hijo como dependiente del progenitor sin custodia legal.

Sin embargo, si los términos específicos de una orden judicial establecen que uno de los progenitores es responsable económicamente de los gastos médicos del hijo, el plan que cubre al hijo como dependiente del progenitor responsable económicamente pagará los beneficios antes que cualquier otro plan que cubra al hijo como dependiente.

Las cláusulas de esta subsección no se aplicarán con respecto a cualquier PERIODO DE DETERMINACIÓN DE RECLAMACIONES o año del plan durante el cual se pague o se proporcione efectivamente cualquier beneficio antes de que el pagador tenga conocimiento real de los términos de la orden judicial.

- **Empleado activo/inactivo.** Un plan que cubre a una persona como empleado que no está despedido ni jubilado (o como dependiente de ese empleado) es primario respecto de un plan que cubre a esa persona como despedido o jubilado (o como dependiente de ese empleado). Si el otro plan no contempla esta norma y si, en consecuencia, los planes no coinciden en el orden de beneficios, esta norma se ignorará.
- **Duración de la cobertura/mayor/menor.** Si ninguna de las normas anteriores determina el orden de los beneficios, el plan que ha cubierto a un miembro durante más tiempo es primario respecto del plan que ha cubierto a esa persona durante menos tiempo.

NOTA: Algunos servicios pueden no requerir Certificación previa cuando se determina que este es el plan secundario. Comuníquese con el Servicio al Cliente antes de la prestación de cualquier servicio para determinar si tal servicio requiere Certificación previa. En caso de que una determinación posterior determine que este es el plan primario, cualquier servicio que se haya obtenido sin Certificación previa mientras este Plan de Beneficios Médicos administraba los beneficios como plan secundario no requerirá Certificación previa como se requeriría en virtud de un plan primario.

Efecto de este Plan de Beneficios Médicos sobre otros beneficios

Esta subsección se aplica cuando, de acuerdo con las normas sobre determinación del orden de los beneficios, este Plan de Beneficios Médicos es un plan secundario respecto de uno o más planes. En ese caso, los beneficios de este Plan de Beneficios Médicos pueden reducirse. Este otro plan o planes se mencionan como “los otros planes”.

Cuando el Plan de Beneficios Médicos es el plan secundario, la compañía de seguros proporcionará beneficios en virtud del Plan de Beneficios Médicos de manera que la suma del valor razonable en efectivo de cualquier servicio cubierto prestado por el Plan de Beneficios Médicos y los beneficios pagaderos en virtud de los otros planes no supere, en total, el GASTO PERMITIDO. El plan secundario brindará beneficios por el monto menor entre lo que se habría pagado si se hubiera tratado del plan primario o el saldo de la factura. La compañía de seguros nunca pagará más de lo que hubiera pagado como plan primario.

Si otro plan establece que sus beneficios son “excesivos” o “siempre secundarios” y si se determina que este Plan de Beneficios Médicos es secundario en virtud de las cláusulas sobre COB, el monto de los beneficios pagados en virtud de este programa de beneficios se determinará sobre la base de que este Plan de Beneficios Médicos es secundario.

Derecho a recibir y divulgar información necesaria

Se necesitan ciertos datos para aplicar estas normas sobre COB. La compañía de seguros tiene derecho a decidir qué datos necesita. Al inscribirse en el Plan de Beneficios Médicos, la persona cubierta permite la divulgación de los datos necesarios para aplicar las normas sobre COB. Toda persona cubierta que solicite beneficios en virtud de este Plan de Beneficios Médicos debe facilitar los datos a la compañía de seguros, que son necesarios para la coordinación de beneficios.

Facilidades de pago

Un pago efectuado o un servicio prestado en virtud de otro plan puede incluir un monto que debería haberse pagado o provisto en virtud de este Plan de Beneficios Médicos. Si lo hace, la compañía de seguros puede pagar ese monto al grupo que realizó ese pago. Ese monto se considerará entonces como si fuera un beneficio pagado en virtud de este Plan de Beneficios Médicos.

Derecho de recuperación

Si el monto de los pagos efectuados por la compañía de seguros es superior al que debería haber pagado en virtud de esta cláusula sobre COB o si este Plan de Beneficios Médicos ha prestado servicios que deberían haber sido pagados por el plan primario, el Patrocinador del plan podrá recuperar el monto en exceso o el valor razonable en efectivo de los servicios cubiertos, de una o varias de las personas a las que haya pagado, o por las que haya pagado a las compañías de seguros u otros grupos.

El derecho del Patrocinador del plan a recuperar dinero de una persona cubierta se limitará al gasto permitido que la persona cubierta haya recibido de otro plan. La aceptación de los servicios cubiertos constituirá el consentimiento de la persona cubierta al derecho de recuperación del Patrocinador del plan. La persona cubierta se compromete a tomar todas las medidas adicionales para ejecutar y entregar los documentos que sean necesarios y hacer todo lo necesario para garantizar los derechos del Patrocinador del plan de recuperar los pagos en exceso. El incumplimiento por parte de la persona cubierta puede dar lugar a la revocación de los beneficios ya concedidos o a la denegación de los beneficios solicitados.

Terminación de la cobertura

La cobertura de este Plan de Beneficios Médicos puede terminar por las siguientes razones:

- El último día del mes en el que las primas requeridas para la cobertura de una persona cubierta no se pagan a su vencimiento. La cobertura cancelada por falta de pago no se restablecerá, a menos que se pague la totalidad del monto atrasado. La falta de pago de la parte de la prima correspondiente al empleado (o de la prima total, si corresponde) a su vencimiento puede dar lugar a la cancelación de la cobertura, sin derecho a la continuidad de la cobertura en virtud de la COBRA.
- El primer día del mes siguiente a la terminación del empleo del miembro cubierto o al cambio de situación laboral del miembro cubierto de manera que esté empleado por debajo del equivalente a la mitad de las horas a tiempo completo (0.5 FTE) para su puesto o sea transferido a un puesto no elegible para los beneficios de salud. Independientemente de cualquier reducción de horas, un empleado con horario variable que se haya vuelto elegible para recibir los beneficios de salud después del periodo de medición inicial de 12 meses no perderá la cobertura hasta el primer día del mes siguiente a los 12 meses de participación en el Plan de Beneficios Médicos o a la terminación del empleo, lo que ocurra primero.
- La cobertura para los dependientes terminará automáticamente el primer día del mes siguiente al fallecimiento del miembro cubierto; a menos que los dependientes cubiertos sean elegibles para la continuidad de la cobertura o elijan la continuidad de la cobertura en virtud de la COBRA.
- La cobertura finalizará el primer día del mes siguiente a la fecha de entrada de una sentencia de separación legal, divorcio o anulación. Si el miembro cubierto no notifica el cambio de estado civil dentro de los 60 días siguientes al evento, perderá el derecho a la continuidad de la cobertura en virtud de la COBRA.
- La cobertura de un hijo terminará automáticamente:
 - El último día del año calendario en el que el hijo cumpla 26 años; a menos que elija la continuidad de la cobertura en virtud de la COBRA; o
 - En el caso de un hijo soltero mayor de 26 años que haya estado cubierto por una discapacidad física o mental, el último día del mes en el que el hijo haya dejado de ser incapaz de mantenerse a sí mismo, deje de ser completamente dependiente del miembro cubierto o el último día del mes posterior al matrimonio del hijo.
- La cobertura como jubilado o dependiente de un jubilado terminará al pasar a ser elegible para la cobertura e inscripción en el plan Group Medicare Advantage del estado de Connecticut. La elegibilidad de cada persona cubierta para inscribirse en el plan Group Medicare Advantage se determinará de forma independiente.

Requisitos de notificación a los miembros

El empleado, el cónyuge u otro miembro de la familia cubierto es responsable de informar al estado de Connecticut respecto de un divorcio, una separación legal o un hijo que pierde su condición de dependiente en virtud del plan médico grupal patrocinado por el estado. El plan requiere que la notificación se realice en un plazo de 31 días a partir de la fecha del evento o de la fecha en la que se perdería la cobertura, según los términos del Plan de Beneficios Médicos, a causa del evento. Esta notificación debe hacerse a la oficina de personal o de nómina de la agencia empleadora o, en el caso de un jubilado, a la Unidad de Seguros Médicos para Jubilados de la División de Servicios de Políticas y Beneficios de Cuidado Médico.

En la mayoría de los casos, un hijo dejará de calificar como dependiente elegible el último día del año calendario en el que cumpla los 26 años. Sin embargo, la cobertura puede perderse antes como consecuencia de un divorcio, una separación legal o, en el caso de un hijo que estaba bajo la tutela legal de un miembro cubierto, al cumplir el hijo los 18 años o al finalizar la tutela, lo que ocurra primero.

Si esta notificación no se realiza en un plazo de 60 días a partir de la fecha del evento o de la fecha en la que se perdería la cobertura, según los términos del Plan de Beneficios Médicos, a causa del evento, pueden perderse los derechos a la continuidad de la cobertura.

La agencia empleadora es responsable de notificar al administrador de la COBRA sobre la terminación del empleo, la reducción de horas o el fallecimiento.

Notificación de cambio de dirección

Es responsabilidad del miembro cubierto asegurarse de que todos los individuos cubiertos reciban la información sobre la continuidad de la COBRA de forma adecuada y eficiente. El miembro tiene la obligación de notificar a su oficina de personal o de nómina cualquier cambio de dirección lo antes posible. Si no lo hace, puede retrasar la notificación o perder las opciones de continuidad de la cobertura.

Opciones de continuidad

El miembro o dependiente cubierto debe notificar a la agencia empleadora del miembro (o a la Unidad de Seguros Médicos para Jubilados, en el caso de un jubilado) en un plazo de 31 días el cambio de estado por el que un dependiente inscrito pasa a ser no elegible para la cobertura, y puede ser objeto de medidas disciplinarias por no hacerlo.

Continuidad de la cobertura en virtud de la COBRA

De acuerdo con la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985, las personas cubiertas tienen ciertos derechos y obligaciones en lo que respecta a la continuidad de la cobertura de beneficios de salud cuando esta finaliza.

Según la ley federal, el estado de Connecticut está obligado a ofrecer a los empleados y los dependientes cubiertos la oportunidad de elegir una continuidad temporal de la cobertura médica con tasas de grupo cuando la cobertura del Plan de Beneficios Médicos terminaría debido a ciertos eventos calificados.

Eventos calificados

Un empleado activo del estado de Connecticut cubierto por el Plan de Beneficios Médicos puede tener derecho a elegir esta continuidad de la cobertura debido a la pérdida de la cobertura médica de grupo debido a una terminación del empleo o a una reducción de horas que hace que el empleado deje de ser elegible para la cobertura. En el caso de que la terminación se produzca por una falta intencionada del trabajador, no hay derecho a la continuidad de la cobertura en virtud de la COBRA.

El cónyuge de un empleado o jubilado del estado de Connecticut puede tener derecho a elegir la continuidad de la cobertura si pierde la cobertura por cualquiera de las siguientes razones:

- Terminación del empleo del miembro cubierto o una reducción de las horas de empleo del miembro cubierto con el estado de Connecticut;
- Fallecimiento del miembro cubierto; o
- Divorcio o separación legal.

Un dependiente cubierto puede tener derecho a elegir la continuidad de la cobertura si pierde la cobertura por cualquiera de los siguientes motivos:

- Terminación del empleo del miembro cubierto o reducción de las horas de empleo del miembro cubierto con el estado de Connecticut;
- Fallecimiento del miembro cubierto;
- Divorcio o separación legal de los padres; o
- No cumplir con los requisitos de elegibilidad para la cobertura como dependiente del miembro cubierto (p. ej.: cumplir 26 años).

Continuidad de la cobertura

Periodo de elección. Cuando el organismo empleador reciba la notificación de la ocurrencia de un evento calificado, notificará a las personas cubiertas su derecho a elegir la continuidad de la cobertura.

Cada persona cubierta tiene un derecho de elección independiente y dispondrá de **60 días** a partir de la última fecha de cese de la cobertura del Plan de Beneficios Médicos o de la fecha de notificación para elegir la continuidad de la cobertura. La ley no permite ampliar este periodo máximo. Si una persona cubierta no elige la continuidad de la cobertura dentro de este periodo de elección, el derecho a elegir la continuidad de la cobertura finalizará.

Si una persona cubierta elige la continuidad de la cobertura y paga la prima correspondiente, la persona cubierta recibirá una cobertura idéntica a la proporcionada por el Plan de Beneficios Médicos a los miembros o dependientes en situación similar. Si la cobertura se modifica para los empleados activos en situación similar, la continuidad de la cobertura puede cambiarse y/o modificarse de forma similar.

Duración de la continuidad de la cobertura. La continuidad de la cobertura estará disponible durante un periodo de **30 meses** si el evento que causa la falta de cobertura es uno de los siguientes:

- Despido;
- Reducción de horas;
- Licencia; o
- Terminación del empleo.

La continuidad de la cobertura no se aplicará si tal reducción de horas, licencia o terminación del empleo son consecuencia del fallecimiento del empleado, de una “falta grave” del empleado, conforme se utiliza este término en el Código de los EE. UU: (U.S.C.), Título 29, §1163(2), o de la elegibilidad del empleado para recibir ingresos del Seguro Social.

Si el evento que causa la falta de cobertura de una persona cubierta es un divorcio o cualquier otro hecho que no sea terminación del empleo del empleado, licencia o reducción de horas, la continuidad de la cobertura estará disponible para esas personas cubiertas hasta **36 meses**.

Terminación de la continuidad de la cobertura. La ley permite que la continuidad de la cobertura finalice antes del periodo máximo de continuidad por cualquiera de los siguientes motivos:

- El estado de Connecticut deja de proporcionar cualquier Plan de Beneficios Médicos a sus empleados.
- La prima requerida para la continuidad de la cobertura no se paga a tiempo.
- Un beneficiario calificado pasa a estar cubierto por otro plan que no contiene ninguna exclusión o limitación con respecto a cualquier condición preexistente de ese beneficiario.
- El Seguro Social determina que un beneficiario calificado que extendió la continuidad de la cobertura debido a una discapacidad ya no está discapacitado.
- Un beneficiario calificado notifica al administrador de la COBRA que desea cancelar la continuidad de la cobertura.

Administrador de la COBRA

Anthem administra los beneficios de la COBRA para el Plan de Beneficios Médicos del estado de Connecticut. Comuníquese con la Unidad COBRA de Anthem al 1-800-433-5436.

Continuidad de la cobertura debido al servicio militar

Si un empleado deja de estar empleado activamente debido al **SERVICIO MILITAR** en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, puede elegir continuar con la cobertura médica para sí mismo y sus dependientes (si hubiera) en virtud de este Plan de Beneficios Médicos de acuerdo con la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994, con sus enmiendas.

La continuidad de la cobertura para el empleado y los dependientes elegibles (si hubiera) en virtud de este Plan de Beneficios Médicos está condicionada al pago por parte del empleado de cualquier contribución requerida para la cobertura médica. Esto puede incluir la cantidad que el empleador paga normalmente en nombre de la persona cubierta. Si el servicio militar es por un periodo inferior a 31 días, el empleado no puede ser obligado a pagar más que la contribución del empleado activo, si hubiera, para la continuidad de la cobertura médica. Si se opta por la continuidad en virtud de esta cláusula, el periodo máximo de cobertura médica en virtud de este Plan de Beneficios Médicos será el menor de los siguientes:

- Los 24 meses a partir de la primera fecha de ausencia del trabajador al trabajo; o
- El día siguiente a la fecha en la que el miembro cubierto no solicita o no se reincorpora a un puesto de trabajo.

Independientemente de la continuidad de la cobertura durante el servicio militar, la cobertura médica de un empleado se restablecerá al regresar al empleo activo.

Cláusulas sobre pago

Derecho de recuperación

El objetivo del Plan de Beneficios Médicos es proporcionar cobertura para los gastos médicos calificados que no están cubiertos por un tercero. Si el Plan de Beneficios Médicos paga beneficios por cualquier reclamación en la que incurra una persona cubierta a raíz de negligencia, falta intencionada u otra acción u omisión de un tercero, en la medida en que lo permita la ley, el Plan de Beneficios Médicos tiene el derecho de subrogación y el derecho de recuperar los beneficios por los servicios cubiertos que se hayan prestado, según los términos de este beneficio médico.

La aceptación de los servicios cubiertos constituirá el consentimiento de la persona cubierta al derecho de recuperación del Plan de Beneficios Médicos. La persona cubierta se compromete a ejecutar y entregar los instrumentos adicionales, y a tomar cualquier otra acción que la compañía de seguros o el Plan de Beneficios Médicos puedan requerir para implementar esta cláusula. En la medida en que lo permita la ley, el Plan de Beneficios Médicos, o la compañía de seguros que actúe en su nombre, tendrá derecho a presentar una demanda contra ese tercero en nombre de la persona cubierta y en su propio nombre como subrogante. La persona cubierta no hará nada que perjudique los derechos del Plan de Beneficios Médicos en virtud de esta cláusula sin su consentimiento.

Si una persona cubierta recibe el pago de un tercero mediante una demanda o un acuerdo por el costo de los servicios cubiertos, esa persona cubierta está obligada a reembolsar al Plan de Beneficios Médicos los beneficios pagados en su nombre mediante la recuperación del dinero del tercero o de la aseguradora, menos una parte proporcional de los costos y honorarios razonables de los abogados que la persona cubierta haya solventado para obtener la recuperación. En la medida en que lo permita la ley, el Plan de Beneficios Médicos tiene un derecho de retención sobre cualquier monto recuperado por la persona cubierta del tercero responsable o de la aseguradora, ya sea designado o no como pago de gastos médicos. Ese derecho de retención permanecerá en vigor hasta que el Plan de Beneficios Médicos sea reembolsado en su totalidad, menos una parte proporcional de los costos y honorarios razonables de los abogados que la persona cubierta haya solventado para obtener la recuperación.

La persona cubierta debe notificar inmediatamente al Plan de Beneficios Médicos si comienza a negociar un acuerdo con un tercero o una aseguradora, o si obtiene una sentencia contra ellos, en relación con un accidente o una lesión por la que el Plan de Beneficios Médicos haya pagado beneficios.

Derechos de apelación y reclamo

La persona cubierta tiene derecho a apelar la denegación de beneficios por parte de la compañía de seguros. El proceso de reclamos/apelaciones puede ser llevado a cabo por la persona cubierta, el representante debidamente autorizado de la persona cubierta, el proveedor registrado o el representante debidamente autorizado del proveedor registrado. En la mayoría de los casos, las personas cubiertas deben cumplir con los requisitos del proceso de apelación interno de su compañía de seguros antes de solicitar una revisión externa de las determinaciones adversas.

El Departamento de Seguros de Connecticut está disponible para decidir las apelaciones de determinaciones adversas de revisión de utilización de una compañía de seguros cuando la necesidad médica o los criterios clínicos están en cuestión. El Departamento de Seguros no admite apelaciones basadas en exclusiones de beneficios, pago de reclamaciones o cuestiones de cobertura. A menos que un asunto sea urgente y se acepte una revisión acelerada, la persona cubierta debe completar el proceso de apelación interno de Anthem antes de presentar una apelación externa ante el Departamento de Seguros. En situaciones de urgencia, la persona cubierta puede solicitar directamente una apelación externa o puede solicitar simultáneamente una apelación interna y una externa.

Las decisiones adversas se clasifican de la siguiente manera:

- Las **determinaciones de revisión de administración de utilización** incluyen juicios sobre si los servicios o tratamientos serán cubiertos o juicios relativos a la necesidad médica; esto incluye determinaciones relativas a artículos cosméticos, de custodia y de conveniencia. Se puede solicitar una apelación de una decisión de revisión de utilización tanto si los servicios solicitados no se han prestado (Certificación previa), como si se están prestando actualmente (cuidado concurrente) o si ya se han prestado (revisión retrospectiva).
- Las **determinaciones de revisión de administración no de utilización** pueden incluir denegaciones basadas en exclusiones o limitaciones del Plan de Beneficios Médicos, disputas sobre el pago de reclamaciones o disputas administrativas que no impliquen juicios de necesidad médica. No hay apelación externa para las determinaciones de revisión no de utilización.

Apelación de primer nivel

La apelación de primer nivel puede solicitarse de forma oral, electrónica o por escrito en un plazo de 180 días a partir de la fecha de recepción de la determinación adversa inicial. La apelación debe identificar cualquier cuestión, comentario o evidencia adicional que respalde la solicitud de revisión del reclamante y debe incluir el registro médico del paciente en relación con esta solicitud.

Las personas cubiertas tienen derecho a ser representadas por una persona de su elección y pueden indicar esta elección verbalmente o por escrito al iniciar el proceso de apelación. La persona cubierta tendrá la oportunidad de presentar comentarios escritos, documentos, registros médicos, fotos, revisión científica externa y otra información pertinente para la apelación.

El reclamo/la apelación será examinado por una o varias personas que no hayan participado en la decisión inicial y que no estén subordinadas a la persona que tomó la decisión original.

Apelaciones de administración de utilización (clínicas)

Las solicitudes de revisión médica de apelación de primer nivel deben presentarse de la siguiente manera:

Por correo	Anthem Blue Cross and Blue Shield Grievances and Appeals First Level Grievance P.O. Box 1038 North Haven CT 06473-4201
Por servicio de entrega en 24 horas	Anthem Blue Cross and Blue Shield Grievances and Appeals First Level Grievance 108 Leigus Road Wallingford, CT 06492
Por fax	1-855-321-3642 203-985-7363
Apelación verbal	Llama a Servicios para Miembros al 800-922-2232

Las solicitudes de revisión de apelación de primer nivel para la cobertura de salud conductual de Anthem deben presentarse de la siguiente manera:

Por correo	Anthem Blue Cross and Blue Shield Grievances and Appeals First Level Grievance P.O. Box 2100 North Haven CT 06473
Por servicio de entrega en 24 horas	Anthem Blue Cross and Blue Shield Behavioral Health Grievance Department 108 Leigus Road Wallingford, CT 06492
Por fax	1-877-487-7394

Apelaciones de administración no de utilización (no clínicas)

Las solicitudes de revisión de apelación de primer nivel deben presentarse de la siguiente manera:

Por correo	Anthem Blue Cross and Blue Shield First Level Appeal Review 108 Leigus Road Wallingford, CT 06492
Por fax	203-985-7363
Apelación verbal	Llama a Servicios para Miembros al 800-922-2232

Apelaciones aceleradas

En el caso de una emergencia o situación mortal, o cuando una reclamación implique cuidado de urgencia, o cuando a una persona cubierta se le denieguen los beneficios de un servicio que, de otro modo, estaría cubierto, alegando que es experimental y que a la persona cubierta se le ha diagnosticado una condición que genera una esperanza de vida inferior a dos años, se podrá solicitar una revisión acelerada de la apelación de primer nivel. Se emitirá una determinación en un plazo de dos días hábiles o 72 horas, lo que ocurra antes, a partir de la fecha de recepción de la solicitud de apelación acelerada.

Apelación de primer nivel: calendario de decisiones

Tipo de apelación*	Plazo para que Anthem emita la decisión
Revisión de utilización: previa o concurrente al servicio	30 días calendario
Revisión de utilización: posterior al servicio	30 días calendario
Revisión no de utilización	20 días calendario
Acelerada (urgente): la respuesta inicial debe darse en un plazo de 48 horas, a menos que coincida con un fin de semana*	48 a 72 horas

* El plazo para que la compañía de seguros emita una decisión puede ampliarse hasta que se reciba la documentación solicitada y necesaria para resolver la apelación por parte de la persona cubierta o de su representante.

Apelación de segundo nivel

Los miembros de Anthem tienen la opción de presentar una apelación de segundo nivel. No se requiere una apelación de segundo nivel antes de solicitar una revisión externa por parte del Departamento de Seguros de Connecticut. Si un miembro elige presentar una apelación de segundo nivel, esta será resuelta por personas que no participaron en la determinación inicial y sin deferencia por la decisión de denegación. Cuando una apelación es de carácter clínico, será determinada por un médico certificado que no revisó el asunto en la apelación de primer nivel.

Apelaciones de administración de utilización (clínicas)

En el caso de las apelaciones de segundo nivel de administración de utilización (necesidad médica), las solicitudes deben presentarse en un plazo de **60 días** a partir de la fecha de la determinación de la apelación de primer nivel, como se indica a continuación:

Por correo o servicio de entrega en 24 horas	Anthem Blue Cross and Blue Shield Grievances and Appeals Second Level Grievance 108 Leigus Road Wallingford, CT 06492
Por fax	1-855-321-3642
Apelación verbal	Llama a Servicios para Miembros al 800-922-2232

Apelaciones de administración no de utilización (no clínicas)

En el caso de las apelaciones de segundo nivel no de utilización (sin necesidad médica), las solicitudes deben presentarse en un plazo de **10 días calendario** a partir de la fecha de la determinación de la apelación de primer nivel, como se indica a continuación:

Por correo o servicio de entrega en 24 horas	Anthem Blue Cross and Blue Shield Grievances and Appeals Second Level Grievance Panel 108 Leigus Road Wallingford, CT 06492
Por fax	1-877-487-7394
Apelación verbal	Llama a Servicios para Miembros al 800-922-2232

Calendario de las decisiones de apelación de segundo nivel

Tipo de apelación*	Plazo para que Anthem emita la decisión
Revisión de utilización: previa o concurrente al servicio	15 días calendario
Revisión de utilización: posterior al servicio	30 días calendario
Revisión no de utilización	20 días calendario
Acelerada (urgente): la respuesta inicial debe darse en un plazo de 48 horas, a menos que coincida con un fin de semana*	48 a 72 horas

* El plazo para que la compañía de seguros emita una decisión puede ampliarse hasta que se reciba la documentación solicitada y necesaria para resolver la apelación por parte de la persona cubierta o de su representante.

Apelaciones externas

La revisión por parte del Departamento de Seguros del estado de Connecticut está disponible para una persona cubierta que haya completado el proceso de apelación clínica interna de Anthem. Solo se requiere la apelación de primer nivel; la apelación de segundo nivel es voluntaria.

La persona cubierta o la persona designada por ella tiene derecho a solicitar una apelación externa cuando:

- El servicio, procedimiento o tratamiento es un servicio cubierto por el Plan de Beneficios Médicos; y
- La persona cubierta ha recibido una determinación final adversa a través del proceso de revisión interna de Anthem con una denegación basada en la falta de criterios médicamente necesarios o en un tratamiento experimental/de investigación; a menos que se determine que el plazo para completar una apelación interna puede causar o agravar una situación mortal o de emergencia. En una situación mortal o de emergencia, una persona cubierta no necesita completar todas las apelaciones internas para poder presentar una apelación externa.

Apelaciones aceleradas. En una situación mortal o de emergencia, una persona cubierta puede utilizar el proceso de apelación externa directamente, sin agotar las apelaciones internas de Anthem, si se determina que el plazo para completar una apelación interna acelerada puede causar o agravar una situación mortal o de emergencia.

Presentación de una apelación externa

Para presentar una apelación externa estándar (no acelerada), una persona cubierta tiene cuatro meses después de recibir un aviso de una determinación adversa de beneficios o una determinación adversa de beneficios interna final para iniciar la apelación a través del Departamento de Seguros del estado de Connecticut. El Departamento de Seguros no acepta apelaciones basadas en la denegación de servicios tras una revisión no de utilización.

Las solicitudes de apelación externa y de apelación externa acelerada deben hacerse por escrito en un formulario de solicitud de apelación externa, que está disponible a través del Comisionado de Seguros de Connecticut. La persona cubierta o la persona designada por ella (y el proveedor, si corresponde) debe divulgar toda la información médica pertinente relativa a la condición médica y la solicitud de servicios.

La apelación puede enviarse a la siguiente dirección:

Connecticut Department of Insurance
Attn: External Review
P.O. Box 816
Hartford, CT 06142
860-297-3910

Para la entrega de 24 horas **solamente**, envíe la solicitud de revisión externa aquí:

Connecticut Insurance Department
Attn: External Review
153 Market Street, 7th Floor
Hartford, CT 06103
860-297-3910

Contenido de la apelación

Los siguientes documentos deben incluirse en la apelación:

- Un formulario de “Solicitud de apelación externa” completo.
- Un formulario de autorización que permita a la compañía de seguros y al profesional médico de la persona cubierta divulgar información médica a la organización de revisión independiente.
- Prueba de estar inscrito en el Plan de Beneficios Médicos (p. ej.: fotocopia de la tarjeta de identificación emitida por la compañía de seguros).
- Copias de toda la correspondencia de la compañía de seguros.
- Una copia de la carta de determinación final en la que se indique que se han agotado todos los mecanismos de apelación internos.
- Una copia del Documento del plan o la explicación de beneficios.

Además de los documentos requeridos, la persona cubierta también puede presentar cualquier información adicional relevante para su condición.

Confirmación de la compañía de seguros

Una vez recibida la solicitud de apelación externa o de apelación externa acelerada, el Comisionado de Seguros remitirá la apelación a Anthem, que se encargará de notificar al miembro sobre la elegibilidad y aceptación de la solicitud para la revisión externa y, si se solicita, para la revisión externa acelerada.

Apelaciones externas aceleradas

Para presentar una apelación externa acelerada, una persona cubierta puede presentar una solicitud ante el Departamento de Seguros de Connecticut inmediatamente después de recibir la determinación adversa inicial de Anthem o en cualquier nivel de determinación de apelación adversa. Si la apelación externa no es aceptada para el proceso acelerado, y la persona cubierta no ha agotado previamente todas las apelaciones internas, la persona cubierta puede reanudar el proceso de apelación interna hasta que se agoten todas las apelaciones internas. Se puede presentar una apelación externa estándar dentro de los cuatro meses siguientes a la recepción del aviso de una determinación adversa de beneficios o una determinación adversa de beneficios interna final.

Si se han agotado previamente todas las apelaciones internas, una apelación acelerada rechazada podrá ser considerada automáticamente como apelación estándar sin necesidad de presentar una nueva solicitud.

Una persona cubierta no puede presentar una apelación externa acelerada por servicios que ya se han prestado (retrospectiva).

Plazos de resolución

Si una apelación es elegible para una revisión externa, el Comisionado la asignará a una Organización de Revisión Independiente y enviará un aviso informando que (a) se ha aceptado una revisión externa o una revisión externa acelerada y que (b) la persona cubierta dispone de cinco días hábiles a partir de la recepción del aviso para presentar cualquier información adicional.

La compañía de seguros enviará a la Organización de Revisión Independiente los registros médicos y del plan de tratamiento en los que se basó para tomar su decisión. Si la documentación representa un cambio sustancial con respecto a la documentación en la que se basó la determinación adversa o la denegación, la compañía de seguros tendrá la oportunidad de considerar la documentación y modificar o confirmar su determinación adversa o denegación.

La Organización de Revisión Independiente tomará una determinación con respecto a la apelación dentro de los siguientes plazos:

- **Revisiones externas:** dentro de los 45 días siguientes a la asignación por parte del Comisionado.
- **Revisión externa que implique un tratamiento experimental o de investigación:** dentro de los 20 días siguientes a la asignación del Comisionado.
- **Revisiones externas aceleradas:** con la rapidez que requiera la condición de la persona cubierta, pero en un plazo máximo de 72 horas después de la asignación del Comisionado.
- **Revisiones externas aceleradas que impliquen un tratamiento experimental o de investigación:** con la rapidez que requiera la condición de la persona cubierta, pero en un plazo máximo de cinco días después de la asignación del Comisionado.

Efecto vinculante de la decisión sobre la apelación externa

Una vez finalizada la revisión, la Organización de Revisión Independiente comunicará su decisión por escrito a la persona cubierta, a su representante (si corresponde), al Comisionado y a la compañía de seguros. Si la decisión consiste en revertir o revisar la determinación adversa inicial o final de Anthem, la decisión será vinculante para el Plan de Beneficios Médicos, sujeto al derecho de cualquier parte a procurar una revisión judicial en virtud de la ley federal o estatal.

Cláusulas generales

El presente Documento del plan sustituye a todos los demás acuerdos o descripciones de los beneficios provistos en virtud del Plan de Beneficios Médicos.

Tarjetas de identificación

Las tarjetas de identificación emitidas a una persona cubierta y a sus dependientes cubiertos conforme a este Plan de Beneficios Médicos son solo para fines de identificación. La posesión de una tarjeta de identificación no confiere ningún derecho a los servicios cubiertos ni a otros beneficios. Para tener derecho a tales servicios o beneficios, el titular de la tarjeta de identificación debe ser, de hecho, un miembro cubierto o un dependiente cubierto en cuyo nombre se hayan pagado todas las contribuciones respecto de los costos de los beneficios correspondientes en virtud de este Plan de Beneficios Médicos. Toda persona que reciba servicios u otros beneficios a los que no tenga derecho en ese momento conforme a las cláusulas de este Plan de Beneficios Médicos será responsable del costo real de tales servicios o beneficios. Además, cualquier miembro cubierto que no notifique al Patrocinador del plan un cambio de circunstancias que afecte la condición de elegibilidad de un dependiente cubierto (esto incluye, entre otros: divorcio, separación legal, fin de la tutela legal, un hijo que cumpla 26 años, etc.) tendrá el valor justo de mercado de la cobertura declarado como ingreso y, si está empleado activamente, puede estar sujeto a medidas disciplinarias, incluso el despido.

Aviso

Cualquier aviso requerido en virtud de este Documento del plan que deba entregarse al Patrocinador del plan puede enviarse por correo de los Estados Unidos, en primera clase, con franqueo pagado, a la Oficina del Contralor del Estado, a cargo de la División de Políticas y Servicios de Beneficios de Cuidado Médico, 165 Capitol Avenue, Hartford, CT 06106. El aviso a una persona cubierta se enviará a la última dirección que el Plan de Beneficios Médicos tenga de esa persona cubierta. La persona cubierta se compromete a notificar al Patrocinador del plan, en un plazo de 31 días, cualquier cambio de domicilio.

Interpretación del Plan de Beneficios Médicos

Para la interpretación de este Plan de Beneficios Médicos regirá la legislación del estado de Connecticut.

Género

El uso de cualquier género en este Documento del plan se considera que incluye el otro género y, siempre que sea apropiado, el uso del singular se considera que incluye el plural (y viceversa).

Modificaciones

Este Documento del plan está sujeto a enmiendas, modificaciones y terminación de acuerdo con esta cláusula y con los acuerdos de negociación colectiva aplicables que afecten la cobertura médica, los beneficios y los servicios en virtud del Plan médico para empleados del estado de Connecticut.

Errores administrativos

Un error administrativo, ya sea del Patrocinador del plan o de la compañía de seguros, con respecto al Documento del plan o a cualquier otra documentación emitida por las compañías de seguros en relación con el Plan de Beneficios Médicos o al mantener cualquier registro relativo a la cobertura en virtud de este, no modificará ni invalidará la cobertura vigente ni continuará la cobertura terminada.

Políticas y procedimientos

El Plan de Beneficios Médicos podrá adoptar políticas, procedimientos, normas e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficiente del Plan de Beneficios Médicos, que la persona cubierta deberá cumplir.

Exención

La exención por cualquiera de las partes respecto del incumplimiento de alguna cláusula del acuerdo no se interpretará como una exención respecto de cualquier incumplimiento subsiguiente de la misma cláusula o de cualquier otra. El hecho de no ejercer cualquier derecho en virtud del presente documento no supondrá una renuncia a tal derecho.

Información de Salud Protegida

A menos que la ley permita lo contrario y con sujeción a la obtención de una certificación por escrito conforme a esta sección, el Plan de Beneficios Médicos podrá divulgar la INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) al Patrocinador del plan, siempre y cuando el Patrocinador del plan utilice o divulgue esa PHI solo para los siguientes fines:

- Realizar las funciones de administración del Plan de Beneficios Médicos, que lleva a cabo el Patrocinador del plan;
- Obtener ofertas de primas de las compañías de seguros para proporcionar cobertura;
- Modificar, enmendar o terminar el plan médico grupal.

Independientemente de las cláusulas del Plan de Beneficios Médicos que indiquen lo contrario, en ningún caso el Patrocinador del plan utilizará o divulgará la Información de Salud Protegida (PHI) en sentido contrario a lo contemplado en el Código de Regulaciones Federales (CFR), Título 45, §164.504(f).

Información sobre la participación. No obstante esta sección, el Plan de Beneficios Médicos puede revelar al Patrocinador del plan información relativa a la participación o a la inscripción.

Condiciones de divulgación. Con respecto a cualquier divulgación, el Patrocinador del plan deberá atenerse a lo siguiente:

- No utilizar ni divulgar la PHI más allá de lo permitido o requerido por el Plan de Beneficios Médicos o por la ley.
- Se asegurará de que todos los agentes, contratistas o subcontratistas a los que proporcione la PHI acepten las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador del plan con respecto a la PHI.
- No utilizar o divulgar la PHI para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro plan de beneficios para empleados del Patrocinador del plan.
- Informar sobre cualquier uso o divulgación de la información que sea incompatible con el uso o las divulgaciones previstas de las que tenga conocimiento.
- Poner a disposición la PHI de acuerdo con el CFR, Título 45, §164.524.
- Poner a disposición la PHI para su enmienda e incorporar cualquier enmienda a la PHI de acuerdo con el CFR, Título 45, §164.526.
- Poner a disposición la información requerida para dar cuenta de las divulgaciones de acuerdo con el CFR, Título 45, §164.528.
- Poner a disposición de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos sus prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y la divulgación de la PHI para determinar el cumplimiento respecto del Plan de Beneficios Médicos en relación con el CFR, Título 45, §164, Subsección E.
- Si es posible, devolver o destruir toda la información PHI recibida que el Patrocinador del plan aún conserve en cualquier forma, y no conservar ninguna copia de dicha información cuando ya no sea necesaria para el propósito por el cual se divulgó. Si esta devolución o destrucción no es factible, el Patrocinador del plan limitará los usos y divulgaciones posteriores con respecto a los fines que hacen inviable la devolución o destrucción.

- Garantizar que se cumpla la separación adecuada entre el Plan de Beneficios Médicos y el Patrocinador del plan, requerida por el CFR, Título 45, §504(f)(2)(iii).
- Salvaguardar, razonable y apropiadamente, la PHI electrónica creada, recibida, mantenida o transmitida al Patrocinador del plan o por este en nombre del Plan de Beneficios Médicos.

Certificación del Patrocinador del plan. La compañía de seguros solo divulgará la PHI al Patrocinador del plan cuando reciba la certificación de este de que el Documento del plan incorpora las cláusulas del CRF, Título 45,

§164.504(f)(2)(ii) y que el Patrocinador del plan acepta las condiciones de divulgación establecidas en esta sección. El Plan de Beneficios Médicos no divulgará y no podrá permitir que una compañía de seguros divulgue la PHI al Patrocinador del plan, como se permite en este documento; a menos que la declaración requerida por el CFR, Título 45, §164.504(b)(b1)(iii)(C) se incluya en el aviso correspondiente.

Separación adecuada entre el Plan de Beneficios Médicos y el Patrocinador del plan. El Patrocinador del plan solo permitirá que los empleados de la Oficina del Contralor del Estado, División de Políticas y Servicios de Beneficios de Cuidado Médico tengan acceso a la PHI para realizar las funciones de administración del plan que el Patrocinador del plan realiza para el Plan de Beneficios Médicos. En el caso de que alguno de estos empleados especificados no cumpla con las cláusulas de esta sección, ese empleado estará sujeto a medidas disciplinarias por parte del Patrocinador del plan por incumplimiento, conforme a los procedimientos de disciplina y despido de los empleados del Patrocinador del plan.

Usos y divulgaciones permitidos del RESUMEN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD. Sin perjuicio de lo mencionado anteriormente en esta sección, una compañía de seguros puede divulgar un resumen de la información de salud al Patrocinador del plan con el siguiente fin:

- Obtener ofertas de primas para proporcionar la cobertura de los beneficios médicos del Plan de Beneficios Médicos; o
- Modificar, enmendar o terminar el Plan de Beneficios Médicos.

Glosario

Administración de casos: el proceso de evaluar y organizar el tratamiento médicamente necesario para los pacientes, identificado mediante el uso de uno o más programas de atención administrada.

Admisión: el periodo que transcurre desde la fecha en que la persona cubierta ingresa en el hospital, centro de enfermería especializada, centro de tratamiento por abuso de sustancias, centro de tratamiento residencial, hospicio u otro centro para pacientes hospitalizados hasta la fecha del alta. Al contabilizar los días de servicios como paciente hospitalizado, la fecha de ingreso y la fecha de alta se combinan para computarlas como un solo día.

Año calendario: periodo que comienza a las 12:01 a.m. del 1.º de enero y termina a medianoche del 31 de diciembre del mismo año.

Atención de urgencia: atención de una enfermedad o lesión que no es una emergencia médica pero que requiere atención médica inmediata.

Autorizar: aprobación que se ha obtenido de la compañía de seguros para la admisión de emergencia de una persona cubierta en un hospital, centro de enfermería especializada, centro de tratamiento de abuso de sustancias, centro de tratamiento residencial u hospicio cuando se requiera, según los términos de este Plan de Beneficios Médicos.

Cambio de estado calificado: un cambio que afecta la elegibilidad de un individuo para la cobertura del Plan de Beneficios Médicos (a causa de un cambio en el estado civil o el empleo, la cantidad o la edad de los dependientes, o la residencia) que le da el derecho a ese individuo de realizar cambios en la inscripción al cuidado médico fuera de la Inscripción abierta o que crearía un derecho a obtener la continuidad de la cobertura en virtud de la COBRA para el(los) individuo(s) afectado(s).

Centro de atención de urgencia: proveedor del que se pueden obtener servicios de cuidado de urgencia cuando el médico de la persona cubierta o el médico de cobertura no está disponible para tratar a la persona cubierta.

Centro de enfermería especializada: es cualquier institución que:

- Acepta y cobra por los pacientes en calidad de paciente hospitalizado;
- Se dedica principalmente a proporcionar cuidado especializado de enfermería, rehabilitación y servicios relacionados a pacientes que requieren cuidado médico y cuidado especializado de enfermería; Está bajo la supervisión de un médico certificado;
- Proporciona un servicio de enfermería las 24 horas del día bajo la dirección de un enfermero registrado; y
- No se trata de un lugar utilizado principalmente para el tratamiento de trastornos nerviosos mentales, tuberculosis pulmonar, un lugar de reposo, cuidado custodial o un nivel de cuidado intensivo de pacientes hospitalizados.

Centro de tratamiento por abuso de sustancias: un centro establecido principalmente para proporcionar tratamiento por abuso de sustancias como paciente hospitalizado durante las 24 horas del día y certificado para ello por el Departamento de Salud Pública y Servicios de Adicción del estado de Connecticut o acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Cuidado Médico como centro de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias si está situado fuera del estado de Connecticut.

Centro de tratamiento residencial: centro de salud mental de 24 horas que está certificado o aprobado por el Departamento de Niños y Familias y que funciona con el propósito de efectuar un cambio positivo y un crecimiento y desarrollo normales para los trastornos de conducta y para los niños emocionalmente perturbados y socialmente inadaptados.

Centro para pacientes hospitalizados: un centro que no es un hospital y que proporciona alojamiento, así como diagnóstico, cuidado o tratamiento a los pacientes durante las 24 horas del día, como un centro de enfermería especializada, un hospicio, un centro de tratamiento por abuso de sustancias, un centro de cuidados médicos por uso de sustancias o un centro de tratamiento residencial.

Certificación previa: aprobación previa que debe obtenerse de la compañía de seguros antes de que una persona cubierta tenga derecho a recibir los beneficios de ciertos servicios cubiertos.

Clínica de atención sin cita previa: centro independiente que presta servicios de salud episódicos sin cita previa para el diagnóstico, cuidado y tratamiento de condiciones o síntomas no urgentes.

Compañía de seguros: Anthem Blue Cross and Blue Shield, la entidad elegida por el estado de Connecticut para administrar los beneficios y procesar las reclamaciones del Plan de Beneficios Médicos. En lo que respecta a la administración de los beneficios, el término se referirá a la compañía de seguros que haya expedido una tarjeta de identificación a la persona cubierta.

Copago: monto fijo por receta que la persona cubierta debe pagar por los servicios cubiertos. Este cargo se añade a las primas pagadas por la persona cubierta y en su nombre, y lo debe pagar la persona cubierta por los servicios cubiertos en el momento en que se prestan tales servicios.

Coseguro: un porcentaje fijo del monto máximo permitido para los servicios cubiertos que la persona cubierta debe pagar según lo especificado en la *Lista de beneficios médicos*.

Costo compartido: el monto que la persona cubierta debe pagar por los servicios cubiertos.

Costos de cuidado de rutina del paciente: los costos de los servicios médicos médicamente necesarios en los que se incurre a partir del tratamiento provisto a una persona cubierta a efectos de un ensayo clínico sobre el cáncer y que, de otro modo, estarían cubiertos si esos servicios no se prestaran en relación con un ensayo clínico sobre el cáncer. Tales servicios incluirán los prestados por un médico, las pruebas de diagnóstico o de laboratorio, la hospitalización u otros servicios prestados a la persona cubierta durante el transcurso del tratamiento en el ensayo clínico sobre el cáncer y la cobertura de los costos de cuidado de rutina del paciente en los que se incurra por los medicamentos recetados con uso no indicado. Los costos de hospitalización para el cuidado de rutina del paciente incluirán el tratamiento en un centro fuera de la red si tal tratamiento no está disponible dentro de la red y no es elegible para ser reembolsado por los patrocinadores del ensayo clínico. La hospitalización fuera de la red se proveerá sin mayor costo para la persona asegurada que si tal tratamiento estuviera disponible dentro de la red; se aplicarán todos los costos compartidos aplicables dentro de la red.

Los costos de cuidado de rutina del paciente no incluirán lo siguiente:

- El costo de un nuevo medicamento o dispositivo en investigación que la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos no aprobó para su comercialización para ninguna indicación;
- El costo de un servicio no médico que una persona cubierta pueda tener que recibir como consecuencia del tratamiento que se le está proporcionando a los efectos del ensayo clínico sobre el cáncer;
- Costos de centros, auxiliares, servicios profesionales y medicamentos que se pagan mediante subvenciones o financiamiento para el ensayo clínico sobre el cáncer;

- Los costos de los servicios que (a) no sean coherentes con los estándares de cuidado regionales o nacionales ampliamente aceptados y establecidos para un diagnóstico concreto, o (b) se presten específicamente para cumplir con los requisitos del ensayo clínico sobre el cáncer; o
- Los costos que no estarían cubiertos por este Plan de Beneficios Médicos para tratamientos no relacionados con la investigación, incluidos los artículos excluidos de la cobertura del Plan de Beneficios Médicos, y el transporte, el alojamiento, la comida o cualquier otro gasto relacionado con el viaje hacia o desde un centro que proporcione el ensayo clínico sobre el cáncer, para la persona cubierta o cualquier miembro de la familia o acompañante.

Cuidado custodial o supervisado: Cuidado cuyo objetivo principal es asistir a la persona cubierta con las actividades de la vida diaria o para satisfacer las necesidades personales más que médicas, y que no es un tratamiento específico para una enfermedad o lesión. Es un cuidado que no puede esperarse que mejore sustancialmente una condición médica y tiene un valor terapéutico mínimo. Este cuidado incluye, entre otros, lo siguiente:

- Ayuda para caminar, bañarse o vestirse;
- Traslado o ayuda para acostarse;
- Medicamentos normalmente autoadministrados;
- Preparación de comidas;
- Alimentación mediante utensilios, sonda o gastrostomía;
- Higiene bucal;
- Cuidado habitual de la piel y las uñas;
- Cuidado del catéter;
- Succiones;
- Uso del baño;
- Enemas; y
- Preparación de dietas especiales, supervisión de equipos médicos o ejercicios; o
- Autoadministración de medicamentos orales que no requieren la atención constante de personal médico capacitado.

El cuidado puede ser custodial tanto si es recomendado o realizado por un profesional, como si se realiza en un centro (p. ej.: un hospital o un centro de enfermería especializada) o en el domicilio.

Cuidado de condiciones crónicas: cuidado de una condición que continúa y/o se repite durante un periodo prolongado y se caracteriza por una pérdida de la función lentamente progresiva o una pérdida de la función estática/estacionaria en la que se produce poca o ninguna mejora objetiva mensurable a pesar de la intervención terapéutica.

Cuidado de mantenimiento: tratamiento proporcionado para el bienestar continuado de la persona cubierta mediante la prevención del deterioro de la condición clínica crónica de la persona cubierta, y el mantenimiento de un estado estacionario alcanzado, que se encuentra en un punto en el que se puede efectuar poca o ninguna mejora objetiva mensurable en la función músculo-esquelética a pesar de la terapia.

Cuidado por abuso de sustancias: servicios para tratar el alcoholismo o la drogadependencia.

Cuidado preventivo: los servicios médicos que han demostrado, mediante evidencia clínica, ser seguros y eficaces en la detección temprana de enfermedades o en su prevención, han demostrado tener un efecto beneficioso en los resultados de salud e incluyen lo siguiente, según lo requerido por la legislación aplicable:

- Artículos o servicios basados en la evidencia que tienen una calificación “A” o “B” vigente en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos;
- Vacunas que tienen vigente una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades;
- Con respecto a los bebés, niños y adolescentes, el cuidado preventivo basado en la evidencia y las pruebas de detección previstas en las guías integrales respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA);
- Con respecto a las mujeres, el cuidado preventivo y las pruebas de detección adicionales previstas en las guías generales respaldadas por la HRSA; y
- Con respecto a las mujeres, incluye el costo del alquiler de un sacaleches por embarazo junto con el parto. Los beneficios solo están disponibles si los sacaleches se obtienen de un proveedor de equipo médico duradero (DME), un hospital o un médico.

Deducible: monto fijo anual en dólares que una persona cubierta debe pagar antes de que el Plan de Beneficios Médicos pague los servicios médicos cubiertos. El deducible comienza a acumularse a partir del 1.º de julio de cada año. El deducible excluye las primas, los copagos, el coseguro, los cargos facturados por el saldo y los pagos por servicios que el Plan de Beneficios Médicos no cubre. En este Plan de Beneficios Médicos existen dos deducibles: un deducible fuera de la red y el deducible inicial. Ambos deducibles comienzan el 1.º de julio, el primer día del año del plan.

- **Deducible fuera de la red:** monto que una persona cubierta debe pagar antes de que el Plan de Beneficios Médicos comience a pagar los servicios cubiertos fuera de la red. El deducible fuera de la red es de \$300 por persona y \$900 por familia al año. Este deducible no se aplica a los servicios de la red.
- **Deducible inicial:** monto que una persona cubierta tiene que pagar antes de que el Plan de Beneficios Médicos comience a pagar los servicios cubiertos. Este deducible se aplica a los servicios de la red. En el caso de los servicios de la red, el deducible inicial solo se aplica a los servicios que figuran como “sin copago”, con excepción de los que figuran como “cuidado preventivo”. El deducible inicial es de \$350 por persona y \$350 por miembro de la familia, hasta un máximo de \$1,400 por año. El deducible inicial no se aplica si el miembro cubierto está inscrito y cumple con el Plan de mejora de la salud.

Dentro de la red: médico, proveedor o centro que tiene un contrato de participación con la compañía de seguros que ha emitido la tarjeta de identificación a la persona cubierta inscrita en ese Plan de Beneficios Médicos.

Dependiente: el término “dependiente” se refiere al cónyuge legítimo del miembro en el marco de un matrimonio existente legalmente válido, a la pareja de hecho del miembro en el marco de una unión civil legalmente válida y a cualquier hijo del miembro cubierto o de su cónyuge que reúna los requisitos de cobertura establecidos en este Documento del plan, incluido el Anexo.

Discapacidad del aprendizaje: trastorno en uno o más de los procesos psicológicos básicos que intervienen en la comprensión o en el uso del lenguaje hablado o escrito. Esto puede manifestarse en trastornos del aprendizaje, del pensamiento, del habla, de la lectura, de la escritura, de la ortografía, de la aritmética o de la percepción social.

Dispositivo protésico: cualquier dispositivo que sustituya total o parcialmente un órgano del cuerpo (incluidos los tejidos contiguos) o que sustituya total o parcialmente la función de una parte del cuerpo permanentemente inoperante, ausente o que funcione mal, incluidos los aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda o el cuello; o las piernas, los brazos o los ojos artificiales, y cualquier prótesis con soportes, incluida la sustitución si cambia la condición física de la persona cubierta.

Documento del plan: se refiere a este documento (incluidas las cláusulas adicionales y enmiendas), que detalla los derechos, los beneficios, los términos, las condiciones y las limitaciones de la cobertura disponibles para los miembros cubiertos y los dependientes elegibles.

Donante: persona que proporciona tejidos u órganos para su trasplante en un receptor histocompatible.

Emergencia médica: condición médica o del comportamiento cuya aparición es repentina, que se manifiesta por síntomas de suficiente gravedad, incluido dolor intenso, que un lego prudente, con un conocimiento medio de la medicina y la salud, podría esperar razonablemente, en ausencia de atención médica inmediata, que conllevara lo siguiente:

- Poner en grave peligro la salud de la persona cubierta afectada o, en el caso de una condición del comportamiento, poner en grave peligro la salud de esa persona cubierta o de otras;
- Deterioro grave de las funciones corporales de la persona cubierta;
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de la persona cubierta; o
- Desfiguración grave de la persona cubierta.
- Las emergencias médicas incluyen, entre otras, las siguientes condiciones:
 - Dolor de pecho intenso
 - Lesiones graves o múltiples
 - Falta de aliento grave
 - Pérdida del conocimiento
 - Cambio repentino del estado mental (p. ej.: desorientación)
 - Hemorragia grave
 - Intoxicaciones
 - Convulsiones
 - Dolores agudos o condiciones que requieren atención inmediata (sospecha de ataque cardíaco o apendicitis).

La compañía de seguros tendrá derecho a revisar todos los registros médicos pertinentes y tomar la decisión final sobre la existencia de una emergencia médica. En lo que respecta a dichas revisiones retrospectivas, el Plan de Beneficios Médicos sólo cubrirá aquellos servicios y suministros que se determinen como médicamente necesarios y que se realicen para tratar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Todas las emergencias médicas que satisfagan los criterios de una emergencia médica serán tratadas como un servicio de la red, independientemente del lugar donde se reciba el cuidado; siempre que se hayan seguido los protocolos de notificación.

Empleado con horario variable: un empleado respecto del cual, en el momento de la contratación, el empresario no puede determinar razonablemente si trabajará un promedio de 30 horas semanales.

Empleado permanente: empleado que ocupa un puesto en el servicio clasificado que requiere o se espera que requiera los servicios de un titular sin interrupción durante un periodo de más de seis meses; excepto los puestos financiados total o parcialmente por el gobierno federal como parte de cualquier programa de empleo de servicio público, programa de formación en el trabajo o programa de experiencia laboral.

Ensayo clínico sobre el cáncer: estudio organizado, sistemático y científico de terapias, pruebas u otras intervenciones clínicas con fines de tratamiento o paliación o de intervención terapéutica para la prevención del cáncer en seres humanos; con la excepción de que un ensayo clínico para la prevención del cáncer es elegible para la cobertura solo si implica una intervención terapéutica y es un ensayo clínico en fase III que se realiza en múltiples instituciones. Un ensayo clínico sobre el cáncer se debe llevar a cabo con el auspicio de un protocolo independiente con revisión científica externa que haya sido evaluado y aprobado por uno de los siguientes:

- Uno de los Institutos Nacionales de la Salud;
- Un grupo cooperativo afiliado al Instituto Nacional del Cáncer;
- La Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. como parte de una exención de un dispositivo o medicamento de investigación nuevo; o
- El Departamento de Defensa Federal o de Asuntos de Veteranos.

Equipo médico duradero: equipo que:

- Se designa para su uso repetido en el cuidado, diagnóstico o tratamiento médicamente necesarios de una enfermedad o lesión;
- Mejora la función de una parte del cuerpo malformada o evita o retrasa el empeoramiento de la condición médica de la persona cubierta; y
- No es útil en ausencia de lesiones o enfermedades.

Experimental o de investigación: servicios o suministros que incluyen, entre otros, cualquier tratamiento, equipo, medicamento, uso de medicamentos, dispositivo o suministro que el Patrocinador del plan determina, a su entera discreción, que son experimentales o de investigación.

Al tomar su decisión, el Patrocinador del plan considerará que un servicio o suministro es experimental o de investigación si satisface uno o más de los siguientes criterios:

- El servicio o suministro no cuenta con la aprobación final del organismo o los organismos reguladores gubernamentales correspondientes, o tal aprobación para la comercialización no se ha concedido en el momento en que se presta el servicio o se brinda el suministro; o
- Se ha revisado un formulario de consentimiento informado por escrito para el servicio o suministro específico que se está estudiando y/o ha sido aprobado o es requerido por la Junta de Revisión Institucional del centro de tratamiento u otro organismo que cumpla una función similar o si la ley federal requiere dicha revisión y aprobación; o
- Los servicios o el suministro son objeto de un protocolo, de protocolos o de un estudio de ensayo clínico, o están siendo estudiados de otro modo para determinar su dosis de toxicidad máxima tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia o eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico.

Sin perjuicio de lo anterior, los servicios o suministros no se considerarán experimentales si han superado con éxito un ensayo clínico en fase III de la FDA para la enfermedad o condición que se trata o el diagnóstico para el que se prescriben.

Además, un servicio o suministro puede considerarse experimental o de investigación en función de lo siguiente:

- Informes y artículos publicados en bibliografía médica, científica y con revisión científica externa;
- El protocolo o los protocolos escritos utilizados por el centro de tratamiento o por otro centro que estudie sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento; o
- El consentimiento informado escrito utilizado por el centro de tratamiento o por otro centro que estudie sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento.

Fecha de colocación: la asunción y retención por parte de una persona de una obligación legal de manutención total o parcial de un niño antes de su adopción.

Fecha de entrada en vigencia: se refiere a la fecha en que un miembro cubierto y sus dependientes cubiertos, si hubiera, son aceptados por el empleador participante y son elegibles para recibir los beneficios de los servicios cubiertos en virtud de este Plan de Beneficios Médicos.

Fórmula especializada: preparados modificados con aminoácidos y productos alimenticios modificados con bajo contenido en proteínas, recetados y administrados por un médico para el tratamiento de una enfermedad metabólica hereditaria, para personas que están o van a estar desnutridas o sufren trastornos que, si no se tratan, causarán discapacidad crónica, retraso mental o la muerte. Se requiere la receta del proveedor de atención primaria o del pediatra del paciente.

Fórmula infantil especializada: una fórmula nutricional para niños de hasta 12 años que está exenta de los requisitos generales de etiquetado nutricional según las guías legales y reglamentarias de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos y que está destinada a utilizarse únicamente bajo supervisión médica en el tratamiento nutricional de enfermedades específicas. Se requiere la receta del proveedor de atención primaria o del pediatra del paciente.

Fuera de la red: los servicios que se hayan obtenido de un médico no participante, un hospital no participante u otro proveedor no participante que no esté afiliado a la compañía de seguros en el marco del Plan de Beneficios Médicos. Según el Plan de Beneficios Médicos, obtener tratamiento o cuidado de un proveedor fuera de la red puede dar lugar a que los servicios no estén cubiertos en absoluto (en el caso de los Planes POE o POE-G) o que estén cubiertos pero que la persona cubierta tenga que satisfacer un deducible, pagar una parte del monto permitido (normalmente el 20%) y seguir siendo responsable del pago de los cargos facturados que superen el monto máximo permitido por Anthem para el servicio obtenido.

Gasto permitido: un gasto permitido médicamente necesario, para un elemento de gasto para cuidado médico, cuando el elemento de gasto, incluido cualquier monto de copago, está cubierto al menos en parte por uno o más planes que cubren a la persona cubierta para la que se realiza la reclamación. Cuando este Plan de Beneficios Médicos proporciona servicios cubiertos, el valor razonable en efectivo de cada servicio cubierto es el gasto permitido y es un beneficio pagado.

Hospicio: centro, organización o agencia que se dedica principalmente a proporcionar alivio del dolor, tratamiento de los síntomas y servicios de apoyo a los enfermos terminales y sus familias.

Hospital: institución que proporciona servicios continuos durante las 24 horas del día a pacientes confinados, y cuya función principal es proporcionar instalaciones de diagnóstico y terapéuticas para el diagnóstico quirúrgico y médico, el tratamiento o el cuidado de personas lesionadas o enfermas. Un equipo profesional de médicos y cirujanos certificados debe prestar o supervisar los servicios. La institución debe ofrecer instalaciones y servicios hospitalarios generales y de cirugía mayor o servicios especializados.

- **Hospital general:** hospital que está certificado como tal por el estado de Connecticut y que cuenta con la acreditación adecuada de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Cuidado Médico (JCAHO). Si se encuentra fuera del estado, un hospital general debe tener una licencia y una acreditación equivalentes a las del estado.
- **Hospital de especialidades:** hospital que no es un hospital general, sino que está certificado por el estado de Connecticut como un determinado tipo de hospital de especialidades y cuenta con la acreditación adecuada de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Cuidado Médico (JCAHO). Si se encuentra fuera del estado, el hospital de especialidades debe tener una licencia y acreditación equivalente a la del estado.
- **Hospital participante:** hospital designado y aceptado como hospital participante por la compañía de seguros para prestar servicios cubiertos a las personas cubiertas según los términos del Plan de Beneficios Médicos.
- **Hospital no participante:** cualquier hospital debidamente certificado que no sea un hospital participante según los términos del Plan de Beneficios Médicos.
- **Hospital de campaña móvil:** centro modular y transportable que se utiliza de forma intermitente, desplegado a discreción del gobernador o de la persona designada por este, con fines de capacitación o en caso de una emergencia de salud pública o de otro tipo para fines de cuidado en aislamiento o para aplicar el protocolo de intervención y tratamiento durante un evento que conlleva una cantidad masiva de víctimas, o para proporcionar mayor capacidad de respuesta para un hospital durante un evento que conlleva una cantidad masiva de víctimas o un fallo de la infraestructura, y que está certificado como tal por el estado de Connecticut.

No se considerará hospital lo siguiente:

- Una unidad de convalecencia o de cuidado extendido dentro del hospital o afiliada a él;
- Una clínica no hospitalaria;
- Una residencia de ancianos, de descanso o de convalecencia, o un centro de cuidado médico extendido;
- Una institución que funciona principalmente para el cuidado de ancianos;
- Un balneario, spa o sanatorio; o
- Cualquier centro que no cuente con la debida licencia estatal y que no esté acreditado como hospital por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Cuidado Médico (JCAHO); excepto un hospital situado fuera de los Estados Unidos.

Hospitalización parcial: tratamiento continuo en un hospital general, hospital de especialidades o centro de tratamiento residencial que no dure menos de cuatro horas ni más de 12 horas en un periodo de 24 horas.

Infertilidad: condición de un individuo presuntamente sano que no puede concebir o producir la concepción o mantener un embarazo exitoso durante un periodo de un año.

Información de Salud Protegida (PHI): información de salud individualmente identificable que:

- Es creada o recibida por un proveedor de cuidado médico, una compañía de seguros o un plan médico;
- Está relacionada con la salud física o mental pasada, presente o futura o una condición de un individuo, la prestación de cuidado médico a un individuo o el pago pasado, presente o futuro para la prestación de cuidado médico al individuo; e
- Identifica al individuo o con respecto al cual existe una base razonable para creer que la información puede utilizarse para identificar al individuo.

La PHI excluye la información de salud o la información médica suministrada al Patrocinador del plan en su papel de empleador. Por ejemplo, la información médica presentada en respaldo de una solicitud de licencia médica familiar o por discapacidad.

Inscripción abierta: periodo durante el cual los empleados pueden seleccionar o realizar cambios en su cobertura médica de grupo para ellos mismos o sus dependientes.

Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio: la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (P.L. 111-148) y la Ley de Conciliación del Cuidado Médico y Educación de 2010.

Máximo de costos compartidos: el monto de deducible y coseguro que paga la persona cubierta por Año calendario. El máximo de costos compartidos no incluye los cargos aplicables a los servicios que superen los límites del Plan de Beneficios Médicos para esos beneficios, los costos compartidos para trasplantes de órganos y tejidos humanos cuando el centro no esté designado y aprobado por la compañía de seguros, ni los cargos que superen el monto máximo permitido.

Máximo de gastos de bolsillo: lo máximo que una persona cubierta pagaría durante un periodo de cobertura (normalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Lo siguiente **no** se incluye en el cálculo del máximo de gastos de bolsillo:

- Primas;
- Cargos por facturación del saldo; y
- Servicios médicos que el Plan de Beneficios Médicos no cubre.

Medicamento necesario (necesidad médica): un servicio que es prescrito por un médico o proveedor debidamente certificado y que puede ser un servicio cubierto que un médico, ejerciendo un juicio clínico prudente, proporcionaría a un paciente con el fin de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas, y que:

- Se adecua a los estándares de práctica médica generalmente aceptados;
- Es clínicamente apropiado, en cuanto al tipo, la frecuencia, el alcance, el lugar y la duración, y se considera eficaz para la enfermedad, lesión o afección del paciente; y
- No es principalmente para la comodidad del paciente, del médico o de otro proveedor de cuidado médico, y no es más costoso que un servicio o secuencia de servicios alternativos que tengan al menos la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes en cuanto al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, lesión o dolencia de ese paciente.

A los efectos de esta subsección, “estándares de práctica médica generalmente aceptados” se refiere a los estándares basados en evidencias científicas confiables, publicadas en bibliografía médica con revisión científica externa que cuenta con el reconocimiento general de la comunidad médica pertinente o cumple con los estándares establecidos en cuestiones de políticas que implican criterios clínicos.

Medicare: Título XVIII de la Ley del Seguro Social de 1965, con sus enmiendas.

Médico: cualquier doctor en medicina (M.D.), médico osteópata (D.O.), dentista (D.D.S./D.M.D.), podólogo (Pod. D/D.S.C./D.P.M.), doctor en quiropráctica (D.C.), naturópata (N.D.), optometrista (O.D.) o psicólogo (Ph.D./E.D./PsyD.) certificado para ejercer en el estado donde se prestan los servicios.

Miembro cubierto: una persona que es elegible y está inscrita para los servicios cubiertos en virtud de un empleo pasado o actual con el empleador participante.

Monto máximo permitido: la expresión “monto máximo permitido” significa, salvo lo requerido por ley, lo siguiente:

- Monto acordado por la compañía de seguros y un proveedor participante como compensación plena por los servicios cubiertos prestados a una persona cubierta; o
- Con respecto a un proveedor no participante, un monto designado por la compañía de seguros y basado en el monto pagado a un proveedor participante por un servicio concreto.

Cuando corresponda, la persona cubierta tiene la obligación de pagar los costos compartidos como componente de este monto máximo permitido. El monto que el Patrocinador del plan pagará por los servicios cubiertos será el monto máximo permitido o el cargo facturado, lo que sea menor. El monto que la persona cubierta pagará por los costos compartidos se calculará sobre la base del monto máximo permitido o de los cargos facturados, lo que sea menor.

Tenga en cuenta que el monto máximo permitido puede ser mayor o menor que los cargos facturados por el proveedor participante por el servicio cubierto.

Norma de 75: una cláusula negociada colectivamente aplicable a determinados empleados que dejan el servicio estatal en estado diferido, con derechos adquiridos, que requiere que un individuo alcance la edad de 75, en combinación con sus años de servicio en el Estado, como condición para inscribirse en los beneficios de salud como empleado estatal jubilado.

Paciente ambulatorio: persona cubierta que recibe servicios en la sala de emergencia de un hospital, en el consultorio del médico o en un centro quirúrgico ambulatorio, y sale de allí en menos de 24 horas.

Paciente hospitalizado: persona cubierta que ocupa una cama en un hospital u otro centro de cuidados médicos de 24 horas, que recibe alojamiento además de diagnóstico, cuidado o tratamiento, y que se cuenta como paciente hospitalizado en el momento del censo del hospital o del centro de cuidados médicos de 24 horas.

Patrocinador del plan: es la Oficina del Contralor del Estado en nombre del estado de Connecticut.

Periodo de determinación de reclamaciones: el periodo de determinación de reclamaciones es un Año calendario. Sin embargo, no incluye ninguna parte de un Año calendario durante la cual una persona no tenga cobertura en virtud de este Plan de Beneficios Médicos, ni ninguna parte de un Año calendario anterior a la fecha de entrada en vigencia de las cláusulas de Coordinación de Beneficios (COB) o una cláusula similar.

Persona cubierta: un dependiente de un miembro cubierto que está inscrito en este Plan de Beneficios Médicos y es elegible para los beneficios de los servicios cubiertos.

Plan de tratamiento individual: plan de tratamiento prescrito por un médico con metas y objetivos específicos alcanzables y adecuados tanto para el paciente, como para la modalidad de tratamiento del programa.

Plan primario: plan cuyos beneficios para la cobertura médica de una persona deben determinarse sin tener en cuenta la existencia de ningún otro plan. Un plan es un plan primario si:

- El plan no tiene normas sobre la determinación del orden de los beneficios o tiene normas que difieren de las establecidas en este Documento del plan; o
- Todos los planes que cubren a la persona utilizan las normas de determinación del orden de los beneficios conforme se indica en este Documento del plan y en virtud de esas normas, el plan determina sus beneficios en primer lugar. Puede haber más de un plan primario (p. ej.: dos planes que no tienen normas sobre la determinación del orden de los beneficios).

Cuando este Plan de Beneficios Médicos es el plan primario, los servicios cubiertos se prestan o se cubren sin tener en cuenta los beneficios del otro plan.

Plan secundario: un plan que no es un plan primario. Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, las normas sobre determinación del orden de los beneficios de este Documento del plan deciden el orden en que se determinan sus beneficios en relación con los demás. Los beneficios del plan secundario pueden tomar en consideración los beneficios del plan o los planes primario(s) y los beneficios de cualquier otro plan que, según las normas de este Documento del plan, tenga sus beneficios determinados antes que los del plan secundario.

Cuando este Plan de Beneficios Médicos es el plan secundario, los beneficios de los servicios cubiertos por el Plan de Beneficios Médicos pueden reducirse y el plan puede recuperar del plan primario, del proveedor de los servicios cubiertos o de la persona cubierta, el valor razonable en efectivo de los servicios cubiertos proporcionados por este Plan de Beneficios Médicos.

Plan: cualquiera de estos que proporcione beneficios o servicios para tratamiento o cuidado dental o médico, o debido a esto.

- Seguro para grupos o cobertura de grupo, ya sea asegurado o autoasegurado. Esto incluye las coberturas prepagas, HMO, consultorio grupal o individual, así como las coberturas de seguro que no están disponibles para el público en general y que solo pueden obtenerse y mantenerse debido a la cobertura en una organización o grupo en particular o en relación con estos; no incluye la cobertura por accidente de estudiantes o cobertura médica y por accidente de estudiantes por la que el estudiante o los padres pagan la totalidad de la prima.
- Cobertura en virtud de un plan del gobierno o requerida o provista por ley. Esto no incluye un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX, Subvenciones a los Estados para Programas de Asistencia Médica, de la Ley del Seguro Social de los Estados Unidos, conforme se enmiende ocasionalmente). Tampoco incluye ningún plan cuando, por ley, sus beneficios son superiores a los de cualquier programa de seguro privado u otro programa no gubernamental. Tampoco comprende contratos grupales emitidos o reasegurados a través de la Asociación de Reaseguro de Salud ni los contratos de suscriptor emitidos por un mecanismo de mercado residual establecido por corporaciones de servicios médicos y hospitalarios y que proporcionan una cobertura médica integral, según lo dispuesto en la Ley de Atención Médica de Connecticut, tal y como está constituida en la actualidad o según se enmiende posteriormente.
- Cobertura de beneficios médicos de contratos automotores sin atribución de culpabilidad y tradicionales con atribución de culpabilidad, individuales y grupales o de grupo.

Cada contrato u otro acuerdo de cobertura en virtud de la primera y la segunda viñetas es un plan independiente.

Preparación modificada con aminoácidos: producto destinado al tratamiento nutricional de una enfermedad metabólica hereditaria bajo la dirección de un médico.

Producto alimenticio modificado bajo en proteínas: producto formulado con menos de un gramo de proteínas por porción y destinado al tratamiento nutricional de una enfermedad metabólica hereditaria bajo la dirección de un médico.

Programa diurno/nocturno: tratamiento continuo que consiste en no menos de cuatro horas y no más de 12 horas, en cualquier periodo de 24 horas, cuando se recibe en un hospital general o de especialidades o en un centro de tratamiento por abuso de sustancias.

Proveedor preferido: se refiere a un centro o profesional médico debidamente autorizado o certificado que ha sido designado por la compañía de seguros de la persona cubierta como proveedor de servicios de alto valor y cuya utilización puede calificar para copagos reducidos o pagos de incentivos.

Proveedor: cualquier centro o profesional médico debidamente autorizado o certificado que preste servicios o suministros médicos a las personas cubiertas.

Prueba: cualquier información que pueda ser requerida por la compañía de seguros o el empleador participante para determinar satisfactoriamente la elegibilidad de una persona cubierta o el cumplimiento de cualquier cláusula de este Plan de Beneficios Médicos.

Resumen de la información de salud: información que resume el historial de reclamaciones, los gastos de las reclamaciones o los tipos de experiencia de las reclamaciones por parte de los individuos a los que el Patrocinador del plan proporcionó beneficios de salud en virtud de un plan médico y en la que se ha suprimido la información descrita en el CFR, Título 45, §164.514(b)(2)(i) (excepto la información geográfica que solo debe agregarse al nivel de un código postal de cinco dígitos).

Revisión concurrente: proceso de supervisión de una admisión como paciente hospitalizado para decidir la continuidad de la necesidad médica, a partir de la asignación de la Certificación previa inicial de días y hasta el alta de la persona cubierta.

Servicio militar: cumplimiento del servicio de forma voluntaria o involuntaria, e incluye el servicio activo, el servicio activo para entrenamiento, el servicio activo inicial para entrenamiento, el servicio inactivo para entrenamiento y el servicio de la Guardia Nacional a tiempo completo.

Servicio(s) cubierto(s): los servicios, suministros o tratamientos detallados en este Documento del plan. Para ser un servicio cubierto, el servicio, suministro o tratamiento debe tener las siguientes características:

- Ser médicamente necesario o estar incluido específicamente como un beneficio en el presente Documento del plan.
- Estar dentro del alcance de la licencia del proveedor que presta el servicio.
- Ser prestado mientras la cobertura de este Documento del plan está en vigencia.
- No ser experimental o de investigación o estar excluido o limitado por el Documento del plan.
- Estar autorizado previamente por la compañía de seguros si esa Certificación previa es requerida en virtud del Documento del plan.

Servicios de diagnóstico por imágenes de alto costo: resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA), tomografía axial computarizada (CAT), angiografía por tomografía computarizada (CTA), tomografía por emisión de positrones (PET) y tomografía de emisión monofotónica (SPECT).

Sitio de servicio: un programa en el que los servicios de radiografía, de laboratorio (que no sean mamografías) y los servicios de diagnóstico por imágenes de alto costo que se realicen dentro del área de servicio primaria de Anthem conllevarán costos compartidos variables en función del proveedor seleccionado. Las personas cubiertas que utilicen un proveedor preferido dentro de la red para un servicio estarán cubiertas al 100%. Los que utilicen un proveedor no preferido dentro de la red incurrirán en un coseguro del 20%. Los que utilicen un proveedor fuera de la red estarán sujetos a un coseguro del 40%.

Tarjeta de identificación: tarjeta emitida por la compañía de seguros a un miembro o dependiente cubierto para su identificación. La persona cubierta debe mostrar la tarjeta de identificación para obtener los servicios cubiertos.

Terapia conductual para el autismo: terapia conductual proporcionada por un analista de conducta certificado por la Junta de Certificación de Analistas de Conducta, un médico certificado o un psicólogo certificado, o bajo la supervisión de uno de ellos.

- **Supervisión:** al menos una hora de supervisión cara a cara del proveedor de servicios para el autismo por cada diez horas de terapia conductual proporcionada por el analista de conducta auxiliar o el terapeuta conductual certificado supervisado.

Terapia conductual: cualquier terapia conductual interactiva derivada de la investigación basada en la evidencia, incluidos, entre otros, el análisis conductual aplicado y la terapia conductual cognitiva, u otras terapias respaldadas por la evidencia empírica del tratamiento efectivo de los individuos diagnosticados con un trastorno del espectro autista, que:

- Se proporcionan a menores de 21 años; y
- Se proporcionan bajo la supervisión de un proveedor de terapia conductual para el autismo.

Totalmente discapacitado: debido a una lesión o enfermedad, el miembro cubierto es incapaz de desempeñar las funciones de cualquier ocupación para la que es apto por su educación, capacitación o experiencia. Un dependiente estará totalmente incapacitado si, debido a una lesión o enfermedad, no puede realizar prácticamente ninguna de las actividades normales de las personas de su misma edad y sexo que gozan de buena salud. La compañía de seguros determinará si una persona cubierta está totalmente incapacitada y tendrá derecho a solicitar una prueba de discapacidad continua al menos una vez al año.

Trastorno de identidad de género: condición en la que una persona siente una fuerte y persistente identificación con el género opuesto acompañada de una intensa sensación de incomodidad en su propio género.

Trastornos del espectro autista: según se establece en la edición más reciente del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Los resultados de un diagnóstico de trastorno del espectro autista serán válidos durante un periodo de doce meses; a menos que el médico certificado, el psicólogo certificado o el trabajador social clínico certificado de la persona cubierta determinen que es apropiado un periodo más corto o cambien los resultados del diagnóstico de la persona cubierta.