Estado de Connecticut

Plan médico

Documento del Plan 2026



Reformulado: 1 de julio de 2026

Actualizado: 20 de octubre de 2026

Documento del plan de beneficios médicos del estado de Connecticut

El estado de Connecticut se complace en ofrecer los siguientes servicios de beneficios médicos cubiertos a los Empleados elegibles y a sus Dependientes elegibles.

El estado de Connecticut está autoasegurado con respecto al pago de reclamaciones médicas. Los beneficios descritos en este documento del Plan o cualquier cláusula adicional o enmienda adjunta al mismo son financiados por el estado de Connecticut.

Administrado por: Anthem Health Plans, Inc. (Conocida como Anthem). Anthem, a través de su administrador externo (TPA), AmeriBen, lleva a cabo las autorizaciones previas y coordina las revisiones clínicas de los servicios médicos. Anthem, a través de su asociación con Carelon, realiza las autorizaciones previas y coordina las revisiones clínicas de los servicios de salud conductual y los MEDICAMENTOS CON RECETA administrados por el Plan médico.

Anthem proporciona únicamente servicios de pago de reclamaciones administrativas y no asume ningún riesgo ni obligación financiera con respecto a las reclamaciones.

Servicios para Miembros proporcionados por: Quantum Health, Inc. (En adelante, Quantum o Servicios para Miembros). Quantum brinda servicio al cliente por teléfono y correo electrónico, administra el Programa de Mejora de la Salud (HEP) y no asume ningún riesgo ni obligación financiera con respecto a las reclamaciones.

Si tiene preguntas sobre el Plan, llame al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de Anthem. Asegúrese también de consultar el sitio web de beneficios del estado de Connecticut, **carecompass.ct.gov**, para obtener información sobre cómo encontrar un Proveedor, obtener respuestas a preguntas y acceder a consejos de salud y bienestar.

Para hispanohablantes: si necesita ayuda en español para entender este documento, puede solicitarla sin costo adicional, llamando al número de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Índice

Introducción 5

Elegibilidad 6

Inscripción 16

Cómo funciona este plan 20

Lo que usted paga por los servicios cubiertos 39

Servicios cubiertos 41

Exclusiones: servicios, medicamentos y suministros que no cubrimos 75

Presentar una reclamación por Servicios Cubiertos 80

Coordinación de beneficios con Medicare y otras coberturas 83

Disposiciones generales del Plan 89

Definiciones 93

Lista de Beneficios 105

Avisos obligatorios 125

Ayuda para leer este documento 127

Introducción

Plan Médico para Miembros del estado de Connecticut

Este documento describe el PLAN médico (en adelante, el "Plan") que ofrece el estado de Connecticut. Proporciona una descripción clara de cómo acceder a la atención médica, qué servicios están cubiertos y qué costos están involucrados. Muchas secciones de este documento están interrelacionadas, por lo que leer solo una o dos secciones puede no proporcionar una comprensión completa de su cobertura. Es recomendable leer el documento completo para familiarizarse con los términos de su cobertura.

El estado de Connecticut ha contratado a Anthem para administrar los beneficios bajo el Plan. El estado se adhiere a los acuerdos de Anthem, que pueden incluir la coordinación de beneficios, límites de presentación oportuna y otros requisitos administrativos. Los beneficios del Plan que se describen aquí son solo para EMPLEADOS y JUBILADOS del estado de Connecticut y sus DEPENDIENTES elegibles (denominados "MIEMBROS"). Los servicios médicos están sujetos a limitaciones y exclusiones específicas, copagos, deducibles y normas de coseguro que se exponen en este documento.

Otros documentos determinan los detalles de la cobertura médica que usted es elegible para recibir, como el contrato entre el estado y Anthem (conocido como la Organización de Servicios Administrativos), los contratos entre Anthem y los PROVEEDORES médicos, y este documento, incluyendo cualquier enmienda, endoso o cláusula adicional. En conjunto, estos documentos forman el contrato legal completo bajo el cual está disponible la cobertura médica (denominada "SERVICIOS CUBIERTOS"). Cualquier cobertura anterior será reemplazada por la versión más actual del Plan.

Los beneficios descritos en este documento están disponibles para todos los Miembros que cumplan con las pautas de NECESIDAD MÉDICA, independientemente de su raza, color, credo religioso, sexo, identidad o expresión de género real o percibida, orientación sexual, estado civil, edad, origen nacional, ascendencia, discapacidad intelectual, discapacidad mental, discapacidad de aprendizaje, discapacidad física, condición de veterano, condición de víctima de violencia doméstica o estado serológico respecto del VIH.

Muchos términos utilizados en el Plan tienen significados específicos y se definen en la sección *Definiciones* en la página 93. La primera aparición de estos términos definidos aparece en MAYÚSCULAS, y las apariciones posteriores aparecen en mayúsculas iniciales.

Cómo obtener asistencia lingüística

Llame al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación y un representante de Servicios para Miembros podrá ayudarlo. Los servicios TTY/TDD también están disponibles marcando 711.

Elegibilidad

Los requisitos de elegibilidad se describen en términos generales a continuación. Para obtener información más específica, visite carecompass.ct.gov.

Empleados/Jubilados Elegibles

Empleados activos

A menos que se especifique lo contrario en un convenio colectivo de trabajo aplicable o en las condiciones de empleo, un Empleado debe trabajar **al menos la mitad de las horas por período de pago de un Empleado a tiempo completo en su puesto** (el equivalente a 0.5 horas a tiempo completo) para poder participar en el Plan (a menos que la cobertura del Empleado exija algo distinto en virtud de la Ley de Cuidado de Salud Asequible). Se aplicarán normas especiales a los Empleados que no presten servicios clasificados, los Empleados profesionales a tiempo parcial de los organismos de educación superior y los grupos de personas que no sean Empleados que participan en los planes de Empleados del estado en virtud del artículo 5-259 de los estatutos generales.

Además de las disposiciones establecidas anteriormente, el Empleado activo también debe ser:

- un Empleado permanente; o
- un Empleado en un puesto a tiempo completo que requiera o se espere que requiera los servicios del titular durante un período superior a seis meses (incluso si dicho puesto se considera “temporal”), el primer día del mes siguiente a la finalización de 60 días de servicio ininterrumpido; o
- Un Empleado del servicio clasificado que esté contratado de manera provisional (y cuyo servicio se prorrogue debido a retrasos en el proceso de examen), el primer día del mes siguiente a la finalización de 60 días de servicio continuo.

Empleados con jornada variable

Cuando en el momento de la contratación el estado no pueda determinar de forma razonable si un nuevo Empleado trabajará un promedio de 30 horas semanales, se considera que el Empleado es un Empleado con jornada variable. En el caso de estos Empleados, el estado determinará si han trabajado, en promedio, 30 horas semanales a partir de un período inicial de medición de 12 meses. Si al final de dicho período se comprueba que el Empleado trabajó un promedio de 30 horas semanales, este tendrá derecho a participar en el Plan durante los 12 meses siguientes mientras permanezca empleado, independientemente de cuántas horas haya trabajado realmente durante dicho período.

Miembros jubilados no elegibles para Medicare

La elegibilidad para los beneficios de salud de los jubilados se determina por ley, por los convenios colectivos de trabajo y por la Política de la División de Políticas y Beneficios de Atención Médica emitida por la Oficina del Contralor del Estado.

El Plan para Jubilados no Elegibles para Medicare proporcionará beneficios a un Empleado jubilado (y a sus dependientes elegibles inscritos, si corresponde) solo en la medida en que:

- No sean elegibles para participar en las Partes A y B de Medicare.
- si es elegible para Medicare, no viva 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.

Dependientes elegibles

Para que los Dependientes elegibles puedan inscribirse en 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 constancia de la condición de Dependiente en cualquier momento.

Los Dependientes elegibles incluyen:

- **Cónyuge o pareja de unión civil reconocida fuera de Connecticut.** El cónyuge legal del Miembro cubierto bajo un matrimonio legalmente válido y existente o el compañero de unión civil reconocido del Miembro cubierto según lo define el estado de Connecticut.[1] Salvo lo establecido en esta sección, una persona de la cual un Miembro cubierto esté divorciado o separado legalmente no es elegible para la cobertura. Excepciones:
  - La persona de la que el Miembro cubierto está **legalmente separado** puede seguir estando cubierta por el Plan durante un máximo de tres años a partir de la fecha de la sentencia o hasta que cualquiera de las partes vuelva a contraer matrimonio, lo que ocurra primero, siempre que el excónyuge estuviera cubierto por el Plan inmediatamente antes de la entrada en vigor de la sentencia de separación legal y que el Miembro cubierto pague el 100% del costo de la cobertura individual (parte correspondiente al Empleado más parte correspondiente al estado) del excónyuge después de deducir los impuestos. Esto será adicional al costo de cobertura del Miembro cubierto; o
  - Una persona de la cual el Miembro cubierto esté **divorciado** puede continuar con la cobertura del Plan durante un máximo de tres años a partir de la fecha de la sentencia o hasta que cualquiera de las partes vuelva a contraer matrimonio, lo que ocurra primero, siempre que el excónyuge haya estado cubierto por el Plan inmediatamente antes del divorcio y que la sentencia exija que el Miembro cubierto proporcione cobertura de seguro de salud para el excónyuge. El Miembro cubierto paga el 100% del costo de la cobertura individual (parte correspondiente al Empleado más parte correspondiente al estado) del excónyuge después de deducir impuestos. Esto será adicional al costo de cobertura del Miembro cubierto.

[1] Si un Miembro cubierto fallece antes de jubilarse, es posible que el cónyuge que no haya estado casado con el Empleado fallecido durante al menos 12 meses antes de la fecha del fallecimiento no sea elegible para continuar con la cobertura.

- **Hijo del Miembro cubierto,[2] cónyuge del Miembro cubierto o pareja de unión civil reconocida del Miembro cubierto.** El cónyuge del Miembro cubierto, o su pareja de unión civil reconocida, un hijo del Miembro cubierto, incluido un hijastro; un niño dado legalmente en adopción; un niño adoptado legalmente; o un tutelado legal. Los hijos son elegibles para continuar con la cobertura hasta el último día del año calendario en que cumplan 26 años.
- **Hijo recién nacido.** La cobertura del Plan se proporcionará al hijo recién nacido del Miembro cubierto desde el momento de su nacimiento. El miembro cubierto debe presentar un formulario de inscripción completo a su agencia empleadora dentro de los 91 días posteriores a la fecha de nacimiento para mantener la cobertura para el recién nacido.
- **Recién nacido de un hijo Dependiente cubierto.** El hijo recién nacido de una hija afiliada Dependiente tiene derecho a la cobertura desde el momento del nacimiento hasta los 91 días inmediatamente posteriores al parto inclusive. El recién nacido de un hijo Dependiente cubierto no tiene derecho a la cobertura del Plan más allá del período de 91 días.
- **Hijo totalmente discapacitado.** El hijo totalmente discapacitado que no pueda mantener un empleo debido a una discapacidad física o mental podrá continuar con la cobertura más allá del límite de edad establecido en el Plan, siempre que:
  - esté incapacitado para mantener un empleo debido a una discapacidad física o mental certificada por un MÉDICO/Proveedor y de cuyo mantenimiento y manutención sea responsable principalmente el Miembro cubierto (o su cónyuge o pareja de unión civil); y
  - haya quedado discapacitado antes de la edad límite para un hijo dependiente y tenía una cobertura comparable como dependiente al momento de la inscripción; y
  - si tiene más de 26 años y no está casado.

  Usted y el médico/proveedor tratante de su hijo dependiente deben completar el formulario "Certificación para un hijo dependiente con discapacidad mental o física mayor de la edad máxima" proporcionado por Anthem. Este formulario requiere documentación que acredite que el dependiente depende económicamente de su apoyo o del de su cónyuge. Por lo general, la documentación se proporciona en forma de declaración de impuestos federales que muestra al niño reclamado como dependiente. A partir de entonces, se debe proporcionar la constancia de discapacidad y dependencia continuadas como máximo una vez al año.
- **Hijo menor de edad del que el Miembro cubierto es tutor legal.** Un hijo menor de edad que resida con un Miembro cubierto y para el que el Miembro cubierto (o su cónyuge) haya sido nombrado tutor legal de la persona por un tribunal de jurisdicción competente puede ser miembro como Dependiente. La cobertura finalizará cuando el hijo cumpla 18 años o cuando finalice la tutela, lo que ocurra primero.
- **Continuación de la cobertura del antiguo tutelado tras el cese de la tutela legal.** Si la persona cubierta demuestra que un extutelado que estaba miembro en el Plan inmediatamente antes de cumplir los 18 años sigue dependiendo de ella (ya sea como "hijo elegible" o como "familiar elegible" a efectos del impuesto federal a 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

[2] Los jubilados del sistema de pensiones de jubilación de jueces de tribunales testamentarios (PJRS, por sus siglas en inglés) no pueden inscribir a sus hijos en la cobertura. Para esta población, la cobertura para dependientes se limita al cónyuge o a la pareja de unión civil reconocida.

26 años. Se debe proporcionar la constancia de dependencia continuada una vez al año. Si la persona cubierta mantiene una relación parental/de apoyo con un antiguo tutelado que estaba miembro en el Plan inmediatamente antes de cumplir los 18 años, pero no es elegible para considerar al hijo como Dependiente a efectos del impuesto federal a la renta, el valor justo de mercado de dicha cobertura se imputará como ingreso a la persona cubierta.

- **Órdenes médicas calificadas de manutención (QMCSO).** Un hijo Dependiente puede estar cubierto como consecuencia de una orden de relaciones domésticas emitida por un tribunal estatal a favor de un padre que sea una persona cubierta o el cónyuge del Miembro cubierto, siempre que el hijo sea menor de 26 años. La afiliación puede ser necesaria incluso en circunstancias en las que el hijo no estaba cubierto anteriormente por el Plan.

Ausencia de limitaciones por afecciones preexistentes

No nos negaremos a cubrir el tratamiento de una afección que usted tenía antes de inscribirse en este Plan únicamente porque tenía la afección antes de inscribirse.

Cambios que afectan la elegibilidad

Es responsabilidad del Miembro cubierto notificar al estado sobre cualquier cambio de situación que haga que una persona afiliada no sea elegible para continuar con la cobertura como Dependiente. La notificación debe efectuarse en un plazo de **31 días a partir del evento que califica** y la cobertura de la persona que ya no es elegible finalizará el primer día del mes siguiente.

Los Empleados activos deben notificar por escrito el evento que califica a la oficina de personal/nóminas de la entidad empleadora. Los jubilados deben enviar la notificación a la Unidad de Seguro Médico para Jubilados de la División de Política Sanitaria y Servicios de Prestaciones, Oficina del Contralor del Estado.

Algunos ejemplos de eventos que califican que deben notificarse en un plazo de 31 días son:

- Terminación de una tutela legal de un niño inscrito como resultado de una orden judicial, la expiración de una tutela temporal, el funcionamiento de la ley o el cumplimiento de los 18 años del niño, lo que ocurra primero.
- Divorcio o dictación de sentencia de separación legal.

Estos cambios de situación son eventos que pueden otorgar a sus antiguos Dependientes el derecho a continuar con la cobertura médica a su cargo durante un plazo limitado según la ley federal conocida como COBRA. Aunque el Plan exige la notificación y finalización de la cobertura para las personas no elegibles en un plazo de 31 días a partir del cambio de la condición de elegibilidad, la normativa federal concede al Dependiente no elegible hasta 60 días para notificar al estado el cambio de situación con el fin de obtener la continuación de la cobertura en virtud de la ley COBRA. Si no se proporciona aviso del cambio de estado dentro del período de 60 días después del evento que califica, el Plan no está obligado a proporcionar cobertura de continuación COBRA.

Consulte la página 12 para obtener más información.

Los hijos del excónyuge de un Miembro cubierto (hijastros del Miembro cubierto) no son elegibles para recibir cobertura continua después del divorcio o la separación legal. Debe comunicarse con el estado para informarnos la fecha del divorcio o anulación y solicitar que eliminemos a su excónyuge y a sus hijastros.

Falta de notificación del cambio de situación

La continuidad de la condición de dependiente podrá ser objeto de auditoría tras la inscripción inicial. Cualquier Miembro cubierto que a sabiendas inscriba a un individuo no elegible o tergiverse (o retenga) hechos sobre el estado de un individuo inscrito, o no notifique al estado sobre un evento o suceso que haga que un individuo inscrito no sea elegible para la cobertura continua bajo el Plan, puede estar sujeto a una o más de las siguientes medidas:

- una medida disciplinaria, incluido el despido, por afiliar o mantener la afiliación de una persona que no es elegible para la cobertura como Dependiente o por no notificar al estado sobre cualquier cambio de situación (divorcio, separación legal, abandono del servicio estatal, etc.) que haga que un Miembro cubierto no sea elegible para la tarifa de cónyuge familiar menos empleado;
- el impuesto sobre el valor justo de mercado de la cobertura de beneficios de salud proporcionada a una persona no elegible (declarado al Servicio de Impuestos Internos como ingresos del Empleado o jubilado);
- la responsabilidad por el valor de las reclamaciones pagadas en nombre de un excónyuge o Dependiente no elegibles;
- la restitución de la parte que corresponda al estado de las PRIMAS adelantadas por el Dependiente no elegible;
- la rescisión de la cobertura solo con carácter prospectivo;
- Suspensión de la elegibilidad para la cobertura bajo el Plan.
- acciones penales por fraude.

Pérdida de la cobertura

Salvo que se disponga lo contrario, su cobertura puede finalizar en las siguientes situaciones:

- Cuando finaliza el ACUERDO DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS entre el estado y Anthem. Si su cobertura es a través de una asociación, su cobertura terminará cuando finalice el Acuerdo de Servicios Administrativos entre la asociación y el estado, o cuando el estado abandone la asociación. Será responsabilidad del estado notificarle la finalización de la cobertura.
- Si decide cancelar su cobertura.
- Si usted o sus Dependientes dejan de cumplir con los requisitos de elegibilidad del Plan, estarán sujetos a cualquier requisito de continuación aplicable. Si deja de ser elegible, debe notificar al estado de inmediato. Usted será responsable del pago de cualquier servicio que contrate después de que deje de cumplir los requisitos de elegibilidad.

- Si elige la cobertura en virtud del plan de beneficios de salud de otra compañía aseguradora, que el estado ofrece como una opción en lugar de este Plan, estará sujeto al consentimiento del estado.
- Si realiza un acto, práctica u omisión que constituya fraude o hace una tergiversación intencional de un hecho material, según lo prohíben los términos del Plan, su cobertura y la cobertura de sus Dependientes pueden ser terminadas o rescindidas retroactivamente. Una rescisión de la cobertura significa que la cobertura puede quedar legalmente anulada desde el inicio de su cobertura bajo el Plan, tal como si nunca hubiera tenido cobertura bajo el Plan. Se le proporcionará un aviso con 30 días calendario de anticipación con derechos de apelación antes de que su cobertura sea cancelada o rescindida retroactivamente. Usted es responsable de pagar al estado el costo de los servicios recibidos previamente según la CANTIDAD MÁXIMA PERMITIDA para dichos servicios, menos los copagos realizados o las tarifas pagadas por dichos servicios.
- Si no paga o no gestiona satisfactoriamente el pago de su parte de las tarifas, su cobertura y la cobertura de sus Dependientes pueden terminar.
- Si permite el uso de su tarjeta de identificación del Plan o de cualquier otro Miembro por parte de otra persona, utiliza la tarjeta de identificación de otra persona, o utiliza una tarjeta de identificación no válida para obtener servicios, su cobertura finalizará inmediatamente después de que Anthem envíe una notificación por escrito al estado. Cualquier persona involucrada en el uso indebido de una TARJETA DE IDENTIFICACIÓN del Plan será responsable y deberá reembolsar al Plan el Monto Máximo Permitido por los servicios recibidos a través de dicho uso indebido.

Anthem o el estado le notificarán por escrito la fecha en que finaliza su cobertura.

Continuación de la cobertura en virtud de la ley federal (COBRA)

Las siguientes disposiciones serán aplicables si usted goza de cobertura estatal conforme a lo previsto en la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985, con sus modificaciones.

La continuación de la cobertura en virtud de la ley COBRA puede estar disponible para usted cuando de otro modo perdería la cobertura del Plan. También puede estar disponible para otros miembros de su familia que estén cubiertos por el Plan, cuando de otra manera perderían su cobertura de salud.

La cobertura de COBRA comenzará retroactivamente a la fecha en que pierda la cobertura debido a un evento que califica (ver a continuación). La fecha de inicio de la cobertura COBRA no se puede retrasar.

Para obtener información adicional sobre sus derechos y obligaciones conforme a la ley federal, comuníquese con Servicios para Miembros.

Eventos que califican para COBRA

La continuación de la cobertura en virtud de la ley COBRA está disponible cuando su cobertura de otro modo finalizaría debido a ciertos eventos que califican. Después de un evento que califica, se debe ofrecer cobertura de continuación COBRA a cada persona que sea beneficiario calificado. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si estaban cubiertos el día anterior al evento que califica y su cobertura se perdería debido a dicho evento. Los beneficiarios calificados que eligen COBRA deben pagar por esta cobertura de continuación de COBRA.

Este beneficio da derecho a cada miembro de su familia que esté inscrito en el Plan a elegir la continuación de forma independiente. Cada beneficiario calificado tiene derecho a realizar elecciones de beneficios independientes al momento de la inscripción anual. Los suscriptores cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres o tutores legales pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus hijos. Un niño nacido o dado en adopción a un suscriptor cubierto durante el período de continuación de la cobertura también es elegible para la elección de la continuación de la cobertura.

Evento que califica	Duración de la disponibilidad de la cobertura
Para los suscriptores: terminación voluntaria o involuntaria (que no sea conducta indebida grave) o pérdida de cobertura del Plan debido a la reducción de las horas trabajadas	30 meses
Para dependientes: • La terminación voluntaria o involuntaria del contrato de un suscriptor cubierto (que no sea una mala conducta grave) o la pérdida de la cobertura del Plan debido a una reducción en las horas trabajadas.	30 meses
• Divorcio o separación legal	36 meses
• Muerte de un suscriptor cubierto	36 meses
Para hijos dependientes: pérdida de la condición de hijo dependiente	36 meses

La cobertura de COBRA finalizará antes del final del período de continuación máximo indicado anteriormente si usted adquiere derecho a los beneficios de Medicare. En ese caso, un beneficiario calificado (que no sea el beneficiario de Medicare) tiene derecho a una cobertura continua por no más de un total de 36 meses. (Por ejemplo, si adquiere derecho a Medicare antes de la finalización del empleo o la reducción de horas, la cobertura de continuación de COBRA para su cónyuge e hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha de adquisición de derecho a Medicare).

Segundo evento que califica

Si su familia tiene otro evento que califica (como una separación legal, divorcio, etc.) durante los 18 meses iniciales de cobertura de continuación COBRA, sus dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA, por un máximo de 36 meses a partir del evento que califica original. Dicha cobertura adicional solo está disponible si el segundo evento que califica hubiera causado que sus dependientes perdieran la cobertura bajo el Plan si el primer evento que califica no hubiera ocurrido.

Requisitos de notificación

El estado ofrecerá la continuación de la cobertura en virtud de la ley COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al estado de que ha ocurrido un evento que califica. Cuando el evento que califica sea el fin del empleo o la reducción de horas de empleo, o la muerte del suscriptor, el estado le notificará sobre el evento que califica.

Para otros eventos que califican (por ejemplo, divorcio o separación legal del suscriptor y su cónyuge o pérdida de la elegibilidad de un hijo Dependiente para la cobertura como hijo Dependiente), debe notificar al estado dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento que califica.

Cómo elegir la cobertura de continuación de COBRA

Para continuar con su cobertura, usted o un Miembro elegible de su familia debe realizar una elección dentro de los 60 días a partir de la fecha en que, de otro modo, finalizaría su cobertura, o de la fecha en que Servicios para Miembros le notifique a usted o al Miembro de su familia sobre este derecho, lo que ocurra más tarde. Debe pagar las tarifas totales correspondientes al tipo de cobertura de beneficios que elija continuar. Las tarifas que debe pagar no pueden ser más del 102% de las tarifas cobradas a empleados con cobertura similar, y deben pagarse a Anthem dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento, excepto que el pago inicial de la tarifa debe realizarse antes de los 45 días posteriores a la elección inicial de cobertura continua, o perderá sus derechos de continuación.

Cuándo termina la cobertura de COBRA

Los beneficios de COBRA están disponibles sin prueba de asegurabilidad y la cobertura finalizará en la primera de las siguientes fechas:

- Cuando una persona cubierta llega al final del período máximo de cobertura.
- Cuando una persona cubierta no paga una tarifa requerida a tiempo.
- una persona cubierta adquiere derecho a Medicare después de elegir COBRA.

Otras opciones de cobertura además de COBRA

En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicaid u otros planes de salud grupales (como el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden ser más económicas que la

cobertura de continuación de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en **healthcare.gov**.

Cobertura durante licencias

Licencia remunerada: los beneficios de salud continuarán sin cambios durante el período en que un Empleado activo se encuentre en situación de nómina activa.

Licencia no remunerada:

- **Licencia familiar y médica:** el estado continuará contribuyendo con la parte del estado de las Primas aplicables para mantener la cobertura del Plan para un Empleado de licencia en virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA) durante hasta 24 semanas (12 períodos de pago) en cualquier período de dos años, siempre que la contribución de la Prima del Empleado para dicha cobertura, si la hubiera, se realice directamente a la agencia empleadora de manera oportuna.

  Un Empleado que reúna los requisitos para acogerse a la FMLA federal, pero no a la estatal, tiene derecho a un máximo de 12 semanas de cobertura continua para los beneficios médicos en cualquier período de 12 meses, siempre que la contribución de la Prima del Empleado, si la hubiera, se realice directamente a la agencia empleadora de manera oportuna.

  La FMLA también prevé determinados derechos de licencia familiar por motivos militares. Los empleados elegibles pueden tomar licencia FMLA por razones específicas relacionadas con ciertos despliegues militares de sus familiares. Además, pueden tomarse hasta 26 semanas de licencia en virtud de la FMLA en un solo período de 12 meses para cuidar a un miembro del servicio cubierto con una lesión o enfermedad grave.

- **Licencia médica del empleado:** el estado continuará contribuyendo con la parte del estado de las Primas aplicables para mantener la cobertura del Plan para un Empleado con licencia médica personal mientras dure la enfermedad, hasta un máximo de 12 meses calendario, siempre que la parte de la Prima del Empleado, si la hubiera, se pague directamente a la entidad empleadora de manera oportuna.
- **Licencia que no sea por enfermedad o lesión (menos de cuatro meses de duración):** si se prevé que el período de licencia será inferior a cuatro meses, el Empleado puede permanecer inscripto en el Plan en caso de abonar el importe íntegro de la Prima (parte correspondiente al Empleado y al estado) directamente a la entidad.
- **Licencia que no sea por enfermedad o lesión (cuatro meses o más):** si se espera que la duración de la licencia sea o se extienda por cuatro meses o más, se le ofrecerá al empleado una cobertura continua bajo COBRA.
- **Otras licencias médicas:** además de cualquier licencia en virtud de la FMLA o licencia médica personal que supere los 12 meses, se puede autorizar un período adicional de cobertura si así se establece en un convenio colectivo de trabajo específico.
- **Licencia militar:** si un miembro cubierto se retira para realizar el servicio militar, el miembro puede elegir permanecer con la cobertura médica existente durante hasta 24 meses mientras presta servicio pagando la parte de la prima que corresponde al empleado.

- **Seguro de riesgos de trabajo**: un Empleado que esté de licencia mientras recibe los beneficios del seguro de riesgos de trabajo atribuibles a su empleo con el estado de Connecticut puede continuar participando en el Plan. Tal y como exigen las leyes, el estado seguirá aportando la parte correspondiente al empleador de las Primas aplicables para mantener la cobertura del Plan mientras el Empleado reciba beneficios por el seguro de riesgos de trabajo. El Empleado deberá seguir pagando la parte de la Prima que le corresponda, si procede. El empleado afectado debe hacer arreglos para el pago directo a la agencia o, si los beneficios de licencia se utilizan para complementar los beneficios de compensación de los trabajadores, mediante la deducción de la nómina de la parte de la prima del empleado.

Un Empleado que se encuentre en estado de licencia autorizada 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 de haber comenzado a trabajar (o dentro de los 31 días de haber completado cualquier período de espera requerido para la elegibilidad de atención médica). Si la inscripción no se completa durante ese período, es posible que se requiera que el empleado espere hasta la próxima inscripción abierta, a menos que haya un cambio de estado calificado que resulte en una pérdida de cobertura de atención médica.

Para obtener instrucciones de inscripción, visite **carecompass.ct.gov**.

Jubilados

La cobertura para los jubilados elegibles entrará en vigor 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 en cuestión cumpla la Regla de los 75, si así se requiere, según lo establecido en el acuerdo SEBAC de 2011.

La afiliación debe completarse en el momento de la jubilación o en un plazo de 31 días a partir del cumplimiento de la Regla de los 75, o el jubilado elegible puede verse obligado a esperar hasta el siguiente período de Inscripción Abierta, a menos que se produzca un cambio en la condición de elegibilidad que implique la pérdida de la cobertura de salud.

Los jubilados siguen el mismo período de inscripción abierta que los empleados activos. Para obtener instrucciones sobre cambios de Plan, visite **carecompass.ct.gov**.

Tipos de inscripción

La cobertura destinada únicamente a Empleados se ofrece únicamente para el afiliado. La cobertura de Empleado + 1 es para el afiliado y un miembro de la familia elegible. La cobertura familiar es para el afiliado y dos o más familiares elegibles.

La cobertura familiar para cónyuge menos empleado (Family Less Employed Spouse, FLES) es para dos Empleados que tengan al menos un Dependiente. La cobertura debe coordinarse con las dos agencias empleadoras, ambos Empleados deben estar inscritos en el mismo Plan, uno de ellos debe elegir la cobertura destinada únicamente a Empleado, y el otro debe elegir la cobertura FLES y agregar los Dependientes elegibles.

Inscripción Abierta

Cada año, en mayo, hay un período de Inscripción Abierta de aproximadamente un mes, durante el cual todos los Miembros del Plan pueden realizar cambios en su afiliación al Plan. El período anual de Inscripción Abierta suele ser el único momento en que los Miembros cubiertos pueden cambiar de Plan o la cobertura de los Dependientes. Los cambios realizados

durante la Inscripción abierta entran en vigencia el 1 de julio, a menos que la Inscripción abierta se haya retrasado debido al proceso de negociación colectiva.

Para obtener instrucciones de inscripción, visite carecompass.ct.gov.

Períodos especiales de inscripción

Bajo ciertas condiciones, un empleado o jubilado puede realizar elecciones de cobertura que correspondan a un cambio en el estado familiar o laboral fuera del período de inscripción abierta. Para obtener instrucciones sobre cómo cambiar su inscripción, visite carecompass.ct.gov. El cambio debe ser coherente con el cambio de estado. Todos los cambios de cobertura entran en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha del evento.

Ejemplos de cambios de estatus calificados:

- **Estado civil legal/unión civil.** Cualquier evento que modifique el estado civil legal/unión civil del Miembro cubierto, incluidos el matrimonio, la unión civil, el divorcio, el fallecimiento del cónyuge y la sentencia de separación legal.
- **Cantidad de Dependientes.** Cualquier evento que modifique la cantidad de personas a cargo del Miembro cubierto, incluidos el nacimiento, el fallecimiento, la adopción y la tutela legal.
- **Estado de la situación laboral.** Cualquier evento que modifique la situación laboral del Miembro cubierto, o del Dependiente del Miembro cubierto, y que dé lugar a que gane o pierda la elegibilidad para la cobertura, por ejemplo:
  - comenzar o finalizar el empleo;
  - iniciar o regresar de una licencia sin goce de sueldo; o
  - cambiar de jornada parcial a jornada completa o viceversa.
- **Estado de Dependiente.** Cualquier evento que haga que el Dependiente de un Miembro cubierto pase a ser elegible o no elegible para la cobertura.
- **Residencia.** Un cambio significativo en el lugar de residencia de un Miembro cubierto que afecte a su capacidad para acceder a los proveedores dentro de la red.
- **Pérdida de cobertura.** Cualquier evento que haga que una persona cubierta pierda la cobertura de otra fuente.

Constancia de estado de dependencia

Se debe presentar prueba de la relación de cada dependiente con el empleado/jubilado al momento de la solicitud inicial de cobertura de ese individuo o cuando se solicite confirmación de la elegibilidad continua para la cobertura. Los documentos originales (o las copias certificadas), tal y como se especifica a continuación, deben presentarse ante la agencia del Empleado para la verificación del estado de Dependiente:

- **Matrimonio:** Certificado de matrimonio.
- **Unión civil:** Certificado de unión civil.

- **Hijo biológico**: certificado de nacimiento detallado.
- **Hijastro**: certificado de nacimiento detallado que demuestre la relación paternofilial entre el cónyuge del Miembro cubierto y el hijo que se desea añadir.
- **Adopción**: notificación de ubicación en adopción de la agencia de adopción o una copia certificada de la sentencia de adopción.
- **QMCSO**: una Orden de ejecución de manutención válida del Departamento de Servicios Sociales del Estado o de un tribunal competente. En tal caso, el niño 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:** Constancia de la tutela o custodia expedida por un tribunal competente. Para tener derecho a la inscripción y a la cobertura del Plan, el hijo menor de edad debe residir con el Miembro cubierto.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA de la Cobertura

Todos los períodos de cobertura comienzan el primer día de un mes y finalizan el último día de un mes.

- **Empleados recién contratados:** la cobertura para el Empleado y las personas Dependientes elegibles comenzará a partir del primer día del mes siguiente a la inscripción. Por ejemplo, un Empleado cuyo primer día de trabajo es en enero tiene derecho a la cobertura a partir del 1 de febrero.
- **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 jubile a partir del 1 de octubre estará cubierto por el Plan de Beneficios para Jubilados a partir del 1 de noviembre. En el caso de las personas sujetas a un período de espera para el inicio de los beneficios de salud para jubilados según la Regla de los 75, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a que la persona cumpla la edad mínima exigida. Todas las solicitudes de inscripción deben realizarse dentro de los 31 días posteriores a la fecha de inscripción calificada del individuo.
- **Nuevo cónyuge**: la cobertura para un nuevo cónyuge entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha del matrimonio. La inscripción debe realizarse dentro de los 31 días posteriores al matrimonio o en la inscripción abierta.
- **Hijos**: el hijo recién nacido de un Miembro cubierto está cubierto automáticamente durante los 91 días siguientes al nacimiento, pero no estará cubierto después de ese período a menos que se presente una solicitud de afiliación en los 91 días siguientes al nacimiento.

Un hijo recién adoptado o colocado en adopción con un Miembro cubierto debe ser miembro en un plazo de 31 días a partir de la fecha de colocación en adopción o de la fecha de adopción. La cobertura será efectiva retroactivamente a la fecha de colocación para adopción o la fecha de adopción.

Un hijastro puede inscribirse dentro de los 31 días a partir de la fecha en que se cumplan por primera vez los requisitos de elegibilidad. Por ejemplo, como resultado del matrimonio, un miembro cubierto puede inscribir al hijo de su nuevo cónyuge dentro de los 31 días posteriores

al matrimonio. La cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente a la fecha del matrimonio.

Mantener otra cobertura del estado de Connecticut

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

Un miembro cubierto que esté inscrito doblemente en violación de esta disposición tendrá 31 días para elegir un solo plan en el cual participar. Cualquier persona que no haga una elección dentro de ese tiempo permanecerá en el plan con la fecha de inscripción anterior (para la cual sigue siendo elegible) y su cobertura duplicada posterior será terminada. Si posteriormente dicha persona deja de ser elegible para la cobertura como dependiente de un jubilado, dicha persona deberá inscribirse en el plan para el cual siga calificando.

Cómo funciona este plan

Planes médicos

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

Plan Quality First Select Access

El Plan Quality First Select Access está dirigido a los Miembros que residen en Connecticut. Ofrece servicios de atención médica de una red definida de Proveedores seleccionados por su calidad, cuyos consultorios se encuentran en Connecticut.

Los Miembros que reciben tratamiento de MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) y ESPECIALISTAS identificados como **Proveedores Value de nivel 1** no pagan copagos. Los Miembros que reciben atención de PCP y Especialistas identificados como **Proveedores dentro de la red de nivel 2** pagan $50 por los PCP y $100 por los Especialistas.

Los Miembros que reciben atención de PCP y Especialistas que no correspondan a ningún nivel pagarán el copago que se indica en la sección *Lista de Beneficios* (página 105) para su plan médico.

Los miembros pueden recibir servicios cubiertos de proveedores fuera de la red; sin embargo, la atención fuera de la red generalmente costará más que los mismos servicios recibidos dentro de la red.

Plan Primary Care Access

El plan Primary Care Access ofrece servicios de atención médica de una red definida de Proveedores. La atención fuera de la red solo está cubierta en caso de emergencias.

Los Miembros deben seleccionar un PCP dentro de la red para coordinar toda la atención. Si no selecciona un PCP, se seleccionará uno para usted según su área geográfica.

Requisitos de derivación

Generalmente se requieren derivaciones del PCP para recibir atención especializada. Los PCP pueden derivar a sus pacientes a cualquier Especialista dentro de la red. En circunstancias especiales, podrán derivar a un Proveedor fuera de la red.

En algunos casos, no se requiere una derivación del PCP, como por ejemplo:

- Médico cubierto en la misma práctica/mismo número de identificación fiscal (Tax Identification Number, TIN)
- Obstetricia y ginecología (se aplica a enfermeras parteras de BlueCare y personal de enfermería registrado de práctica avanzada); incluye visitas para exámenes, atención relacionada con el

embarazo, servicios de obstetricia y ginecología primarios o preventivos que resultan de un examen o condición ginecológica

- Sala de EMERGENCIAS/CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS
- LiveHealth Online, incluidas consultas virtuales de salud conductual
- Médico de HOSPITAL para servicios relacionados con la atención para PACIENTES INTERNADOS (es decir, radiólogo, anestesiólogo y patólogo)
- Exploraciones diagnósticas, incluidas tomografías computarizadas y resonancias magnéticas, realizadas por radiólogos, médicos con especialidad en medicina nuclear o radiología nuclear, o médicos con especialidad en medicina materna y fetal para una ecografía pélvica.
- Pruebas de laboratorio realizadas por un laboratorio clínico independiente
- Salud conductual, psiquiátrica y trastornos por consumo de sustancias
- Exámenes oculares de rutina

Plan Standard Access

El plan Standard Access ofrece servicios de atención médica de una red definida de Proveedores. La atención fuera de la red solo está cubierta en caso de Emergencia. No se necesitan derivaciones para recibir atención de los Proveedores dentro de la red.

Plan Expanded Access

El plan Expanded Access ofrece servicios de atención médica dentro y fuera de una red definida de Proveedores. No se necesitan derivaciones para recibir atención de proveedores dentro de la red.

Los Miembros pueden recibir Servicios Cubiertos de Proveedores fuera de la red; sin embargo, la atención fuera de la red generalmente costará más que los mismos servicios recibidos dentro de la red.

Plan State Preferred POS

El Plan State Preferred POS está cerrado a nuevas inscripciones.

El Plan State Preferred POS ofrece servicios de atención médica dentro y fuera de una red definida de Proveedores. No se necesitan derivaciones para recibir atención de los Proveedores dentro de la red.

Los Miembros pueden recibir Servicios Cubiertos de Proveedores fuera de la red; sin embargo, la atención fuera de la red generalmente costará más que los mismos servicios recibidos dentro de la red.

El Plan State Preferred POS tiene una red de Proveedores ligeramente diferente a la de los otros planes de Anthem.

Plan Out-of-Area Point of Service (POS)

El Plan Out-of-Area POS solo está disponible para Miembros que residen fuera del estado de Connecticut.

El Plan Out-of-Area POS ofrece servicios de atención médica dentro y fuera de una red definida de Proveedores. No se necesitan derivaciones para recibir atención de los Proveedores dentro de la red.

Los Miembros pueden recibir Servicios Cubiertos de Proveedores fuera de la red; sin embargo, la atención fuera de la red generalmente costará más que los mismos servicios recibidos dentro de la red.

El plan Out-of-Area POS tiene una red de Proveedores ligeramente diferente a la de los otros planes de Anthem.

Cobertura esencial mínima (MEC)

La cobertura de estos planes califica como cobertura esencial mínima. Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en irs.gov/uac/questions-and-answers-on-the-individual-shared-responsibility-provision para obtener más información sobre el requisito individual de MEC.

Proveedores y servicios

El Plan tiene diferentes niveles de cobertura según los Proveedores utilizados. Independientemente de la necesidad médica, se negarán los beneficios por la atención que no constituya un Servicio Cubierto.

Proveedores dentro de la red

Los Proveedores dentro de la red han acordado aceptar un monto negociado específico como pago total por los Servicios Cubiertos que se le brindan. Sus costos de bolsillo generalmente son menores cuando recibe servicios cubiertos de proveedores dentro de la red y están limitados a su deducible, coseguro o copagos.

No es necesario presentar reclamaciones. Los proveedores dentro de la red presentarán reclamos por los servicios cubiertos para los miembros. (Los miembros pagan cualquier coseguro, copago y/o deducible que corresponda). Los proveedores dentro de la red pueden facturar a los miembros por cualquier servicio no cubierto recibido.

Si se requiere PRECERTIFICACIÓN, la realizará el Proveedor dentro de la red (consulte 27).

Si necesita atención cuando el consultorio de su proveedor está cerrado, llame al consultorio para obtener instrucciones. Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.

Designación de PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Los médicos de atención primaria (PCP) incluyen internistas, médicos de familia/generales, pediatras, geriatras y enfermeras registradas con práctica avanzada.

Para obtener información sobre cómo seleccionar un PCP y una lista de PCP, comuníquese con Servicios para Miembros.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN

Se le enviará una Tarjeta de Identificación cuando se inscriba. Debe llevar consigo en todo momento su documento de identidad. Lo necesitará siempre que reciba servicios de un proveedor cubierto.

Si no recibe su tarjeta de identificación dentro de los 30 días posteriores a la Fecha de Entrada en Vigencia de su inscripción, o si necesita tarjetas de reemplazo, comuníquese con Servicios para Miembros.

Programa de Proveedores de Distinción

El estado ha identificado a los proveedores en Connecticut que cumplen con los más altos estándares de atención al paciente para procedimientos y afecciones específicas como "Proveedores de Distinción". Al completar su atención para ciertos procedimientos comunes con un Proveedor de Distinción designado, recibirá una recompensa. Visite **carecompass.ct.gov/providersofdistinction** para más información.

Atención transicional

Si un Proveedor dentro de la red abandona la red del Plan por cualquier motivo que no sea la terminación por causa justificada, jubilación o muerte, y un Miembro está en tratamiento activo, el Miembro podrá continuar viendo a ese Proveedor hasta que se complete el tratamiento, o durante 90 días, lo que sea más corto, y aun así recibir los beneficios dentro de la red.

El tratamiento activo incluye un ciclo continuo de tratamiento para:

- Una condición potencialmente mortal.
- Una condición aguda grave (por ejemplo, quimioterapia, radioterapia y visitas posoperatorias).
- SALUD MENTAL Y TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.
- Embarazo y durante el período posparto.
- Una condición de salud para la cual el médico o proveedor de atención médica certifica que suspender la atención por parte del médico o proveedor actual empeoraría su condición o interferiría con los resultados previstos.

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más detalles. Las decisiones tomadas con respecto a las solicitudes de continuidad de la atención están sujetas al proceso de quejas y revisión externa (ver página 32).

Proveedores fuera de la red

Con los planes Primary Care Access y Standard Access, debe utilizar Proveedores dentro de la red para recibir los beneficios, excepto en caso de emergencia.

Los proveedores fuera de la red no tienen contratos con Anthem. Es posible que acepten o no el reembolso de Anthem. Cuando se utiliza un proveedor fuera de la red, los servicios cubiertos están cubiertos al nivel fuera de la red, a menos que se indique lo contrario. Debe cumplir con un deducible; luego, pagará un coseguro por los servicios prestados por un proveedor fuera de la red.

Es posible que deba presentar su reclamo directamente ante Anthem cuando utilice un proveedor fuera de la red. Antes de comenzar el tratamiento, confirme con Servicios para Miembros que se hayan completado todos los pasos de Precertificación necesarios. Es responsabilidad del Miembro obtener la precertificación para los servicios fuera de la red.

Monto Máximo Permitido

Los beneficios de los servicios cubiertos se basan en el monto máximo permitido, que es el máximo que el plan permitirá para un servicio cubierto. A excepción de las reclamaciones de facturación sorpresa (consulte *Protección de facturación de saldo* en la página 24), cuando utiliza un Proveedor fuera de la red, es posible que tenga que pagar la diferencia de costo entre el cargo facturado por el Proveedor fuera de la red y el Monto Máximo Permitido, además de cualquier coseguro, copago, deducible y cargo no cubierto. Esta cantidad puede ser sustancial.[3]

Ejemplo de facturación fuera de la red (solo con fines ilustrativos)

El cargo por el servicio del cirujano fuera de la red es de $2,500. El monto máximo permitido para la cirugía es de $1,500; su responsabilidad de coseguro para un cirujano fuera de la red es del 20% (después de cumplir con su deducible fuera de la red). Usted paga el 20% de $1,500, que son $300. El estado paga el 80% restante de $1,500, o $1,200. Además, el cirujano fuera de la red puede facturarle la diferencia entre su cargo facturado ($2,500) y el Monto Máximo Permitido ($1,500), por lo que el total de sus gastos de bolsillo sería de $1,300 ($300 más $1,000).

Protección de facturación de saldo

La Ley Sin Sorpresas (No Surprises Act, NSA) es una ley federal que le brinda protección contra la “facturación sorpresa” y la “facturación de saldo” por servicios de Emergencia fuera de la red, por servicios que no son de emergencia fuera de la red brindados cuando visita un CENTRO de atención médica dentro de la red y por servicios de ambulancia aérea fuera de la red.

La facturación del saldo ocurre cuando usted recibe una factura de un proveedor, centro o servicio de ambulancia aérea fuera de la red por la diferencia entre el cargo del proveedor fuera de la red y el monto a pagar por el Plan.

[3] Este ejemplo es solo para fines ilustrativos; los montos que se muestran pueden ser diferentes de los montos de costo compartido de este documento.

El Plan debe cumplir con las protecciones de la NSA que lo eximen de responsabilidad por las facturas. Los pacientes son responsables de compartir los costos por un monto no mayor a lo que pagan por la atención dentro de la red, y su participación en los costos se aplica a su deducible dentro de la red y al límite de desembolso personal.

Una factura sorpresa no incluye una factura por Servicios Cubiertos recibidos por un Miembro cuando un Proveedor dentro de la red estaba disponible para prestar dichos servicios y el Miembro eligió a sabiendas obtener dichos servicios de un Proveedor fuera de la red.

En determinadas situaciones, un proveedor fuera de la red debe notificarle su estado como fuera de la red. Si acepta de antemano recibir servicios de un proveedor fuera de la red, usted será responsable de los costos compartidos fuera de la red y de cualquier diferencia entre el monto máximo permitido y los cargos facturados del proveedor fuera de la red. Esto también se conoce como el “requisito de notificación y consentimiento”.

Si considera que ha recibido un servicio que está cubierto por estas protecciones, tiene derecho a apelar esos reclamos. Los Miembros pueden encontrar información sobre estas protecciones, incluida información sobre cómo comunicarse con las agencias estatales y federales si cree que un Proveedor violó estas protecciones, en el sitio web de Anthem (**anthem.com/no-surprise-billing**).

También puede obtener información sobre los temas que se enumeran a continuación comunicándose con Servicios para Miembros.

- Información sobre costos compartidos para artículos, servicios y medicamentos cubiertos, según lo exigen los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- Una lista/directorio de todos los proveedores dentro de la red.

Además, proporcionaremos acceso a través de los sitios web antes mencionados a la siguiente información:

- Tarifas negociadas dentro de la red.
- Tarifas históricas fuera de la red. Para acceder a las tarifas históricas fuera de la red, visite **anthem.com/machine-readable-file/search/** y busque por nombre “State Of Connecticut”. Las tarifas se indican en la sección titulada *Out-of-Network Allowed Amounts Files* (Archivos de montos permitidos fuera de la red).

Acuerdos entre planes

Anthem tiene una variedad de relaciones con otros licenciatarios de Blue Cross y Blue Shield. Generalmente, estas relaciones se denominan "Acuerdos Interplanetarios". Siempre que acceda a servicios de atención médica fuera del ÁREA DE RED LOCAL de Anthem BCBS de Connecticut, la reclamación por dichos servicios podrá procesarse a través de uno de estos Acuerdos Interplanetarios.

- **Programa BlueCard®.** Según el Programa BlueCard®, cuando usted recibe Servicios Cubiertos dentro del área geográfica atendida por un Host Blue, el Host Blue es responsable de (a) contratar a sus Proveedores y (b) manejar sus interacciones con dichos Proveedores.

- **Acuerdos negociados (no relacionados con el Programa BlueCard).** Anthem puede procesar sus reclamaciones por Servicios Cubiertos a través de acuerdos negociados para cuentas nacionales.
- **Proveedores fuera de la red que se encuentran fuera del Área de Red Local de Anthem.** Cuando los Servicios Cubiertos sean prestados fuera del Área de Red Local de Anthem por Proveedores fuera de la red, Anthem podrá determinar los beneficios y realizar el pago según los precios de Host Blue o los acuerdos de precios requeridos por la legislación estatal o federal aplicable. En estas situaciones, el monto que usted paga por servicios como deducible, copago o coseguro se basará en el Monto Máximo Permitido. Usted será responsable de la diferencia entre el monto que factura el Proveedor fuera de la red y el pago que se realizó por los Servicios Cubiertos.

Blue Cross Blue Shield Global Core®

Si planea viajar fuera de los Estados Unidos, llame a Servicios para Miembros para conocer sus beneficios de Blue Cross Blue Shield Global Core. Los beneficios por servicios recibidos fuera de los Estados Unidos pueden ser diferentes de los servicios recibidos en los Estados Unidos. Recuerde llevar consigo su DNI.

Cuando viaje al extranjero y necesite atención médica, puede llamar a Servicios para Miembros para consultar sobre sus beneficios internacionales. Tenga en cuenta que si necesita atención médica de emergencia, acuda al hospital más cercano. No es necesario llamar antes de recibir atención de emergencia.

Cómo se pagan las reclamaciones

En la mayoría de los casos, cuando organiza atención hospitalaria para pacientes internados con Blue Cross Blue Shield Global Core, se presentarán reclamos por usted. Los únicos montos que posiblemente deba pagar por adelantado son los copagos, coseguros o deducibles que puedan corresponder.

Por lo general, deberá pagar por adelantado los siguientes servicios:

- Servicios de médicos.
- Atención hospitalaria para pacientes internados no organizada a través de Blue Cross Blue Shield Global Core.
- Servicios ambulatorios.

Tendrá que presentar un formulario de reclamación por los pagos efectuados por adelantado.

Cuando necesite formularios de reclamaciones de Blue Cross Blue Shield Global Core®, puede obtener formularios de reclamaciones internacionales de las siguientes maneras:

- Llame al Centro de servicio global básico de Blue Cross Blue Shield a los números que aparecen arriba.
- En línea, visite **bcbsglobalcore.com**.

Encontrará la dirección postal para la reclamación en el formulario.

Cómo encontrar un proveedor o centro dentro de la red

Hay varias formas de encontrar un proveedor o centro dentro de la red.

- Vaya al directorio en línea del Plan para encontrar Médicos, Proveedores y Centros que participan en la red: carecompass.quantum-health.com.[4] El directorio es una herramienta interactiva que identifica a los Proveedores según el tipo de Proveedor, la especialidad y la ubicación. También identificará si el Proveedor es un PROVEEDOR DE SITIO DE SERVICIO.
- Comuníquese con Servicios para Miembros llamando al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación y un representante podrá proporcionarle una lista de Médicos y Proveedores que participan en la red de este Plan, según la especialidad y el área geográfica.
- Consulte con su médico o proveedor.

En la mayoría de los casos, habrá un proveedor dentro de la red para tratar su enfermedad o lesión específica. Si no hay ningún Proveedor dentro de la red calificado para realizar el tratamiento requerido, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda.

Para obtener detalles sobre la licencia o la capacitación de un Proveedor, o para obtener ayuda para elegir al Médico adecuado, llame a Servicios para Miembros. Los servicios TTY/TDD también están disponibles marcando 711. Un operador especial se comunicará con Servicios para Miembros para ayudarlo con sus necesidades.

Anthem debe confirmar la exactitud de la lista de proveedores dentro de la red en el directorio de proveedores cada 90 días. Si un Miembro demuestra que recibió información inexacta del directorio de Proveedores (es decir, que un Proveedor estaba dentro de la red en la fecha de un reclamo en particular), entonces el Miembro solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red, incluido cualquier deducible, copagos y/o coseguro necesarios para ese reclamo. Los costos compartidos dentro de la red se calcularán en función del Monto Máximo Permitido.

Se requiere aprobación previa para ciertos servicios

Precertificación

Para ciertos servicios, Anthem debe otorgar la Precertificación para confirmar que los servicios médicos seleccionados cumplen con los criterios de Necesidad Médica del Plan. La Precertificación incluye una revisión del servicio médico, del entorno y, si corresponde, de la cantidad de días precertificados.

Los servicios que requieren precertificación son los siguientes:

[4] Si no está registrado en el Portal de Beneficios de Quantum Health, puede utilizar la herramienta de búsqueda de Proveedores que no requiere inicio de sesión.

- Certificación previa a la admisión como paciente hospitalizado y revisiones de estadía continua (todas las edades y todos los diagnósticos)
  - Quirúrgicas y no quirúrgicas (excepto los partos vaginales o por cesárea de rutina). El médico tratante no tiene que obtener la precertificación del Plan para prescribir una estadía por maternidad de cuarenta y ocho (48) horas o menos en caso de parto vaginal, o de noventa y seis (96) horas o menos en caso de parto por cesárea.
  - Centro de atención aguda a largo plazo (LTAC), no cuidado de custodia
  - Centro de enfermería especializada/centro de rehabilitación
  - Tratamiento hospitalario de salud mental/trastornos por consumo de sustancias (incluye los servicios de centros de tratamiento residencial)
- Cirugía ambulatoria: algunos servicios de esta categoría requieren precertificación.
- Terapia celular adoptiva
- Equipo médico duradero (DME) y dispositivos médicos: algunos servicios de esta categoría requieren precertificación.
- Genoterapia
- Pruebas genéticas/genómicas (excepto la amniocentesis): algunos servicios de esta categoría requieren precertificación.
- Oxigenoterapia hiperbárica
- Fisioterapia y terapia ocupacional ambulatorias dentro de la red que superen las veinticuatro (24) visitas por año del plan por tipo de terapia
  - Los diagnósticos de salud mental no requieren precertificación. La fisioterapia y la terapia ocupacional ambulatorias fuera de la red no requieren precertificación y están sujetas al máximo de beneficios.
- Ambulancia aérea que no sea de emergencia
- Diagnóstico por imágenes avanzado ambulatorio (excepto los servicios prestados en una sala de emergencias)
  - Resonancia magnética (MRI)/angiografía por resonancia magnética (MRA)
  - Tomografías por emisión de positrones (TEP)

  Algunos servicios de esta categoría requieren precertificación.
- Hospitalización parcial y programa ambulatorio intensivo que superen las veinticuatro (24) visitas por año del plan por tipo de terapia, para el tratamiento de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias
- Enfermería privada en el hogar

- SOLO para diagnósticos oncológicos: ciertos medicamentos cubiertos por los beneficios médicos que no se obtienen a través de los Beneficios de Medicamentos con Receta (es decir, que se administran en un centro ambulatorio, en el consultorio del médico o mediante infusión en el hogar)
- Nota: es posible que otros medicamentos de especialidad no oncológicos requieran precertificación a través de CarelonRx
- Los servicios prestados en una sala de emergencias o en un centro de atención de urgencia no requieren precertificación.

Anthem puede recurrir a subcontratistas para administrar la precertificación, pero dichos subcontratistas siguen las políticas médicas y las pautas de cobertura clínica de Anthem para determinar la Necesidad Médica. Esto también se llama gestión de utilización. Las políticas médicas y las pautas clínicas reflejan los estándares de práctica y las intervenciones médicas identificadas como práctica médica adecuada. Anthem revisa y actualiza periódicamente las políticas médicas y las pautas clínicas.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de revisión de utilización, las políticas médicas o las pautas clínicas, comuníquese con Servicios para Miembros. Tiene derecho a solicitar y obtener, de forma gratuita, acceso razonable a cualquier registro relacionado con su solicitud. Para solicitar esta información, llame al número de teléfono que aparece en el reverso de su Tarjeta de Identificación.

Tipos de revisión

Basadas en el tiempo de servicio

- **Precertificación:** revisión previa al servicio necesaria para determinar la cobertura de beneficios de un servicio o tratamiento. Si no obtiene la precertificación, es posible que se reduzcan o denieguen los beneficios. La revisión de cobertura de beneficios incluirá una revisión para decidir si el servicio cumple con la definición de necesidad médica, o es EXPERIMENTAL o DE INVESTIGACIÓN, tal como se definen en el Plan.
  - **En el caso de admisiones posteriores a una ATENCIÓN DE EMERGENCIA,** el Miembro, el representante autorizado del Miembro o el Médico del Miembro deben informar la admisión a Servicios para Miembros lo antes posible.
  - **En el caso de admisiones por parto,** no se necesita Precertificación, a menos que haya un problema y/o que la madre y el bebé no sean enviados a casa (dados de alta) al mismo tiempo. No se requiere precertificación durante las primeras 48 horas de estadía en caso de parto vaginal ni durante las primeras 96 horas de estadía en caso de cesárea. Las admisiones para estadías superiores a 48 o 96 horas requieren Precertificación.
- **Revisión de estadía continua/revisión concurrente:** revisión de un servicio, tratamiento o admisión para determinar la cobertura de beneficios, que se realiza durante una estadía en curso en un Centro o durante un tratamiento.

- **Revisión urgente:** las revisiones previas al servicio y las revisiones de estadía continua/concurrentes pueden considerarse urgentes cuando, en opinión del Proveedor o Médico tratante con conocimiento de la condición médica del Miembro, sin dicha atención o tratamiento, la vida o la salud del Miembro o su capacidad para recuperar la función máxima podrían verse seriamente amenazadas o el Miembro podría sufrir un dolor intenso que no puede controlarse adecuadamente sin dicha atención o tratamiento. Las revisiones urgentes se llevan a cabo en un plazo más corto que las revisiones estándar (consulte la página 31).
- **Revisión posterior al servicio:** revisión de un servicio, tratamiento o admisión para determinar la cobertura de beneficios que se lleva a cabo después de que se prestó el servicio.

Basadas en la ubicación del servicio

Un servicio debe ser MÉDICAMENTE NECESARIO para ser un servicio cubierto. Cuando se revisa el nivel de atención, el entorno o el lugar de servicio, los servicios que se pueden brindar de manera segura en un nivel de atención inferior o en un entorno/lugar de atención de menor costo no se considerarán médicamente necesarios si se brindan en un nivel de atención superior o en un entorno/lugar de atención de mayor costo. Esto significa que una solicitud de un servicio puede ser denegada porque no es médicamente necesario que el servicio se preste donde se solicita. Cuando esto sucede, el servicio puede solicitarse nuevamente en otro lugar y será revisado nuevamente para determinar su Necesidad Médica.

Los ejemplos incluyen, entre otros:

- Se puede negar un servicio si se brinda en forma ambulatoria en un hospital, pero se puede aprobar si se brinda en forma ambulatoria en un hospital.
- Se puede negar un servicio de forma ambulatoria en un hospital, pero se puede aprobar en un centro de diagnóstico por imágenes independiente, un centro de infusión, un centro de cirugía ambulatoria (centro quirúrgico) o en el consultorio de un médico.
- Se puede negar un servicio en un CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA pero se puede aprobar en un entorno domiciliario.

Los criterios de revisión de utilización se basarán en muchas fuentes, incluidas las políticas médicas y las pautas clínicas. Anthem puede decidir que un tratamiento no es Médicamente Necesario si hay disponible un tratamiento clínicamente equivalente que sea más rentable y apropiado. “Clínicamente equivalente” significa tratamientos que, para la mayoría de los Miembros, darán resultados similares para una enfermedad o condición.

Cómo solicitar una certificación previa

Los proveedores dentro de la red saben qué servicios necesitan Certificación Previa y son responsables de obtenerla cuando sea necesario. Es responsabilidad del Miembro obtener una precertificación cuando utiliza un Proveedor fuera de la red.

La siguiente tabla describe quién es responsable de la Certificación Previa y bajo qué circunstancias.

Estado en la red de proveedores	Responsabilidad de obtener la certificación previa
Dentro de la red	Proveedor
Fuera de la red	Miembro Nota: El miembro puede ser financieramente responsable de los cargos/costos relacionados con el servicio y/o entorno en su totalidad o en parte si se determina que el servicio y/o entorno no es médicamente necesario.
Proveedor de BlueCard	Proveedor

Requisitos de decisión y notificación

Anthem revisará las solicitudes de beneficios de acuerdo con los plazos que se indican a continuación, que se basan en leyes federales y estatales.

Solicitud de servicios médicos, servicios de salud conductual y medicamentos oncológicos – Anthem

Tipo de revisión	Requisito de plazo para la decisión y la notificación
Revisión urgente previa al servicio	48 horas desde la recepción de la solicitud o 72 horas desde la recepción de la solicitud si alguna parte del período de 48 horas cae en fin de semana
Revisión previa al servicio no urgente	15 días naturales desde la recepción de la solicitud
Continuación urgente de la estadía/revisión concurrente cuando la solicitud se recibe más de 24 horas antes del final de la autorización anterior	24 horas desde la recepción de la solicitud
Continuación urgente de la estadía/revisión concurrente cuando la solicitud se recibe menos de 24 horas antes del final de la autorización anterior o no existe autorización previa	48 horas desde la recepción de la solicitud o 72 horas desde la recepción de la solicitud si cualquier parte del período de 48 horas cae en fin de semana

Tipo de revisión	Requisito de plazo para la decisión y la notificación
Revisión concurrente/internación continua no urgente para tratamiento ambulatorio en curso	15 días naturales desde la recepción de la solicitud
Revisión posterior al servicio	30 días naturales desde la recepción de la solicitud

Solicitud de Medicamentos con Receta a través del Plan médico – Anthem

Tipo de revisión	Requisito de plazo para la decisión y la notificación
Revisión urgente previa al servicio Los niveles de atención incluyen: Servicios para pacientes hospitalizados, tratamiento residencial, HOSPITALIZACIÓN PARCIAL o PROGRAMAS AMBULATORIOS INTENSIVOS.	24 horas desde la recepción de la solicitud
Revisión previa al servicio no urgente: servicios ambulatorios	15 días naturales desde la recepción de la solicitud
Continuación urgente de la estancia/revisión concurrente	24 horas desde la recepción de la solicitud
Revisión concurrente/internación continua no urgente para tratamiento ambulatorio en curso	15 días naturales desde la recepción de la solicitud
Revisión posterior al servicio	30 días naturales desde la recepción de la solicitud

Usted y su Proveedor serán notificados de la decisión según lo exija la legislación estatal y federal. El aviso podrá darse mediante uno o más de los siguientes métodos: verbal, escrito o electrónico.

Derechos de queja y apelación

Queremos que su experiencia sea positiva; sin embargo, puede haber ocasiones en que tenga una queja, problema o pregunta sobre su plan médico o un servicio que haya recibido. En esos casos, comuníquese con Servicios para Miembros para que lo ayuden a resolverlo.

Si no está satisfecho con la resolución de su queja, tiene derecho a apelar la decisión adversa. El proceso de apelación/queja puede ser llevado a cabo por la persona cubierta, el agente registrado de la persona cubierta (AOR), el proveedor registrado o el representante debidamente autorizado del proveedor registrado. En la mayoría de los casos, las personas cubiertas deben cumplir con el proceso de apelaciones internas antes de buscar una revisión externa de determinaciones adversas.

El Departamento de Seguros de Connecticut está disponible para decidir apelaciones de determinaciones de revisión de utilización adversa cuando la necesidad médica o los juicios clínicos están en juego. El Departamento de Seguros no acepta apelaciones basadas en exclusiones de beneficios, pago de reclamos o problemas de cobertura. A menos que un asunto sea urgente y se acepte para una revisión expedita, la persona cubierta debe completar el proceso de apelaciones internas correspondiente administrado por Anthem antes de presentar una apelación externa ante el Departamento de Seguros. En situaciones urgentes, la persona cubierta puede solicitar una apelación externa directamente o puede solicitar una apelación interna y una externa simultáneamente.

Tipos de apelaciones, cronograma para emitir una decisión

- **Para reconsiderar un reclamo de atención no urgente.** Puede solicitar una queja estándar (una queja que no es urgente) por una decisión de cobertura con la que no está de acuerdo. También puede solicitar una queja estándar para la rescisión (finalización o cancelación) de la cobertura. Su solicitud debe realizarse por escrito. En su solicitud, informe a Anthem que está presentando una queja. Incluya cualquier información adicional que tenga para respaldar su solicitud. Anthem responderá por escrito dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que reciba la solicitud.
- **Para reconsiderar un reclamo de atención de urgencia.** Puede solicitar una queja urgente si no ha recibido servicios o si está recibiendo servicios actualmente, y el período de revisión estándar podría:
  - poner en grave peligro (dañar) su vida o su salud;
  - Poner en peligro su capacidad de recuperar la función máxima.
  - En opinión de un profesional de la salud con conocimiento de su condición médica, someterlo a un dolor severo que no se puede controlar adecuadamente sin el servicio o tratamiento de atención médica solicitado.

Anthem le comunicará su decisión dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la solicitud o dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud si alguna parte del período de 48 horas cae en fin de semana. Anthem le informará su decisión por teléfono, fax o cualquier otro medio disponible.

Si bien puede presentar una queja urgente por escrito, le recomendamos que llame a Servicios para Miembros para este tipo de solicitud. Esto les ayudará a gestionar la revisión rápidamente.

Incluya los siguientes detalles con su queja si los tiene:

- El nombre y número de identificación del miembro
- El nombre del proveedor que proporcionará o ha proporcionado la atención

- La(s) fecha(s) del servicio
- El número de reclamación o referencia de la decisión específica con la que no está de acuerdo
- Las razones específicas por las que no está de acuerdo con la decisión
- Cualquier comentario escrito, documento u otra información relevante para respaldar la solicitud En cualquier momento, usted puede nombrar a alguien para que actúe en su nombre. Debe hacerlo por escrito.

Para presentar una queja, usted, su Médico o cualquier persona que elija (su representante autorizado) puede presentarla por escrito o llamando a Servicios para Miembros. Su queja debe enviarse a la siguiente dirección:

Para problemas médicos, de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias, así como para medicamentos oncológicos cubiertos por el Plan médico:

Anthem Blue Cross Blue Shield

Appeals Department

P.O. Box 9758

Boise, ID 83707

Número de fax: 1-208-514-0974

Para Medicamentos con Receta no oncológicos cubiertos por el Plan médico:

Anthem Blue Cross and Blue Shield

Grievances and Appeals

P.O. Box 2100

North Haven, CT 06473-4201

Revisión externa

La revisión por parte del Departamento de Seguros del estado de Connecticut está disponible para una persona cubierta que haya completado el proceso de apelaciones clínicas internas del Plan aplicable al tratamiento, procedimiento o servicio involucrado. Sólo se requiere una apelación interna.

La persona cubierta o su designado tiene derecho a solicitar una revisión externa cuando:

- El Plan de Beneficios Médicos cubre el servicio, procedimiento o tratamiento.
- La persona cubierta ha recibido una determinación final adversa a través del proceso de apelación interna con una denegación basada en la falta de criterios médicamente necesarios o tratamiento experimental o de investigación, **a menos que** se determine que el plazo para completar una apelación interna puede causar o agravar una situación de emergencia o que ponga en peligro la vida. En una situación de emergencia o que ponga en peligro la vida, no es necesario que la persona cubierta complete todas las apelaciones internas para poder solicitar una revisión externa.

Apelaciones aceleradas. En una situación de emergencia o que ponga en peligro la vida, una persona cubierta puede utilizar directamente el proceso de apelación externa, sin agotar el proceso de apelación interna si se determina que el plazo para completar una apelación interna acelerada puede causar o agravar una situación de emergencia o que ponga en peligro la vida.

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 admite apelaciones basadas en denegaciones de servicios después de una revisión no relacionada con la 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 de la persona cubierta (y el proveedor, si corresponde) deben facilitar toda la información médica pertinente relativa a la afección 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

Solo para entrega al día siguiente, envíe la solicitud para revisión externa a:

Connecticut Insurance Department

Attn: External Review

153 Market Street, 7th Floor Hartford, CT 06103

860-297-3910

Contenidos de la apelación

En la apelación deben incluirse los siguientes elementos:

- Un formulario de “Solicitud de revisión externa” completado.
- Un formulario de autorización que permita a Anthem y al profesional de atención médica de la persona cubierta divulgar información médica a la organización de revisión independiente.
- Evidencia de estar inscrito en el Plan de Beneficios Médicos (es decir, fotocopia de la tarjeta de identificación emitida por Anthem BCBS).
- Copias de toda la correspondencia de Anthem.

- Una copia de la carta de determinación final en la que se indique que se ha agotado el mecanismo de apelación interna.
- Una copia del Documento del plan o de la explicación de los beneficios.

Además de los elementos obligatorios, la persona cubierta también puede presentar cualquier información adicional pertinente sobre su afección.

Notificación de apelación externa

Tras la recepción de la solicitud de apelación externa o de apelación externa expedita, el Comisionado de Seguros remitirá la apelación a Anthem, que notificará al miembro la elegibilidad y la aceptación de la solicitud para la revisión externa y, si se solicita, para la revisión externa expedita.

Apelaciones externas aceleradas

Para presentar una apelación externa expedita, una persona cubierta puede presentar una solicitud ante el Departamento de Seguros de Connecticut inmediatamente después de recibir la determinación adversa inicial por parte de Anthem, o en cualquier nivel de determinación adversa de apelación. Si la apelación externa no se acepta de manera expedita y la persona cubierta no ha agotado previamente un proceso de apelación interna, la persona cubierta puede reanudar el proceso de apelación interna hasta que lo haya agotado. Luego, se puede presentar una apelación externa estándar dentro de los cuatro meses siguientes a la recepción de una notificación de determinación adversa de beneficios o una determinación adversa de beneficios interna final.

Si la apelación interna se agotó previamente, una apelación expedita rechazada será automáticamente elegible para ser considerada como apelación estándar sin necesidad de presentar una nueva solicitud.

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

Plazos para la 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 (b) que la persona cubierta tiene cinco días hábiles desde la recepción del aviso para presentar cualquier información adicional.

Anthem enviará a la organización de revisión independiente los registros médicos y del plan de tratamiento en los que se basó para tomar su determinación. Si la documentación representa un cambio sustancial con respecto a la documentación en la que se basó la determinación adversa o la denegación, Anthem 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:** en el plazo de 45 días tras la asignación del Comisionado.
- **Revisiones externas que involucran un tratamiento experimental o de investigación:** en el plazo de 20 días tras la asignación del Comisionado.
- **Revisiones externas aceleradas:** con la celeridad que requiera la afección de la persona cubierta, pero a más tardar 72 horas tras la asignación del Comisionado.
- **Revisiones externas aceleradas que involucran un tratamiento experimental o de investigación:** con la celeridad que requiera la afección de la persona cubierta, pero a más tardar cinco días tras la asignación del Comisionado.

Efecto vinculante de la decisión de 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 Anthem. Si la decisión es revertir o revisar la determinación adversa inicial o final, la decisión será vinculante para el Plan de Beneficios Médicos, sujeto al derecho de cualquier parte de buscar revisión judicial según la ley federal o estatal.

Derechos disponibles para los miembros

Puede solicitar y obtener copias de todos los documentos, incluida la disposición de beneficios real, las pautas, el protocolo u otro criterio similar en el que se basó una decisión de cobertura adversa. Si lo prefiere, cualquier otra persona que elija podrá solicitar esta información.

Anthem enviará esta información dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud. Enviarán esta información dentro de un día calendario después de recibir su solicitud sobre una decisión de cobertura adversa final para:

- Una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua o servicio de atención médica por el cual recibió servicios de emergencia pero no fue dado de alta de un centro.
- Una denegación de cobertura basada en una decisión de que el servicio o tratamiento de atención médica recomendado o solicitado es experimental o en investigación y su proveedor tratante certifica por escrito que este servicio o tratamiento de atención sería significativamente menos efectivo si no se inicia rápidamente.

Anthem enviará la información por fax, por medios electrónicos o por cualquier otro método rápido.

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura, tiene derecho a solicitar una queja. La revisión de su queja puede cambiar nuestra decisión de cobertura anterior.

Otros recursos útiles

Independientemente de si utiliza o no los derechos de queja que tiene a su disposición, podrá comunicarse con la División de Asuntos del Consumidor del Departamento de Seguros de Connecticut o con la Oficina del Defensor de la Atención Médica de Connecticut en cualquier momento. También podrá aprovechar la asistencia gratuita para presentar una queja.

División de Asuntos del Consumidor del Departamento de Seguros de Connecticut

Dirección:	P.O. Box 816
	Hartford, CT 06142-0816
Teléfono:	860-297-3900 (local)
	800-203-3447 (llamada gratuita)
Correo electrónico:	**cid.ca@ct.gov**

Oficina del Defensor de la Atención Médica de Connecticut

Dirección:	P.O. Box 1543
	Hartford, CT 06144
Teléfono:	866-466-4446 (llamada gratuita)
Correo electrónico:	**healthcare.advocate@ct.gov**

Lo que usted paga por los servicios cubiertos

Costo compartido

Los costos compartidos corresponden a sus gastos de bolsillo (por ejemplo, deducibles, coseguros y copagos) por la atención cubierta que recibe. Usted es responsable del costo total de los servicios no cubiertos.

Deducible

Un deducible es una cantidad fija que debe pagar por los Servicios Cubiertos antes de que el Plan comience a pagarlos. El deducible excluye primas, copagos, coseguros, cargos por saldos facturados y pagos por servicios que el Plan no cubre.

El **deducible inicial dentro de la red** es la cantidad que un Miembro debe pagar antes de que el Plan comience a pagar los Servicios Cubiertos dentro de la red. Para los servicios dentro de la red, el deducible anticipado se aplica solo a aquellos servicios indicados como “sin copago”, a excepción de los indicados como “atención preventiva”. **El deducible anticipado no se aplica si un Miembro está inscrito y cumple con el Plan de Mejora de la Salud.**

Los deducibles dentro de la red, fuera de la red y por adelantado son separados y no se acumulan entre sí. El Plan cuenta con dos tipos de deducibles: individual y familiar. Si sólo una persona está cubierta por el Plan, se aplica el deducible individual. Si hay varias personas cubiertas (por ejemplo, miembros de la familia), ambos deducibles pueden ser relevantes. Cuando un Miembro incurre en un gasto de atención médica, los pagos del deducible se acreditan tanto al deducible individual como al familiar. El deducible individual se considera satisfecho (“cumple”) cuando cualquier Miembro satisface (“cumple”) el monto de su deducible individual, lo que le permite recibir beneficios, sujeto al deducible. De manera similar, el Plan comienza a pagar beneficios para toda la familia una vez que los pagos colectivos realizados por todos los Miembros cumplen con el deducible familiar, independientemente de si algún Miembro ha cumplido con su deducible individual.

El deducible se empieza a acumular a partir del 1 de julio de cada año.

Copago

Un copago es la cantidad fija que usted abona al Proveedor, Centro, farmacia, etc. cubiertos, cuando recibe determinados servicios. El monto del copago puede variar según el tipo de servicio cubierto. Para obtener más detalles, consulte la sección *Lista de Beneficios* en la página 105.

Coseguro

El coseguro corresponde al porcentaje del monto asignado por el Plan que debe pagar por su atención médica. Su coseguro se basa en el monto asignado por el Plan o en el monto facturado, el que sea menor. En los planes con deducibles, el coseguro no comienza hasta que haya alcanzado su deducible del año calendario. Ejemplo: después de alcanzar su deducible de $300 del Plan Expanded Access, usted paga un 20% de coseguro por el equipo médico duradero obtenido de un Proveedor fuera de la red. Para obtener más detalles, consulte la sección *Lista de Beneficios* en la página 105.

El coaseguro no se reducirá por ningún reembolso, rebaja ni ninguna otra forma de ajuste negociado posterior al pago.

El coseguro para servicios fuera de la red se basará en el monto máximo permitido. Si se utiliza un proveedor fuera de la red, puede haber un cargo de coseguro más la diferencia entre el cargo facturado del proveedor fuera de la red y el monto máximo permitido. Consulte la página 24 para obtener más información sobre el Monto Máximo Permitido.

Límite de desembolso personal

Para que no deba afrontar costos inesperados por la atención médica, el límite de gastos de bolsillo anual fija un “tope” para los gastos derivados de los Servicios Cubiertos que reciba (es decir, los restringe). Cuando sus gastos de bolsillo elegibles alcancen este máximo, ya no tendrá que pagar los montos de costos compartidos asociados por el resto del año del plan.

El límite de desembolso personal incluye todos los deducibles, coseguros y copagos pagados durante un PERÍODO DE BENEFICIOS, excepto:

- Cargos que exceden el monto máximo permitido.
- Cantidades pagadas por servicios no cubiertos.
- Servicios enumerados bajo servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos fuera de la red (médula ósea/células madre, sangre del cordón umbilical), terapia celular y genética.

Los límites gastos de bolsillo dentro de la red y fuera de la red son distintos y no se acumulan entre sí.

El Plan incluye dos tipos de límites de gastos de bolsillo: individual y familiar. Si el Plan cubre solo a una persona, se aplica el límite de gastos de bolsillo individual. Si hay más de una persona cubierta (por ejemplo, miembros de la familia), pueden aplicarse ambos tipos de límites. Cuando cualquier persona cubierta incurre en un gasto de atención médica, el monto pagado cuenta para los límites de gastos de bolsillo tanto individual como familiar. El límite de gastos de bolsillo individual de un Miembro se considera alcanzado cuando sus gastos personales alcanzan el límite individual. El límite de gastos de bolsillo familiar se considera alcanzado cuando los gastos combinados pagados por todos los Miembros de la familia alcanzan el límite familiar. Cada Miembro de la familia puede contribuir al límite familiar, pero ningún Miembro contribuirá más que su límite individual y algunos Miembros de la familia pueden no necesitar contribuir en absoluto al límite de gastos de bolsillo familiar.

Servicios cubiertos

Los servicios cubiertos están sujetos a todos los términos y condiciones enumerados en este documento, incluidos, entre otros, los máximos de beneficios, deducibles, copagos, coseguros, exclusiones y requisitos de necesidad médica. Para obtener más detalles, consulte la sección *Lista de Beneficios* en la página 105.

Muchos de los servicios cubiertos se pueden recibir en varios entornos, incluido el consultorio de un médico o su hogar, un centro de atención sin cita previa, un centro de atención de urgencia, un centro para pacientes ambulatorios o un centro para pacientes hospitalizados. Los beneficios a menudo variarán dependiendo de dónde reciba los servicios y quién los proporcione.

Servicios y suministros médicos proporcionados por médicos y otros profesionales de la salud

Acupuntura

Tratamiento del dolor neuromusculoesquelético por un acupunturista que actúa dentro del alcance de su licencia. El tratamiento implica el uso de agujas a lo largo de vías nerviosas específicas para aliviar el dolor.

Se cubren 20 visitas de acupuntura por año calendario.

Cuidado de las alergias

Beneficios para pruebas y tratamientos de alergias Médicamente Necesarios, incluidos sueros e inyecciones para alergias.

Equipos, educación y suministros para la diabetes

Cobertura para medicamentos, suministros y equipos para diabéticos. Generalmente estos servicios están cubiertos por su beneficio de medicamentos recetados. Sin embargo, las bombas de insulina y los suministros están cubiertos por el equipo médico duradero (DME).

La capacitación en autogestión ambulatoria para el tratamiento de la diabetes está cubierta si:

- fue prescrita por un profesional de la salud autorizado; y
- la realiza:
  - un profesional de la salud certificado, autorizado o registrado, capacitado en el cuidado de la diabetes, y
  - que interviene dentro del alcance de su licencia.

Se proporcionan beneficios por 10 horas de capacitación inicial, 4 horas de capacitación adicional debido a cambios en la condición de la persona y 4 horas de capacitación requeridas por nuevos avances en el tratamiento de la diabetes.

Suministros cubiertos

Los suministros incluyen, entre otros:

- Todas las preparaciones de insulina
- Cintas reactivas para medir la glucosa
- Kit de lancetas automáticas para sangre
- Dispositivos auxiliares para inyecciones
- Kit de medición de glucosa en sangre
- Inyector automático (Busher)
- Tiras (de prueba o reactivas) para medir la glucosa en sangre
- Suministro de cartuchos de insulina
- Monitor y tiras para medir la glucosa en sangre
- Dispositivos de infusión de insulina
- Cartuchos para personas con discapacidad visual
- Bomba de insulina
- Sistemas de gestión de datos sobre la diabetes
- Lancetas
- Cartuchos de insulina y de pluma de insulina descartables

Servicios de diagnóstico y tratamiento

Servicios profesionales ambulatorios

Servicios profesionales ambulatorios de médicos y otros profesionales de la salud:

- Consultas
- Asesoramiento genético
- Segundas opiniones quirúrgicas
- Visitas a la clínica
- Visitas al consultorio
- Visitas a domicilio
- Examen inicial de un recién nacido que necesita tratamiento definitivo
- Visitas virtuales

Servicios profesionales para pacientes hospitalizados

Los servicios cubiertos incluyen:

- Visitas de atención médica.
- Atención médica intensiva cuando su condición lo requiere.
- Tratamiento de un problema de salud por parte de un médico que no es su cirujano mientras usted está en el hospital para una cirugía. Los beneficios incluyen el tratamiento de dos o más médicos durante una estadía en el hospital cuando la naturaleza o gravedad de su problema de salud requiere la habilidad de médicos separados.
- Un examen personal realizado por otro médico cuando lo solicite su médico. Los beneficios no están disponibles para consultas de personal requeridas por el Hospital, consultas solicitadas por el paciente, consultas de rutina, consultas telefónicas o transmisiones de ECG por teléfono.
- Cirugía y anestesia general.
- Examen del recién nacido. El examen lo debe realizar un médico distinto al que asistió al nacimiento.
- Cargos profesionales por interpretar pruebas diagnósticas, como imágenes, informes de patología y cardiología.

Servicios profesionales de telesalud

Los servicios cubiertos incluyen visitas virtuales de telemedicina/telesalud proporcionadas adecuadamente por un proveedor de telesalud de acuerdo con los requisitos legales aplicables, que incluyen:

- Videoconferencia segura en vivo (sincrónica)
- Mensajería instantánea segura a través de una aplicación móvil
- Tecnología interactiva de almacenamiento y reenvío (asincrónica)
- Tecnología de monitoreo remoto de pacientes, que incluye monitoreo de datos clínicos del paciente, como peso, presión arterial, pulso, oximetría de pulso, glucosa en sangre y otros datos específicos de la condición; monitoreo de adherencia a la medicación y videoconferencia interactiva con o sin carga de imágenes digitales.

Los servicios cubiertos se proporcionan para facilitar el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la gestión de la atención y la autogestión de la salud física y/o conductual de un paciente. No se requiere contacto en persona entre un proveedor de atención médica y el paciente para estos servicios, y el tipo de entorno donde se brindan estos servicios no está limitado.

No todos los servicios pueden prestarse mediante visitas virtuales. Ciertos servicios requieren equipos y/o atención física directa que no se puede brindar de forma remota. Los servicios que Anthem determina que requieren contacto en persona y/o equipos que no se pueden proporcionar de forma remota no están cubiertos por el Plan si se reciben a través de telesalud.

Los beneficios no incluyen el uso de fax, teléfono de solo audio, mensajes de texto (fuera de aplicaciones móviles seguras específicas para atención médica), correo electrónico o mensajería instantánea no segura, a menos que cumplan con la ley aplicable de Connecticut relacionada con los servicios de telesalud. Los beneficios tampoco incluyen la entrega de resultados de pruebas; la solicitud de citas médicas; la obtención de respuestas sobre facturación, cobertura de seguros o preguntas sobre pagos; la solicitud de derivaciones a Proveedores fuera de la red de Anthem; la certificación previa de beneficios; o las conversaciones entre Proveedores, salvo que estén aprobadas en este documento.

Equipo médico duradero (DME)

Beneficios para equipo médico duradero y dispositivos médicos cuando el equipo:

- Es recetado por un proveedor de atención médica autorizado;
- Se utiliza principal y habitualmente con fines médicos;
- No es útil para una persona en ausencia de enfermedad o lesión;
- Puede soportar un uso repetido; y
- Es adecuado para usarse en el hogar.

Algunos ejemplos de DME cubiertos son, entre otros, los siguientes:

- Sillas de ruedas (manuales y eléctricas)
- Camas de hospital
- Equipo de oxígeno y equipo respiratorio
- Dispositivos de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP)
- Andadores, bastones y muletas
- Equipos para diabéticos y suministros relacionados
- El Plan determinará si el DME se proporciona mediante alquiler o compra, según lo que sea más rentable y clínicamente apropiado. En muchos casos:
- Inicialmente, el equipo puede alquilarse.
- La propiedad podrá transferirse al miembro después de un período de alquiler determinado.
- El mantenimiento y las reparaciones del equipo cubierto están incluidos cuando sean médicamente necesarios.

El Plan no cubrirá características de lujo cuando un modelo estándar responda a las necesidades médicas del miembro. El Plan no cubre la personalización de ningún elemento de equipo médico duradero ni de ningún aparato ortopédico (incluida una órtesis utilizada con un aparato ortopédico) a menos que el Plan permita específicamente la cobertura en determinados casos.

Los beneficios incluyen los costos de reparación y reemplazo, así como los suministros y equipos necesarios para el uso del equipo o dispositivo; por ejemplo, una batería para una silla de ruedas eléctrica.

Los reemplazos están cubiertos cuando el crecimiento o un cambio en la condición médica de la persona cubierta hace que el reemplazo sea médicamente necesario.

Los costos compartidos que figuran en la sección *Lista de Beneficios* (página 105) solo se aplican cuando obtiene el equipo o los suministros de un proveedor externo. Si recibe el equipo o los suministros como parte de una visita al consultorio o como paciente ambulatorio, o durante una estadía en el hospital, los beneficios se basarán en el entorno en el que se reciba el equipo o los suministros cubiertos.

Este beneficio está sujeto a Precertificación.

Planificación familiar

Beneficios anticonceptivos

Los beneficios incluyen dispositivos anticonceptivos como diafragmas, dispositivos intrauterinos (DIU), implantes y parches y medicamentos anticonceptivos inyectables. Los medicamentos anticonceptivos orales están cubiertos por el plan de farmacia.

Ciertos anticonceptivos están cubiertos bajo *Atención preventiva*. Consulte la página 52 para obtener más información.

Servicios de esterilización

Los beneficios incluyen servicios de esterilización y servicios para revertir una esterilización no electiva que resultó de una enfermedad o lesión. Las reversiones de esterilizaciones electivas no están cubiertas.

Las esterilizaciones en mujeres están cubiertas por *la Atención Preventiva*. Consulte la página 52 para obtener más información.

Servicios de aborto

Los beneficios incluyen servicios para un aborto terapéutico, que es un aborto recomendado por un proveedor, realizado para salvar la vida o la salud de la madre, o como resultado de incesto o violación. El Plan también cubrirá los abortos electivos.

Servicios de audición (pruebas, tratamientos y suministros)

Limitado a un beneficio máximo de un juego de audífonos por período de 36 meses. Es posible que se requiera Certificación Previa para ciertos dispositivos osteointegrados.

Servicios de atención a domicilio

Se ofrecen beneficios para Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios brindados en su hogar por una AGENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO u otro Proveedor de atención domiciliaria. Para ser elegible para los beneficios, usted debe estar esencialmente confinado en su hogar, como alternativa a una estadía en el hospital, y ser físicamente incapaz de obtener los servicios médicos necesarios de forma ambulatoria. Los servicios deben ser prescritos por un

médico, un asistente médico o una enfermera registrada de práctica avanzada (APRN), y los servicios deben ser tan inherentemente complejos que solo puedan ser realizados de manera segura y eficaz por personal de salud calificado, técnico o profesional.

Los servicios cubiertos por un profesional de atención médica autorizado incluyen, entre otros:

- Servicios de enfermería especializada intermitentes por parte de una enfermera titulada o una enfermera práctica licenciada
- Servicios médicos/sociales hasta $420 por período de beneficio
- Servicios de diagnóstico
- Orientación nutricional
- Formación del paciente y/o familiar/cuidador
- Servicios de asistencia sanitaria a domicilio. Debe estar recibiendo atención de enfermería especializada o terapia. Los servicios deben ser prestados por personal debidamente capacitado que trabaje para el proveedor de atención médica domiciliaria. Otras organizaciones pueden prestar servicios solo cuando estén aprobadas por Anthem, y sus tareas deben ser asignadas y supervisadas por un enfermero profesional del personal del Proveedor de atención médica domiciliaria u otro Proveedor aprobado por Anthem.
- Servicios de terapia (excepto la terapia de manipulación, que no estará cubierta cuando se brinde en el hogar). El límite de servicios de atención médica domiciliaria incluye los servicios de terapia brindados como parte del beneficio de servicios de atención médica domiciliaria. Las visitas de diálisis y terapia de infusión no están incluidas en el máximo de visitas de servicios de atención médica domiciliaria.
- Suministros médicos
- Equipo médico duradero
- Servicios de enfermería privada

También hay beneficios disponibles para servicios intensivos de salud conductual en el hogar. Estos no requieren confinamiento en el hogar. Estos servicios se describen en la sección *Beneficios para la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias* en la página 68.

Los Servicios Cubiertos **no** incluyen:

- CUIDADO DE CUSTODIA, cuidado de convalecencia, cuidado domiciliario y cuidado en residencias de reposo.
- Servicios prestados por enfermeras registradas y otros trabajadores de la salud que no son empleados ni trabajan bajo un acuerdo aprobado con un proveedor de atención médica domiciliaria.
- Alimentación, alojamiento, servicios domésticos y comidas a domicilio.

Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico

Servicios de diagnóstico

Pruebas o procedimientos para encontrar o comprobar una condición cuando existen síntomas específicos. Las pruebas deben ser ordenadas por un proveedor e incluyen servicios de diagnóstico ordenados antes de una cirugía o ingreso hospitalario.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios de diagnóstico de laboratorio y patología
  - Pruebas de laboratorio y patología, como análisis de sangre.
  - Pruebas genéticas, cuando la prueba cumple criterios de necesidad médica.
- Radiología no avanzada, que incluye:
  - Radiografías/servicios de imágenes regulares
  - Ultrasonidos
  - Electrocardiogramas (ECG)
  - Electroencefalogramas (EEG)
  - Ecocardiogramas
  - Tomosíntesis mamaria
  - Pruebas de audición y visión para una condición médica o lesión (no para evaluaciones ni atención preventiva)
  - Pruebas solicitadas antes de una cirugía o ingreso.
- Radiología avanzada, que incluye:
  - Tomografía computarizada
  - Tomografía computarizada (CTA)
  - Imágenes por resonancia magnética (IRM)
  - Angiografía por resonancia magnética (ARM)
  - Espectroscopia de resonancia magnética (MRS)
  - Cardiología nuclear
  - Tomografías por emisión de positrones (TEP)
  - Exploraciones de fusión PET/CT
  - Densitometría ósea QCT
  - Colonografía por TC diagnóstica
  - La lista de servicios de imágenes avanzadas puede cambiar a medida que cambian las tecnologías médicas.

- Otros servicios de diagnóstico, incluidos:
  - Pruebas de detección de plomo en sangre y evaluaciones de riesgos clínicamente indicadas.
  - Estudios del sueño.
  - Pruebas neuropsicológicas: las pruebas psicológicas, neuropsicológicas y neuroconductuales están cubiertas según lo prescrito por la ley estatal.

Tratamiento manipulativo

Los Servicios Cubiertos incluyen terapia para tratar problemas de huesos, articulaciones y espalda.

Atención de maternidad

Los Servicios Cubiertos incluyen los servicios necesarios durante un embarazo normal o complicado y los servicios necesarios para un aborto espontáneo, incluidos:

- Servicios profesionales y de instalaciones para el parto en una instalación o en el hogar, incluidos los servicios de una enfermera partera debidamente autorizada.
- Atención de rutina en el consultorio del recién nacido durante la estadía normal de la madre en el hospital, incluida la circuncisión de un dependiente masculino cubierto.
- Servicios prenatales, postnatales y posparto. Los beneficios de los servicios para Miembros que tienen síntomas actuales o un problema de salud diagnosticado podrán facturarse junto con la tarifa global (por ejemplo, en caso de ecografías adicionales durante un embarazo de alto riesgo) que figura en la sección *Servicios de diagnóstico y tratamiento*, y podrán estar sujetos a otros costos compartidos, según el entorno en el que se reciban los Servicios Cubiertos.
- Pruebas de detección fetal, que son pruebas genéticas o cromosómicas del feto, que cumplen con las pautas de Necesidad Médica.

Si está embarazada en su fecha de vigencia y en el primer trimestre del embarazo, debe cambiar a un proveedor dentro de la red para tener los servicios cubiertos en el nivel dentro de la red. Si está embarazada en su Fecha de Entrada en Vigencia y se encuentra en el segundo o tercer trimestre del embarazo (13 semanas o más) a partir de la Fecha de Entrada en Vigencia, los beneficios de atención obstétrica estarán disponibles en el nivel dentro de la red incluso si utiliza un Proveedor fuera de la red, siempre que complete un formulario de solicitud de continuidad de la atención y lo envíe a Servicios para Miembros. Los servicios cubiertos incluirán la atención obstétrica brindada por ese proveedor hasta el final del embarazo y el período posparto inmediato.

Según la ley federal, el Plan no puede limitar los beneficios de ninguna estadía en el hospital por parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal por regla general no impide que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, le dé el alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas o 96 horas, según corresponda. Si una madre y su recién nacido son dados de alta antes de las 48 horas o 96

horas, según corresponda, la cobertura incluirá una visita de seguimiento dentro de las 48 horas posteriores al alta y una visita de seguimiento adicional dentro de los 7 días posteriores al alta. En cualquier caso, según lo establece la ley federal, el Plan no puede exigir a un Proveedor que obtenga autorización de Anthem antes de prescribir una estadía no mayor de 48 horas para un parto vaginal o de 96 horas después de una cesárea.

Si el recién nacido necesita servicios distintos a los cuidados de rutina de la guardería o permanece en el hospital después de que la madre recibe el alta (es enviada a casa), los beneficios para el recién nacido se considerarán como una admisión (internación) separada.

Suministros médicos

Suministros médicos y quirúrgicos

Cobertura para suministros médicos y quirúrgicos que sólo sirven para un propósito médico, se utilizan una sola vez y se compran (no se alquilan). Los suministros cubiertos incluyen jeringas, agujas, apósitos quirúrgicos, férulas y otros artículos similares que sirven únicamente para un propósito médico.

Los beneficios incluyen suministros para el cuidado de heridas que son médicamente necesarios y se administran bajo la dirección de un médico.

Los Servicios Cubiertos **no** incluyen artículos que normalmente se almacenan en el hogar para uso general (por ejemplo, curitas, termómetros y vaselina) y artículos multiuso que podrían usarse por razones no médicas (por ejemplo, cinta adhesiva, guantes quirúrgicos, baterías, cargadores de baterías y agentes de limpieza).

Sangre y productos sanguíneos

Cobertura para la administración de productos sanguíneos a menos que se reciban de una fuente comunitaria, como sangre donada a través de un banco de sangre.

Medias de compresión

La cobertura se limita a cuatro pares de medias/calcetines de compresión por un período de 12 meses.

Dispositivos ortopédicos y protésicos

Ortesis

Hay beneficios disponibles para ciertos tipos de aparatos ortopédicos (aparatos ortopédicos, botas, férulas). Los servicios cubiertos incluyen la compra inicial, el ajuste y la reparación de un dispositivo de soporte rígido o semirrígido hecho a medida que se utiliza para sostener, alinear, prevenir o corregir deformidades o para mejorar la función de partes móviles del cuerpo, o que limita o detiene el movimiento de una parte del cuerpo débil o enferma.

Prótesis

Hay beneficios disponibles para prótesis, que son sustitutos artificiales de partes del cuerpo con fines funcionales o terapéuticos, cuando son médicamente necesarias para las actividades de la vida diaria.

Los beneficios incluyen la compra, instalación, ajustes, reparaciones y reemplazos. Los servicios cubiertos pueden incluir, entre otros:

- Un par de anteojos o lentes de contacto que se utilizan después de la extracción quirúrgica del/de los cristalino(s) de los ojos.
- Prótesis mamarias (ya sean internas o externas) y sujetadores quirúrgicos después de una mastectomía, como lo exige la Ley de Salud de la Mujer y Derechos contra el Cáncer.
- Suministros para colostomía y otras ostomías (construcción quirúrgica de una abertura artificial) directamente relacionados con el cuidado de la ostomía.
- Prótesis de restauración (prótesis facial compuesta).
- Pelucas que se necesitan después del tratamiento del cáncer. La cobertura está disponible para hasta una peluca por pérdida de cabello después del tratamiento del cáncer por año calendario.
- Implantes cocleares.
- Audífonos para ayudar o compensar a los miembros que estén certificados como sordos o con problemas de audición por un médico o un audiólogo autorizado. Esto incluye audífonos anclados al hueso, así como

audífonos de venta libre aprobados por la FDA. Limitados a un beneficio máximo de un juego de audífonos por período de 36 meses. Es posible que se requiera Precertificación para ciertos dispositivos anclados al hueso y otras prótesis.

Cuidado de los pies

Ortesis para los pies: plantillas médicamente necesarias, recetadas por un médico para tratar o mantener las siguientes afecciones:

- Diabetes con manifestaciones neurológicas
- Diabetes con trastornos circulatorios periféricos
- Lesión del nervio plantar
- Úlcera de miembro inferior excepto úlcera por presión
- Tendinitis del tibial
- Espolón calcáneo
- Otros trastornos de bursitis
- Fibromatosis fascial plantar

Ciertos servicios de cuidado de los pies **no** están cubiertos, incluido el cuidado de los pies solo para mejorar la comodidad o la apariencia, el cuidado de rutina de callos, durezas, uñas de los pies (excepto la extirpación quirúrgica o el tratamiento del pie diabético, trastornos circulatorios o uñas encarnadas), pies planos, arcos caídos, pies débiles, distensión crónica del pie o molestias asintomáticas relacionadas con los pies.

Miembros artificiales

Miembros artificiales y accesorios, incluido un dispositivo médicamente necesario que contenga un microprocesador y reparaciones y reemplazos. Las extremidades artificiales son dispositivos para reemplazar, total o parcialmente, un brazo o una pierna cuando son médicamente necesarios para las actividades de la vida diaria. Puede ser necesaria una precertificación.

Los Servicios Cubiertos **no** incluyen:

- Miembros artificiales diseñados exclusivamente para fines deportivos.
- Reparación o reemplazo por mal uso o pérdida.
- Elementos de respaldo o elementos que cumplen una función duplicada.

Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva

Los beneficios incluyen servicios en un Hospital, Centro independiente, Centro de Enfermería Especializada o programa de REHABILITACIÓN para pacientes ambulatorios. Para ser un servicio cubierto, la terapia debe mejorar su nivel de función dentro de un período de tiempo razonable. Se requiere Precertificación para las terapias dentro de la red que superen las 24 visitas por año del plan por tipo de terapia.

Los servicios cubiertos incluyen:

- **Fisioterapia.** El tratamiento mediante fisioterapia pretende aliviar el dolor, restablecer la salud y evitar la discapacidad tras una enfermedad, lesión o pérdida de un brazo o una pierna. Incluye hidroterapia, calor, agentes físicos, principios y dispositivos biomecánicos y neurofisiológicos. No incluye servicios de terapia de masajes.
- **Servicios de terapia del habla y patología del habla y el lenguaje (SLP).** Servicios para identificar, evaluar y tratar trastornos del habla, el lenguaje y la deglución en niños y adultos. La terapia desarrollará o tratará habilidades de comunicación o de deglución para corregir un impedimento del habla.
- **Terapia ocupacional.** Tratamiento para restaurar la capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria, como caminar, comer, beber, vestirse, usar el baño, pasar de una silla de ruedas a una cama y bañarse. También incluye terapia para tareas necesarias para el trabajo de la persona. La terapia ocupacional no incluye terapias recreativas o vocacionales, como pasatiempos o artes y manualidades.
- **Terapia de rehabilitación cognitiva.** Solo cuando sea Médicamente Necesaria después de una lesión cerebral postraumática o un accidente cerebrovascular.

Los límites para los servicios de terapia (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla) no se aplicarán si la atención se recibe como parte del beneficio de cuidados paliativos o el beneficio para la salud mental y el trastorno por consumo de sustancias. Cuando se brindan servicios de terapia (física, ocupacional o del habla) en el hogar, se aplicará el límite de servicios de atención médica domiciliaria en lugar del límite de visitas de los servicios de terapia aplicables.

Atención preventiva

La atención preventiva incluye exámenes de detección y otros servicios para adultos y niños. Todos los servicios preventivos recomendados estarán cubiertos según lo exige la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) y la ley estatal aplicable. Esto significa que muchos servicios de atención preventiva están cubiertos sin deducible, copagos ni coseguro cuando utiliza un proveedor dentro de la red.

Ciertos beneficios para los Miembros que tienen síntomas actuales o un problema de salud diagnosticado pueden estar cubiertos en la sección *Servicios de diagnóstico y tratamiento* si la cobertura no se encuentra dentro de los servicios preventivos recomendados por el estado o la ACA.

Los servicios cubiertos se incluyen en los siguientes grupos amplios:

- Servicios con una calificación “A” o “B” del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, que incluyen evaluaciones para:
  - Cáncer de mama
  - Cáncer de cuello uterino
  - Cáncer colorrectal
  - Hipertensión
  - Diabetes mellitus tipo 2
  - Colesterol
  - Obesidad infantil y adulta
- Vacunas para niños, adolescentes y adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades;
- Atención preventiva y exámenes de detección para bebés, niños y adolescentes según lo enumerado en las pautas respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud;
- Atención preventiva y exámenes de detección para mujeres según lo indicado en las pautas respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud, que incluyen:
  - Anticonceptivos femeninos, tratamientos de esterilización y asesoramiento. Esto incluye dispositivos anticonceptivos como diafragmas, dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes.
  - Apoyo, suministros y asesoramiento sobre la lactancia materna. Los beneficios de los extractores de leche están limitados a un extractor por embarazo.

- Exámenes de detección y/o asesoramiento, incluyendo diabetes gestacional, virus del papiloma humano (VPH), infecciones de transmisión sexual (ITS), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y violencia interpersonal y doméstica.

- Servicios de asesoramiento preventivo para dejar de fumar y dejar de consumir tabaco para miembros mayores de 18 años según lo recomendado por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos;
- Las evaluaciones y servicios adicionales para monitorear el cáncer de mama y otros cánceres ginecológicos pueden considerarse servicios de atención preventiva según la ley estatal. Estos pueden estar disponibles para usted si se cree que tiene un mayor riesgo debido a:
  - Una historia familiar.
  - Antecedentes personales de cáncer de mama, de ovario o ciertos cánceres relacionados.
  - Si el tratamiento de un cáncer infantil ha aumentado su riesgo de padecer cáncer de mama.
  - Una prueba genética positiva para variantes genéticas que aumentan el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer.
  - Otras indicaciones según lo determine el médico del asegurado, la enfermera registrada de práctica avanzada, el asistente médico, la enfermera partera certificada u otro proveedor médico.

  Los requisitos para cada evaluación o servicio pueden variar y pueden estar sujetos a revisión de necesidad médica. Los servicios de diagnóstico y detección pueden incluir:
  - Mamografías, incluidas las mamografías realizadas mediante tomosíntesis mamaria (3D).
  - Examen ecográfico completo de una o varias mamas si la mamografía demuestra tejido mamario heterogéneo o denso según el Sistema de datos e informes de imágenes mamarias establecido por el Colegio Americano de Radiología.
  - Resonancia magnética de toda una mama o de varias mamas de acuerdo con las pautas establecidas por la Sociedad Estadounidense del Cáncer.
  - Mastectomías destinadas a prevenir enfermedades (mastectomía profiláctica).
  - Pruebas genéticas.
  - Procedimientos de detección de rutina y pruebas de vigilancia para el cáncer de ovario.

Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más detalles sobre estos servicios o visitar los sitios web del gobierno federal: **healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits**, **ahrq.gov** y **cdc.gov/acip**.

Servicios de salud reproductiva

Los servicios de fertilidad están cubiertos para los Miembros del Plan que cumplan los siguientes requisitos:

- Experimentan infertilidad.
- No pueden lograr un embarazo como individuos o con una pareja porque el individuo o la pareja no tienen los gametos necesarios para lograr un embarazo.
- Se ha confirmado que al menos uno de los socios tiene un gen autosómico dominante para un trastorno genético o se ha confirmado que ambos socios tienen el mismo gen autosómico recesivo para un trastorno genético.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Procedimientos, productos, medicamentos y servicios destinados a proporcionar información y asesoramiento sobre la fertilidad de una persona, incluidas evaluaciones de laboratorio y estudios de imágenes.
- Procedimientos, productos, pruebas, medicamentos y servicios que tienen como objetivo lograr el embarazo, que se brindan de manera consistente con la práctica médica establecida y las pautas profesionales publicadas por la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva o la Sociedad de Endocrinología Reproductiva e Infertilidad, y que dan como resultado un nacimiento vivo. Los servicios cubiertos incluyen inseminaciones, transferencias de óvulos y embriones al designado cubierto de un Miembro del Plan en el caso de gestación subrogada.
- Extracción de óvulos o espermatozoides para su uso futuro en casos en que los pacientes se someterán a un tratamiento que tenga el potencial de volverlos infértiles.

Se requiere precertificación.

Salvo lo indicado anteriormente, los cargos asociados con la criopreservación de óvulos, embriones o esperma, incluidas la congelación y descongelación, no están cubiertas por el Plan.

Fórmula especializada y alimentos modificados

La fórmula especializada es una fórmula nutricional para niños que está exenta de los requisitos generales de etiquetado nutricional según las pautas reglamentarias y estatutarias de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.

La cobertura de fórmulas especializadas está destinada al uso en el manejo dietético de enfermedades específicas cuando se encuentra bajo la dirección y supervisión médica de un médico y cuando dichas fórmulas especializadas son médicamente necesarias para el tratamiento de esa enfermedad o condición.

Los beneficios también incluyen preparaciones modificadas de aminoácidos y productos alimenticios modificados bajos en proteínas para el tratamiento de enfermedades metabólicas hereditarias y fibrosis quística.

Terapias de tratamiento

Para conocer los límites de los beneficios, consulte la sección *Lista de Beneficios* que comienza en la página 105.

Servicios de intervención temprana

Para los niños elegibles desde el nacimiento hasta los tres años de edad o según lo requiera la ley, hay servicios médicamente necesarios disponibles para intervención temprana. Los servicios cubiertos para un miembro y su familia se proporcionan como parte de un plan de servicio familiar individualizado.

Servicios para personas con autismo

Se proporcionará cobertura para el diagnóstico y tratamiento médicamente necesarios de los trastornos del espectro autista (TEA).

Los servicios cubiertos incluyen:

- Terapia conductual brindada por un proveedor de terapia conductual para el autismo y ordenada por un médico, psicólogo o trabajador social clínico autorizado.
- Servicios psiquiátricos o de consulta directos proporcionados por un psiquiatra o psicólogo autorizado.
- Terapia ocupacional, física y del habla proporcionada por un terapeuta autorizado.

No hay cobertura para educación especial y servicios relacionados, excepto como se describe anteriormente.

Los **trastornos del espectro autista** son aquellos que cumplen los criterios establecidos en la edición más reciente del "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)" de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Un **Proveedor de terapia conductual para el autismo** es una persona certificada para brindar terapia conductual para el autismo o una persona que brinda terapia conductual para el autismo bajo la supervisión de un analista de conducta certificado por el Consejo de Certificación de Analistas Conductuales; un Médico autorizado; o un psicólogo autorizado. La supervisión consiste en al menos 1 hora de supervisión cara a cara por parte del Proveedor de terapia conductual para autismo por cada 10 horas de terapia proporcionada por un asistente certificado o terapeuta conductual que se encuentre bajo supervisión.

Otros servicios de terapia

Los beneficios también están disponibles para lo siguiente:

- **Rehabilitación cardíaca.** Evaluación médica, entrenamiento, ejercicio supervisado y apoyo psicosocial para cuidarlo después de un evento cardíaco (problema cardíaco). Los beneficios no incluyen programas domiciliarios, acondicionamiento continuo ni cuidados de mantenimiento.

- **Quimioterapia.** Tratamiento de una enfermedad mediante agentes antineoplásicos químicos o biológicos. Para obtener más detalles, consulte la sección *Medicamentos con receta cubiertos por el plan médico* en la página 70.
- **Diálisis.** Servicios para insuficiencia renal aguda y enfermedad renal crónica (terminal), que incluyen hemodiálisis, diálisis peritoneal intermitente domiciliaria (DPI), diálisis peritoneal cíclica continua domiciliaria (DPCC) y diálisis peritoneal ambulatoria continua domiciliaria (DPCA). Los servicios cubiertos incluyen tratamientos de diálisis en un centro de diálisis para pacientes ambulatorios. Los Servicios Cubiertos también incluyen diálisis en el hogar y capacitación para usted y la persona que lo ayudará con la autodiálisis en el hogar.
- **Terapia de infusión.** Servicios de enfermería, equipos médicos duraderos y medicamentos que se le entregan y administran por vía intravenosa en su hogar. También incluye nutrición parenteral total (NPT), terapia nutricional enteral, terapia con antibióticos, tratamiento del dolor y quimioterapia. Puede incluir inyecciones (intramusculares, subcutáneas, subcutáneas continuas). Para obtener más detalles, consulte la sección *Medicamentos con receta cubiertos por el plan médico* en la página 70.
- **Rehabilitación Pulmonar.** Incluye atención respiratoria ambulatoria a corto plazo para restaurar su salud después de una enfermedad o lesión.
- **Radioterapia.** Tratamiento de una enfermedad mediante rayos X, radio o isótopos radiactivos. Los Servicios Cubiertos incluyen tratamiento (teleterapia, braquiterapia y radioterapia intraoperatoria, incluidos fotones o fuentes de partículas de alta energía), materiales y suministros necesarios y planificación del tratamiento.
- **Terapia respiratoria.** Incluye el uso de gases secos o húmedos en los pulmones, tratamiento de inhalación no presurizado, tratamiento de respiración con presión positiva intermitente, aire u oxígeno, con o sin medicación nebulizada, ventilación con presión positiva continua (CPAP), ventilación con presión negativa continua (CNP), percusión torácica, uso terapéutico de gases o fármacos médicos en forma de aerosoles y equipos como reanimadores, tiendas de oxígeno y espirómetros incentivadores; drenaje broncopulmonar y ejercicios de respiración.
- **Terapia con antibióticos orales e intravenosos para el tratamiento de la enfermedad de Lyme.** Se cubren hasta 30 días de terapia antibiótica intravenosa o 60 días de terapia antibiótica oral, o ambas, para el tratamiento de la enfermedad de Lyme. Se cubren tratamientos adicionales si los recomienda un reumatólogo, un especialista en enfermedades infecciosas o un neurólogo certificados por el consejo médico.
- **Terapia auditiva posterior al implante coclear.** Servicios para ayudar a una persona a comprender los nuevos sonidos que escucha después de recibir un implante coclear.

Servicios de la vista (pruebas, tratamientos y suministros)

La cobertura está disponible para un examen de la vista de rutina cada año calendario.

Los beneficios incluyen tratamiento médico y quirúrgico de lesiones y enfermedades de los ojos, incluida la cirugía de cataratas. Ciertas evaluaciones de la visión exigidas por la ley federal están cubiertas en la sección *Atención preventiva*.

Ciertos servicios de la visión **no** están cubiertos, incluidos:

- **Anteojos y lentes de contacto.** Anteojos y lentes de contacto para corregir su vista, a menos que estén enumerados como cubiertos en este documento. Esta exclusión no se aplica a lentes necesarios después de una cirugía ocular cubierta.
- **Cirugía ocular.** Cirugía ocular para corregir errores de refracción, como la miopía. Esto incluye, entre otros, LASIK, queratotomía radial o queratomileusis y queratectomía refractiva con láser excímer.

Servicios de cirugía y anestesia proporcionados por médicos y otros profesionales de la salud.

Cirugía oral y maxilofacial

Los beneficios se limitan a ciertas cirugías orales, que incluyen:

- Tratamiento del labio hendido, paladar hendido, displasia ectodérmica u otro trastorno craneofacial complejo diagnosticado médicamente.
- Cirugía ortognática para una anomalía física que impide el funcionamiento normal de la mandíbula superior y/o inferior y es médicamente necesaria para lograr la capacidad funcional de la parte afectada.
- Corrección oral/quirúrgica de LESIONES ACCIDENTALES como se indica en la sección Beneficios dentales en la página 71.
- Tratamiento de lesiones no dentales, como extirpación de tumores y biopsias.
- Incisión y drenaje de infección de tejidos blandos no incluyendo quistes o abscesos odontogénicos.
- Tratamiento de fracturas de mandíbula y/o huesos faciales y luxaciones de mandíbula.
- Tratamiento quirúrgico del síndrome de la articulación temporomandibular (ATM) y del trastorno craneomandibular.

Trasplantes de órganos y tejidos

Cobertura para trasplantes de órganos y tejidos humanos Médicamente Necesarios, así como ciertas terapias celulares y genéticas. Los costos compartidos se basarán en el entorno en el que se reciben los servicios cubiertos. **Para que usted sea elegible para la cobertura, Anthem debe aprobar los beneficios por adelantado mediante la Precertificación.**

Tan pronto como piense que puede necesitar un trasplante, llame a Servicios para Miembros para hablar sobre sus opciones de beneficios. Debe hacer esto antes de que le realicen una evaluación y/o evaluación para un trasplante.

Los procedimientos cubiertos incluyen los médicamente necesarios:

- Trasplantes e infusiones de órganos sólidos, tejidos y médula ósea/células madre/sangre del cordón umbilical humanos.
- Terapias celulares u otras terapias genéticas,
- Procedimientos de adquisición, movilización, recolección y almacenamiento,
- Quimioterapia mieloablativa o preparativa de intensidad reducida, radioterapia o una combinación de estas terapias.

Ciertos trasplantes y servicios (por ejemplo, córnea) están cubiertos, como cualquier otra cirugía, bajo los beneficios regulares para pacientes ambulatorios y hospitalizados que se describen en otra parte de este documento. Esto incluye cualquier Servicio Cubierto relacionado con un procedimiento cubierto que reciba antes o después del Período de Beneficio del procedimiento cubierto.

Proveedor de Centros de Excelencia (COE)

Para que los procedimientos estén cubiertos, el hospital debe estar designado como Centro Anthem Blue Distinction para Trasplantes o Centro Anthem de Excelencia Médica. Se debe tener en cuenta que no todos los hospitales designados realizan todos los servicios cubiertos.

Si un Centro de Excelencia Médica designado o un Blue Distinction Center no puede realizar un trasplante Médicamente Necesario, el Plan cubrirá los servicios Médicamente Necesarios prestados en un Centro dentro de la red con Precertificación de Anthem y de acuerdo con la lista de beneficios aplicable.

Los siguientes servicios están cubiertos:

- Alojamiento y comida
- Servicios y suministros que presta el Hospital
- Atención brindada en una unidad de cuidados especiales que cuenta con todas las instalaciones, equipos y servicios de apoyo necesarios para brindar un nivel intensivo de atención a pacientes con enfermedades críticas
- Utilización de quirófanos y salas de tratamiento
- Servicios de diagnóstico
- Servicios de fisioterapia rehabilitadora y restauradora
- Suministros hospitalarios
- Medicamentos recetados
- Sangre entera, administración de sangre y procesamiento de sangre
- Anestesia, suministros y servicios de anestesia
- Apósitos y suministros médicos y quirúrgicos

Los siguientes servicios quirúrgicos están cubiertos cuando se utilizan con trasplantes de órganos y tejidos humanos cubiertos:

- Cirugía, incluidos los servicios de diagnóstico relacionados con una cirugía (no se realizarán pagos por separado por servicios preoperatorios y posoperatorios ni por más de una cirugía realizada durante una sesión operatoria).
- Servicios de un médico que asiste activamente al cirujano que realiza la operación.
- Administración de anestesia ordenada por el médico tratante y proporcionada por un médico o proveedor que no sea el cirujano o el asistente en la cirugía.

Se cubren los siguientes servicios médicos relacionados con trasplantes de órganos y tejidos humanos:

- Visitas de atención médica para pacientes hospitalizados.
- Atención médica intensiva prestada a una persona cubierta cuya condición requiere la asistencia y el tratamiento constantes de un médico durante un período prolongado de tiempo.
- Atención médica brindada al mismo tiempo que la cirugía durante la estadía en el hospital por un médico, que no sea el cirujano operador, para el tratamiento de una condición médica que es distinta de la condición por la cual se realizó la cirugía.
- Atención médica brindada por dos o más médicos durante la misma estadía en el hospital cuando la naturaleza o gravedad de la condición de la persona cubierta requiere las habilidades de médicos separados.
- Servicios de consulta prestados por otro médico a solicitud del médico tratante, excepto las consultas del personal, que sean necesarias según las normas y reglamentos del hospital.
- Visitas médicas ambulatorias en el hogar, el consultorio y otros lugares para el examen y tratamiento de la persona cubierta.
- Servicios de diagnóstico, que incluyen una derivación para evaluación.

Los siguientes servicios de terapia rehabilitadora y restaurativa están cubiertos:

- Servicios proporcionados en un centro de enfermería especializada, que no son de custodia ni para la comodidad de la persona cubierta o del médico, y solo hasta que la persona cubierta haya alcanzado el máximo nivel de recuperación posible para la condición dada y ya no necesite atención de enfermería especializada o tratamiento definitivo que no sea atención de apoyo de rutina.
- Servicios cubiertos de atención médica domiciliaria para una persona cubierta cuando son prescritos por el médico tratante de la persona cubierta en lugar de una hospitalización y coordinados antes del alta del hospital.
- Inmunosupresores Médicamente Necesarios recetados con trasplantes de órganos y tejidos humanos cubiertos, y que, según la legislación federal, solo puedan dispensarse con receta médica y que están aprobados para su uso general por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.

- Los beneficios de transporte y alojamiento para el receptor del trasplante y su(s) acompañante(s) se limitan a un máximo de $10,000 por trasplante, salvo que se disponga de otro modo en la sección *Exclusiones.*
- Gastos de transporte de ida y vuelta al lugar de la intervención quirúrgica para los Servicios Cubiertos para un receptor de trasplante y otra persona que viaje con el paciente, o si el receptor del trasplante es un hijo menor de edad, los gastos de transporte para otras dos personas que viajen con el paciente, según se indica a continuación:
  - El alojamiento, que no excederá un total de $150 por día ($200 en total si dos personas viajan con un niño menor), se pagará a la persona que viaje con el paciente.
  - Alojamiento para la persona cubierta mientras recibe atención ambulatoria postoperatoria médicamente necesaria en el Hospital.

Beneficios por los siguientes servicios cuando se prestan junto con trasplantes de órganos y tejidos humanos cubiertos:

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

Si se realiza un trasplante de órgano o tejido humano de un donante a un receptor de trasplante, se aplicará lo siguiente:

- Cuando tanto el receptor como el donante son personas cubiertas, cada uno tiene derecho a los Servicios Cubiertos.
- Cuando sólo el receptor es una persona cubierta, tanto el donante como el receptor tienen derecho a los Servicios Cubiertos:
  - Los beneficios para los donantes se limitan únicamente a aquellos que no se proporcionan o no están disponibles para el donante a través de ninguna otra fuente. Esto incluye, entre otros, otras coberturas de seguros, subvenciones, fundaciones, programas gubernamentales, etc.
  - Los beneficios proporcionados al donante se cargarán al Plan de la persona cubierta.
- Cuando el receptor no está asegurado y el donante es una persona cubierta, este Plan solo brindará beneficios relacionados con la obtención del órgano, hasta los máximos del Plan.

No se proporcionarán beneficios por la obtención de un 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 o muerte de la persona cubierta y el órgano no se pueda trasplantar a otra persona. No se proporcionarán beneficios por la obtención de un órgano o tejido de un donante que haya sido vendido en lugar de donado. Estos Servicios Cubiertos para la obtención de un órgano de un donante, incluidos los gastos hospitalarios, quirúrgicos, médicos, de conservación y transporte, estarán sujetos a un máximo de $15,000 por trasplante.

Cirugía reconstructiva

Nota: Esta sección no se aplica a la cirugía ortognática. Consulte la sección *Beneficios dentales* en la página 71.

Los beneficios están disponibles para cirugías, procedimientos y servicios reconstructivos médicamente necesarios solo si se cumple al menos uno de los siguientes criterios. Las cirugías, procedimientos y servicios reconstructivos deben ser médicamente necesarios:

- Debido a una LESIÓN ACCIDENTAL.
- Para la reconstrucción o restauración de una parte funcional del cuerpo después de un procedimiento quirúrgico cubierto por enfermedad o lesión.
- Para restaurar o mejorar una función corporal.
- Para corregir un defecto de nacimiento en niños dependientes cubiertos que tienen déficits físicos funcionales debido a un defecto de nacimiento. La cirugía correctiva para niños que no tienen déficits físicos funcionales debido a un defecto de nacimiento no está cubierta por ninguna parte de este documento; o
- Debido a una mastectomía de conformidad con la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (consulte la página 125).

Las cirugías, procedimientos y servicios reconstructivos que no cumplan al menos uno de los criterios anteriores no están cubiertos por ninguna parte de este Plan.

Además de los criterios anteriores, existen beneficios disponibles para ciertas cirugías reconstructivas, procedimientos y servicios sujetos a los criterios de cobertura de la póliza médica. Algunos ejemplos de cirugías, procedimientos y servicios reconstructivos elegibles para consideración según los criterios de cobertura de la póliza médica son:

- Mastectomía por ginecomastia
- Cirugía ortognática mandibular/maxilar
- Banda ajustable para el tratamiento de la plagiocefalia y braquicefalia no sinostótica en bebés
- Cirugía de manchas de vino de Oporto

Aviso de mastectomía

Un miembro que recibe beneficios por una mastectomía o por atención de seguimiento de una mastectomía y que elige la reconstrucción mamaria también obtendrá cobertura para:

- Reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para dar una apariencia simétrica
- Prótesis y tratamiento de problemas físicos en todas las etapas de la mastectomía, incluido el linfedema

Los miembros deberán pagar el mismo deducible, coseguro y/o copagos que normalmente se aplican a las cirugías en este Plan.

Aviso de extracción de implantes mamarios

En el caso de los implantes mamarios que se implantaron quirúrgicamente como resultado de una mastectomía, los beneficios por la extracción médicamente necesaria de dichos implantes debido a una complicación médica de una mastectomía estarán cubiertos de la misma manera que cualquier otra enfermedad o lesión. Al igual que con todos los demás implantes mamarios, se proporcionarán beneficios por la extracción médicamente necesaria de cualquier implante mamario sin importar el motivo de la implantación.

Servicios de afirmación de género

Hay beneficios disponibles para servicios de afirmación de género, incluida la cirugía de afirmación de género y los tratamientos hormonales, para miembros diagnosticados con trastorno de identidad de género (también conocido como disforia de género). Para que usted sea elegible para los beneficios, los servicios deben ser médicamente necesarios y todas las admisiones en centros para pacientes hospitalizados deben ser aprobadas con anticipación a través de precertificación.

Los servicios para revertir los servicios de afirmación de género **no** están cubiertos por el Plan.

Procedimientos quirúrgicos

Los servicios quirúrgicos están disponibles para Pacientes Hospitalizados o ambulatorios, incluidas las cirugías en el consultorio. Los servicios cubiertos incluyen:

- Procedimientos operatorios y de corte aceptados.
- Otros procedimientos invasivos, como angiograma, arteriograma, amniocentesis y punción del cerebro o la columna vertebral.
- Exámenes endoscópicos, como artroscopia, broncoscopia, colonoscopia y laparoscopia.
- Tratamiento de fracturas y luxaciones.
- Anestesia y apoyo quirúrgico cuando sea médicamente necesario.
- atención preoperatoria y postoperatoria Médicamente Necesaria.

Servicios prestados por un Hospital u otro Centro y servicios de ambulancia

Ambulancia

Los servicios de ambulancia Médicamente Necesarios se considerarán un Servicio Cubierto en los siguientes casos:

- Usted es transportado en un vehículo autorizado por el estado que está diseñado, equipado y utilizado únicamente para transportar enfermos y heridos y está atendido por técnicos médicos de emergencia (EMT), paramédicos u otros profesionales médicos certificados. Esto incluye transporte aéreo terrestre, acuático, de ala fija y de ala rotatoria. Y,

- Se cumple uno o más de los siguientes criterios:
  - Para ambulancia terrestre se lleva:
    - Desde su domicilio o desde el lugar de un accidente o emergencia médica hasta un Hospital.
    - Entre hospitales, incluso cuando sea necesario trasladarse de un hospital fuera de la red a un hospital dentro de la red.
    - Entre un hospital y un centro de enfermería especializada u otra instalación aprobada.
  - Para ambulancia aérea o acuática, se le llevará:
    - Desde el lugar de un accidente o emergencia médica hasta un Hospital.
    - Entre hospitales, incluso cuando sea necesario trasladarse de un hospital fuera de la red a un hospital dentro de la red.
    - Entre un Hospital y un Establecimiento homologado.

Los servicios de ambulancia terrestre de emergencia no requieren precertificación y están permitidos independientemente de si el proveedor está dentro o fuera de la red. Para servicios de ambulancia terrestre o acuática, los proveedores fuera de la red también pueden facturarle cualquier cargo que exceda el Monto Máximo Permitido del Plan. Los servicios de ambulancia están sujetos a revisiones de necesidad médica.

Debe ser llevado al centro más cercano que pueda brindar atención para su condición. En ciertos casos, Anthem puede aprobar beneficios para el transporte a un Centro que no sea el Centro más cercano.

Los servicios cubiertos incluyen el transporte médicamente necesario y el tratamiento de una enfermedad o lesión por parte de profesionales médicos de un servicio de ambulancia. Los profesionales médicos del servicio de ambulancia lo transportarán al centro de emergencia más adecuado para brindarle atención en el momento de los servicios, independientemente de que estén dentro o fuera de la red. El beneficio también incluye el tratamiento in situ de la enfermedad o lesión, incluso si no lo trasladan a un centro.

Los servicios de ambulancia **no** estarán cubiertos cuando pueda utilizarse otro tipo de transporte sin poner en peligro su salud. Los servicios de ambulancia para su preferencia o conveniencia, o para la preferencia o conveniencia de su familia o médico, no son un servicio cubierto.

Otros servicios de ambulancia no cubiertos incluyen, entre otros, viajes:

- Al consultorio de un médico o clínica
- A una morgue o funeraria
- A ingresos hospitalarios electivos
- En furgonetas para sillas de ruedas, ambulancias o taxis médicos

Beneficios de la ambulancia aérea

Los beneficios solo están disponibles para una ambulancia aérea cuando no es apropiado utilizar una ambulancia terrestre o acuática. Por ejemplo, si el uso de una ambulancia terrestre pondría en peligro su salud y su condición médica requiere un transporte más rápido a una instalación del que la ambulancia terrestre puede proporcionar, el Plan cubrirá la ambulancia aérea. Una ambulancia aérea también estará cubierta si se encuentra en un área a la que una ambulancia terrestre o acuática no puede llegar.

Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia están sujetos a revisión de necesidad médica. Al utilizar una ambulancia aérea para un transporte que no sea de emergencia, Anthem se reserva el derecho de seleccionar al Proveedor de ambulancia aérea. Si no utiliza el Proveedor de ambulancia aérea que Anthem seleccione, no habrá beneficios disponibles.

Para los servicios de ambulancia aérea, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle más que su deducible, coseguro y/o copago correspondiente dentro de la red.

Se requiere Precertificación para la ambulancia aérea que no sea de emergencia. La ambulancia aérea no estará cubierta si lo trasladan a un hospital que no sea un hospital de cuidados agudos (como un centro de enfermería especializada o un centro de rehabilitación), o si lo trasladan al consultorio de un médico o a su hogar.

Transporte de Hospital a Hospital

Si se traslada de un hospital a otro, la ambulancia aérea solo estará cubierta si el uso de una ambulancia terrestre pondría en peligro su salud y si el hospital que lo atiende primero no puede brindarle los servicios médicos que necesita. Ciertos servicios especializados no están disponibles en todos los hospitales. Por ejemplo, la atención de quemaduras, la atención cardíaca, la atención de traumatismos y los cuidados críticos solo están disponibles en ciertos hospitales. Para estar cubierto, usted debe ser trasladado al Hospital más cercano que pueda atenderlo. La cobertura no está disponible para traslados en ambulancia aérea simplemente porque usted, su familia o su Proveedor prefieren un Hospital o Médico específico.

Beneficios de atención extendida/Beneficios de atención en un Centro de Enfermería Especializada

Cuando necesite servicios de enfermería especializada para pacientes internados y servicios relacionados para atención de convalecencia y rehabilitación, los servicios cubiertos están disponibles si el centro está autorizado o certificado según la ley estatal como centro de enfermería especializada.

Se requiere precertificación. El Cuidado de Custodia **no** constituye un Servicio Cubierto.

Cuidados paliativos

Usted es elegible para recibir cuidados paliativos si el Médico o enfermero registrado de práctica avanzada (advanced practice registered nurse, APRN) y el director médico de un centro de cuidados paliativos certifican que tiene una enfermedad terminal y es probable que le queden menos de 12 meses de vida. Puede acceder a cuidados paliativos mientras participa en

un ENSAYO CLÍNICO o continúa una terapia modificadora de la enfermedad, según lo ordene su proveedor tratante. La terapia modificadora de la enfermedad trata la enfermedad terminal subyacente.

Los servicios y suministros enumerados a continuación son servicios cubiertos cuando los brinda un hospicio para el cuidado paliativo del dolor y otros síntomas que son parte de una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos son aquellos que controlan el dolor y alivian los síntomas, pero no tienen como objetivo curar una enfermedad terminal. Los servicios cubiertos incluyen:

- Atención de un equipo interdisciplinario con el desarrollo y mantenimiento de un plan de cuidados adecuado.
- Atención hospitalaria para pacientes internados a corto plazo cuando sea necesario en períodos de crisis o como atención de relevo.
- Servicios de enfermería especializada, servicios de asistencia sanitaria domiciliaria y servicios domésticos prestados por o bajo la supervisión de una enfermera registrada.
- Servicios sociales y servicios de asesoramiento de un trabajador social autorizado.
- Soporte nutricional como alimentación intravenosa y sondas de alimentación.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria brindadas por un terapeuta autorizado.
- Productos farmacéuticos, equipos médicos y suministros necesarios para el cuidado paliativo de su afección, incluido oxígeno y suministros de terapia respiratoria relacionados.
- Servicios de duelo, incluida una revisión de las necesidades de la familia en duelo y el desarrollo de un plan de atención para satisfacer esas necesidades, tanto antes como después de la muerte del miembro. Los servicios de duelo están disponibles para el paciente y aquellas personas estrechamente vinculadas con él, incluida la familia inmediata, el cuidador principal o designado y las personas con vínculos personales importantes, durante un año después de la muerte del miembro.

Su médico debe estar de acuerdo con los cuidados paliativos y debe ser consultado durante el desarrollo del plan de cuidados paliativos. El hospicio debe mantener en sus archivos un plan de atención por escrito y entregárselo a Anthem cuando lo solicite.

Los beneficios por servicios adicionales a los enumerados anteriormente que se brindan para modificar o paliar la enfermedad, como por ejemplo, quimioterapia y radioterapia, están disponibles para un miembro en cuidados paliativos. Estos servicios están cubiertos por otras partes de este Plan.

Hospital para pacientes hospitalizados

Los servicios cubiertos incluyen atención aguda en un entorno hospitalario. Se requiere precertificación.

Los beneficios de alojamiento, comida y servicios de enfermería incluyen:

- Una habitación con dos o más camas.
- Una habitación privada. Lo máximo que cubrirá el Plan para habitaciones privadas es la tarifa promedio de habitación semiprivada del Hospital, a menos que sea médicamente necesario que utilice una habitación privada para aislamiento y no haya instalaciones de aislamiento disponibles.
- Una habitación en una unidad de cuidados especiales aprobada por Anthem. La unidad debe contar con instalaciones, equipos y servicios de apoyo para cuidados intensivos o pacientes críticos.
- Atención rutinaria de guardería para recién nacidos durante la estadía normal de la madre en el hospital.
- Comidas, dietas especiales.
- Servicios generales de enfermería.

Los beneficios de los servicios auxiliares incluyen:

- Salas y equipos de quirófano, parto y tratamientos.
- Medicamentos recetados.
- Anestesia, suministros de anestesia y servicios brindados por el Hospital u otro Proveedor.
- Apósitos y suministros médicos y quirúrgicos, yesos y férulas.
- Servicios de diagnóstico.
- Servicios de terapia.
- Tratamiento por ingestión y consumo accidental de una droga controlada u otra sustancia.

Cuando estén disponibles en su área, ciertos proveedores tienen programas disponibles que pueden permitirle recibir servicios para pacientes internados en su hogar en lugar de quedarse en un hospital. Los servicios para pacientes hospitalizados en el hogar son para servicios agudos que requieren niveles más altos de atención y monitoreo y contacto regular con proveedores de atención del personal del hospital. Para ser elegible, su condición y los servicios cubiertos que se prestarán deben ser apropiados para el entorno del hogar. Su hogar también debe cumplir ciertos requisitos de accesibilidad. Estos programas son voluntarios e independientes de los beneficios que se indican en la sección S*ervicios de atención médica a domicilio*. Su proveedor se comunicará con usted si es elegible y le brindará detalles sobre cómo inscribirse. Si decide participar, se aplicarán los costos compartidos que figuran en la sección *Lista de Beneficios*.

Hospitales o centros quirúrgicos ambulatorios

Servicios Cubiertos en los siguientes centros:

- Un hospital ambulatorio
- Un centro de cirugía ambulatoria independiente (centro quirúrgico),[5]
- un Centro de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias; u
- otros Centros aprobados por Quantum o Anthem.

Los beneficios incluyen cargos por Centros y cargos relacionados (auxiliares), cuando corresponda, tales como:

- Salas y equipos quirúrgicos
- Medicamentos recetados, incluidos MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS
- Anestesia y suministros y servicios de anestesia brindados por el Hospital u otro Centro
- Apósitos y suministros médicos y quirúrgicos, yesos y férulas
- Servicios de diagnóstico
- Servicios de terapia
- tratamiento por ingestión o consumo accidental de una droga controlada u otra sustancia.

Servicios de emergencia/accidentes

Si tiene una Emergencia, llame al 911 o acuda al Hospital más cercano para recibir tratamiento.

Servicios de Emergencia

Los beneficios están disponibles en una sala de Emergencias de un Hospital o en un Centro de Emergencia independiente para servicios y suministros para tratar la aparición de los síntomas de una Emergencia. Es posible que no estén cubiertos los servicios prestados para afecciones que no cumplan con la definición de Emergencia.

Los servicios médicamente necesarios estarán cubiertos independientemente de que reciba atención de un proveedor dentro o fuera de la red. La Atención de Emergencia que reciba de un Proveedor fuera de la red estará cubierta como un servicio dentro de la red y no requerirá Precertificación, solo hasta que su condición sea estable.

[5] un centro independiente, como un centro quirúrgico ambulatorio, un centro quirúrgico independiente, un centro de diálisis independiente o un centro médico ambulatorio independiente, que:
- Proporciona servicios en un entorno ambulatorio,
- Contiene servicios y equipos permanentes principalmente con el propósito de realizar procedimientos médicos, quirúrgicos y/o de diálisis renal,
- Proporciona tratamiento realizado o supervisado por médicos y/o enfermeras, y puede incluir otros servicios profesionales realizados en el centro,
- no es, salvo circunstancialmente, un consultorio o clínica para el ejercicio privado de un médico u otro profesional.

Nota: Anthem podrá, a su discreción, reconocer como instalaciones ambulatorias independientes cualquier otro Centro similar, por ejemplo, centros de maternidad.

Esto significa que se le ha brindado la atención de emergencia necesaria para que su condición no empeore materialmente y pueda viajar a un centro dentro de la red. Mientras esté bajo atención de emergencia, el proveedor fuera de la red solo puede cobrarle los costos compartidos correspondientes (deducible, coseguro y/o copago) y no puede facturarle la diferencia entre el monto máximo permitido y sus cargos facturados hasta que su condición sea estable, como lo exigen los reclamos de facturación sorpresa.

El tratamiento que recibe después de que su condición se haya estabilizado no es atención de emergencia. Si continúa recibiendo servicios del proveedor fuera de la red después de estar estabilizado, es posible que tenga que pagar la diferencia entre el cargo del proveedor fuera de la red y el monto máximo permitido, así como cualquier costo compartido aplicable.

Si lo admiten en el Hospital desde la sala de emergencias, asegúrese de que usted o su Médico llamen a Servicios para Proveedores (Anthem/AmeriBen) tan pronto como se estabilice. Servicios para Proveedores revisará su atención para decidir si es necesaria una estadía en el Hospital y cuántos días debe permanecer allí.

Servicios de atención de urgencia

A menudo existe un problema de salud urgente y no una Emergencia. Un problema de salud urgente es una enfermedad o lesión inesperada que requiere atención que no puede esperar hasta una visita programada regularmente al consultorio. Cuando eso suceda, puede visitar su centro local de atención sin cita previa o un centro de atención de urgencias (Centro de atención de urgencias). Los problemas de salud urgentes no ponen en peligro la vida y no requieren el uso de una sala de emergencias. Los problemas de salud urgentes incluyen dolor de oído, dolor de garganta y fiebre.

Los beneficios de la atención de urgencia incluyen:

- Servicios de rayos X
- Cuidado de huesos rotos
- Pruebas como la de gripe, análisis de orina, prueba de embarazo, prueba rápida de estreptococos
- Servicios de laboratorio
- Puntadas para cortes sencillos
- drenaje de un absceso.

Beneficios para la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias

Hospital u otro Centro cubierto para hospitalizaciones

Los beneficios para pacientes hospitalizados incluyen psicoterapia, pruebas psicológicas, terapia electroconvulsiva, desintoxicación y servicios de estabilización. Se requiere precertificación.

Hospital u otro Centro cubierto ambulatorio

Servicios ambulatorios para el tratamiento de “afecciones mentales o nerviosas”, tal y como se definen en la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Las condiciones que cumplan con dicha definición estarán cubiertas en la misma medida que la cobertura médica/quirúrgica. “En la misma medida” significa que la misma cantidad de visitas, días y copagos que se aplican a otros tratamientos especializados para pacientes ambulatorios y/o estadías en hospitales para pacientes internados también se aplicarán al tratamiento de afecciones mentales o nerviosas.

La atención ambulatoria para enfermedades mentales incluye servicios prestados en Centros con proveedores debidamente autorizados o acreditados.

Servicios profesionales

La cobertura está disponible para hasta dos exámenes de bienestar de salud mental por Período de Beneficio cuando los realiza un profesional de salud mental autorizado o un Médico de Atención Primaria. No se aplicará ningún costo compartido a las dos visitas y no se requiere precertificación.

Los servicios cubiertos incluyen visitas al consultorio, terapia, tratamiento, servicios de visitas domiciliarias basadas en evidencia para madres, bebés y niños pequeños, servicios de desintoxicación y estabilización, tratamiento de mantenimiento químico, programas de tratamiento diurno/hospitalización parcial, programas ambulatorios intensivos, servicios intensivos de salud conductual en el hogar, intervenciones terapéuticas basadas en evidencia o en el hogar para niños y adolescentes, tratamientos diurnos extendidos y camas de observación en un entorno hospitalario agudo.

El Centro o el Proveedor deben tener las licencias o credenciales exigidas por ley y contar con la aprobación de Anthem.

CENTRO DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL

Tratamiento residencial en un Centro de Tratamiento Residencial autorizado que ofrece un tratamiento individualizado e intensivo, como servicios de desintoxicación y estabilización, e incluye lo siguiente:

- Observación y evaluación periódicas por parte de un médico o un proveedor clínico debidamente autorizado.
- Rehabilitación y terapia.

Los beneficios por confinamiento en un Centro de Tratamiento Residencial deben cumplir con las pautas de Necesidad Médica.

No cubierto (hospitalizaciones o servicios ambulatorios)

La atención de salud conductual no incluye afecciones que no estén definidas como trastornos en la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Medicamentos con Receta cubiertos por el Plan médico

Este Plan cubre Medicamentos con Receta, como Medicamentos de Especialidad que deban administrarse durante una consulta al Médico, una visita de atención domiciliaria o en un Centro ambulatorio cuando se trate de Servicios Cubiertos. Esto puede incluir medicamentos para terapia de infusión, quimioterapia, productos sanguíneos, ciertos inyectables y cualquier medicamento que deba ser administrado por un proveedor. Esta sección se aplica cuando un proveedor ordena el medicamento y un proveedor médico se lo administra en un entorno médico.

Los beneficios de los medicamentos que se inyectan o que obtiene a través de sus beneficios de farmacia (es decir, medicamentos autoadministrados) no están cubiertos por esta sección.

Para ser un servicio cubierto, los medicamentos recetados deben estar aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) y, según la ley federal, requieren receta médica. Los medicamentos recetados deben ser recetados por un proveedor autorizado, y las sustancias controladas deben ser recetadas por un proveedor autorizado con una licencia DEA activa.

Los ingredientes compuestos dentro de un medicamento compuesto son un Servicio Cubierto cuando no se encuentra disponible comercialmente una forma de dosificación de un medicamento médicamente necesario y los ingredientes del medicamento compuesto están aprobados por la FDA, requieren una receta para dispensarse y no son esencialmente los mismos que un producto aprobado por la FDA de un fabricante de medicamentos. Es posible que estén cubiertos los ingredientes de múltiples fuentes no aprobados por la FDA que son vehículos esenciales para la administración de medicamentos preparados.

Precertificación

Es posible que se requiera una Certificación Previa para ciertos Medicamentos con Receta para ayudar a garantizar que se sigan el uso adecuado y las pautas para la cobertura de Medicamentos con Receta. Anthem le comunicará los resultados de su decisión tanto a usted como a su proveedor.

Para obtener una lista de medicamentos recetados que necesitan precertificación, llame al número de teléfono que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación. La lista se revisará y actualizará de vez en cuando. Incluir un medicamento recetado o un artículo relacionado en la lista no garantiza la cobertura de este Plan. Su Proveedor puede consultar con Anthem para verificar la cobertura de Medicamentos con Receta y para averiguar qué medicamentos están cubiertos por esta sección.

Proveedor de farmacia designado

Anthem, en nombre del estado, podrá establecer uno o más programas de proveedores de farmacia designados que brinden servicios de farmacia específicos a los miembros. Un proveedor dentro de la red no es necesariamente un proveedor de farmacia designado. Para ser un proveedor de farmacia designado, el proveedor dentro de la red debe haber firmado un acuerdo de proveedor de farmacia designado con Anthem. Encuentre una lista de Proveedores

de farmacia designados en carecompass.ct.gov/state/pharmacy o usted o su Proveedor pueden comunicarse con Servicios para Miembros.

Para los medicamentos recetados que se envían a usted o a su proveedor y se administran en el consultorio de su proveedor, usted y su proveedor deben realizar el pedido a una farmacia designada. Un coordinador de atención al paciente trabajará con usted y su proveedor para obtener la precertificación y ayudar con el envío al consultorio de su proveedor.

El Plan también puede requerir que usted utilice un proveedor de farmacia designado para obtener medicamentos recetados para el tratamiento de ciertas afecciones clínicas, como la hemofilia. El estado se reserva el derecho de modificar la lista de medicamentos recetados, así como el entorno y/o nivel de atención en el que se le brinda la atención. Anthem puede, de vez en cuando, cambiar con o sin previo aviso, el proveedor de farmacia designado para un medicamento, si a su discreción, dicho cambio puede ayudar a brindar servicios rentables, basados en el valor y/o de calidad.

Si debe utilizar un Proveedor de farmacia designado y elige no obtener su Medicamento Recetado de un Proveedor de farmacia designado, se le brindará cobertura en el nivel fuera de la red.

Equivalentes terapéuticos

Equivalentes terapéuticos es un programa que le informa a usted y al Médico las alternativas a ciertos Medicamentos con Receta. Anthem podría comunicarse con usted y su médico para informarle sobre estas opciones. Sólo usted y su médico pueden determinar si el equivalente terapéutico es adecuado para usted. Si tiene preguntas o problemas sobre equivalentes terapéuticos de medicamentos, llame a Servicios para Miembros.

Beneficios dentales

Este Plan puede coordinar un beneficio dental, si está disponible, antes de que los servicios estén cubiertos por el beneficio médico. Generalmente, la cobertura dental pagará primero y este Plan actuará como una póliza dental complementaria. Este acuerdo se aplica si el servicio se considera cubierto tanto por el plan dental como por el médico.

Prestación por Lesiones Accidentales

También hay beneficios disponibles para el trabajo dental necesario para tratar lesiones en la mandíbula, dientes naturales sanos, boca o cara como resultado de un accidente. Una lesión por masticar o morder algo no se considera una Lesión Accidental según este Plan, a menos que la masticación o mordedura sea resultado de una afección médica o de salud conductual.

Servicios dentales hospitalarios Médicamente Necesarios

Este Plan también incluye cobertura Médicamente Necesaria para la anestesia, enfermería y otros servicios hospitalarios relacionados para servicios dentales hospitalarios para Pacientes Hospitalizados o ambulatorios, o servicios dentales de un día cuando el dentista tratante, el

cirujano oral y su Médico de Atención Primaria determinan que los servicios dentales son Médicamente Necesarios y se cumple una de las siguientes condiciones:

- Tiene una condición dental lo suficientemente compleja como para requerir servicios de hospitalización, servicios dentales ambulatorios en un hospital o servicios dentales de un día.
- tiene una discapacidad del desarrollo que lo pone en grave riesgo.

Preparación de la boca para tratamientos médicos

Este Plan incluye cobertura para servicios dentales para preparar la boca para servicios y tratamientos médicos, como radioterapia para tratar el cáncer y preparación para trasplantes. Los servicios cubiertos incluyen:

- Evaluación
- Radiografías dentales
- Extracciones, incluidas las quirúrgicas
- anestesia

Servicios que no están cubiertos

Los siguientes servicios no se consideran Servicios Cubiertos por el Plan:

- **Dispositivos dentales para los ronquidos.** Aparatos bucales para los ronquidos.
- **Tratamiento odontológico.** Los servicios odontológicos generales no están cubiertos.
  - Diagnóstico, atención, tratamiento o estudios de diagnóstico por imágenes odontológicos, salvo lo dispuesto en el Plan. Los ejemplos de servicios no cubiertos incluyen corrección de mala posición de los dientes y la mandíbula, tratamiento de caries dentales, implantes dentales, periodoncia, endodoncia, ortodoncia, reemplazo de dientes, adhesión, restauraciones con láminas de oro, aplicación de selladores, radiografías de aleta de mordida, preparaciones de coronas o dientes, empastes, coronas, puentes, dentaduras postizas, incrustaciones y onlays, y servicios relacionados con malformaciones congénitas. Tampoco se cubrirán los gastos de anestesia, rayos X, laboratorio o instalaciones por servicios odontológicos no cubiertos.
  - En caso de lesión en la cavidad oral, los dispositivos protésicos no cubiertos incluyen, entre otros, placas, puentes, dentaduras postizas, implantes o tapas/coronas.
  - Las lesiones en los dientes o tejidos blandos como resultado de masticar o morder no se considerarán una lesión accidental.
  - No se proporcionarán beneficios adicionales por ningún servicio prestado después de la visita inicial debido a un accidente, lesión o traumatismo, incluidos, entre otros, la atención de seguimiento, la sustitución de dientes naturales sanos, coronas, puentes, implantes y prótesis.
- **Cirugía maxilofacial.** Salvo lo indicado en este documento.

Ensayos clínicos

Los beneficios incluyen cobertura para servicios, tales como costos de atención de rutina al paciente, que se le brindan como participante en un Ensayo Clínico aprobado si los servicios son Servicios Cubiertos en virtud de este Plan. Un “ensayo clínico aprobado” significa un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que estudia la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otras afecciones potencialmente mortales. El término condición potencialmente mortal significa cualquier enfermedad o condición que probablemente cause la muerte a menos que sea tratada.

Los beneficios se limitan a los siguientes ensayos:

- Ensayos financiados por el gobierno federal aprobados o financiados por uno de los siguientes:
  - Los Institutos Nacionales de Salud.
  - Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
  - La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Sanitaria.
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
  - Grupo cooperativo o centro de cualquiera de las entidades descritas en (a) a (d) o el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos.
  - Una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo al centro.
    - En cualquiera de los siguientes casos, si el estudio o la investigación ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de revisión por PARES que el Secretario de Salud y Servicios Humanos determina 1) ser comparable al sistema de revisión por pares de estudios e investigaciones utilizado por los Institutos Nacionales de Salud, y 2) garantiza una revisión imparcial de los más altos estándares científicos por parte de personas calificadas que no tienen interés en el resultado de la revisión.
    - El Departamento de Asuntos de Veteranos.
    - El Departamento de Defensa.
    - El Departamento de Energía.
- Estudios o investigaciones realizados como parte de una solicitud de un nuevo fármaco en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos;
- Estudios o investigaciones realizados para ensayos de medicamentos, que están exentos de la solicitud de nuevo medicamento en investigación.

Este plan puede requerir que utilice un proveedor dentro de la red para maximizar sus beneficios.

Todas las solicitudes de servicios de ensayos clínicos, incluidos los servicios que no forman parte de ensayos clínicos aprobados, se revisarán de acuerdo con las pautas de cobertura clínica, las políticas relacionadas y los procedimientos.

Los costos de atención de rutina al paciente en relación con ensayos clínicos incluirán servicios de atención médica médicamente necesarios en los que se incurra como resultado del

tratamiento brindado a un miembro para los fines de un ensayo clínico que, de otro modo, estarían cubiertos si dichos servicios no se brindaran junto con un ensayo clínico. Dichos servicios incluirán aquellos prestados por un médico, pruebas de diagnóstico o de laboratorio, hospitalización u otros servicios proporcionados al Miembro durante el curso del tratamiento en un ensayo clínico y cobertura de los costos de atención de rutina del paciente incurridos por recetas de medicamentos no indicados en la etiqueta de acuerdo con la ley de Connecticut. La hospitalización, para los costos de atención de rutina del paciente, incluirá el tratamiento en un centro fuera de la red si dicho tratamiento no está disponible dentro de la red y no es elegible para reembolso por parte de los patrocinadores de dicho ensayo clínico; la hospitalización fuera de la red se brindará sin un costo compartido mayor para la persona asegurada que si dicho tratamiento estuviera disponible dentro de la red; y se aplicarán todos los costos compartidos dentro de la red aplicables.

Los costos de atención de rutina de un paciente **no** incluirán lo siguiente:

- El costo de un nuevo medicamento o dispositivo en investigación que no ha sido aprobado para su comercialización para ninguna indicación por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- El costo de un servicio no sanitario que una persona asegurada pueda estar obligada a recibir como resultado del tratamiento que se le proporcione para los fines del ensayo clínico.
- Instalaciones, servicios auxiliares, profesionales y costos de medicamentos que se pagan mediante subvenciones o fondos para el ensayo clínico.
- Costos de servicios que (A) son inconsistentes con estándares de atención regionales o nacionales ampliamente aceptados y establecidos para un diagnóstico particular, o (B) se realizan específicamente para cumplir con los requisitos del ensayo clínico.
- Costos que no estarían cubiertos bajo este Plan para tratamientos no investigativos, incluidos los artículos excluidos de la cobertura del Plan.
- Transporte, alojamiento, alimentación o cualquier otro gasto asociado al viaje hacia o desde un Centro que proporciona el Ensayo Clínico, para la persona asegurada o cualquier Miembro de su familia o acompañante.

Los servicios no cubiertos incluyen cualquier medicamento o dispositivo en investigación, servicios no relacionados con la salud necesarios para que usted reciba el tratamiento, los costos de administrar la investigación o costos que no serían un servicio cubierto por este plan para tratamientos no investigativos.

Este Plan no está obligado a proporcionar beneficios para los siguientes servicios. El Plan se reserva el derecho de excluir cualquiera de los siguientes servicios:

- El artículo, dispositivo o servicio en investigación.
- Artículos y servicios que se prestan únicamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos y que no se utilizan en el manejo clínico directo del paciente.
- Un servicio que es claramente incompatible con los estándares de atención ampliamente aceptados y establecidos para un diagnóstico particular.
- Cualquier artículo o servicio que sea pagado, o debería haber sido pagado, por el patrocinador del ensayo.

Exclusiones: servicios, medicamentos y suministros que no cubrimos

Los artículos excluidos no estarán cubiertos incluso si el servicio, suministro o equipo es médicamente necesario. Esta sección sólo pretende ser una ayuda para señalar ciertos elementos que pueden malinterpretarse como Servicios Cubiertos. Esta sección no pretende ser una lista completa de todos los elementos que están excluidos por este Plan.

- **Actos de guerra, desastres o accidentes nucleares.** En caso de un desastre grave, epidemia, guerra u otro evento fuera de nuestro control, el estado hará un esfuerzo de buena fe para brindarle los Servicios Cubiertos. No seremos responsables por ningún retraso o imposibilidad de brindar servicios debido a la falta de instalaciones o personal disponibles. No se otorgarán beneficios por ninguna enfermedad o lesión que sea resultado de una guerra, servicio en las fuerzas armadas, una explosión nuclear, un accidente nuclear, una liberación de energía nuclear o la participación en un motín[6] o desobediencia civil.
- Cargos administrativos:
  - Cargos por completar formularios de reclamación.
  - Cargos por obtener registros o informes médicos.
  - Tarifas de membresía, administrativas o de acceso cobradas por médicos u otros proveedores. Los ejemplos incluyen, entre otros, tarifas por folletos educativos o llamadas para darle los resultados de exámenes.
- **Medicina alternativa/complementaria.** Servicios o suministros brindados por un Proveedor de medicina alternativa o complementaria, salvo que se indique lo contrario en el Plan.
- **Autopsias.** Autopsias y pruebas post mortem.
- **Antes de la Fecha de Entrada en Vigencia o después de la fecha de terminación.** Cargos por la atención que reciba antes de su Fecha de Entrada en Vigencia o después de que finalice su cobertura, excepto según lo escrito en este Plan.
- **Ciertos proveedores.** Servicios que recibe de Proveedores que no están autorizados por ley para proporcionar Servicios Cubiertos según se define en este documento. Los ejemplos incluyen masajistas (terapeutas de masaje), técnicos de fisioterapia y entrenadores deportivos, entre otros.
- **Cargos no respaldados por su historia clínica.** Cargos por servicios no descritos en su historia clínica.
- **Cargos que exceden el monto máximo permitido.** Cargos que excedan el Monto Máximo Permitido para los Servicios Cubiertos, excepto las reclamaciones de facturación sorpresa, como se describe en la página 24.
- **Servicios cosméticos.** Tratamientos, servicios, Medicamentos con Receta, equipos o suministros proporcionados para servicios cosméticos. Los servicios cosméticos están destinados a preservar, cambiar o mejorar su apariencia o se brindan por razones sociales. No

[6] Participar activamente en un disturbio violento que involucre dos o más personas.

hay beneficios disponibles para cirugías o tratamientos para cambiar la textura o el aspecto de su piel o para cambiar el tamaño, la forma o el aspecto de los rasgos faciales o corporales (como su nariz, ojos, orejas, mejillas, mentón, pecho o senos). Esta exclusión no se aplica a la cirugía reconstructiva para la simetría mamaria después de una mastectomía ni a los procedimientos para tratar la disforia de género. Las complicaciones de dichas cirugías estéticas, reconstructivas o plásticas están cubiertas solo si son médicamente necesarias.

- **Pruebas ordenadas judicialmente.** Pruebas o atención ordenadas judicialmente, a menos que sean Médicamente Necesarias. Esta exclusión no se aplica a los servicios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias.
- **Delito.** Tratamiento de una lesión o enfermedad que resulte de un delito que usted cometió o intentó cometer. Esta exclusión no se aplica si, en el momento del delito o del intento de delito, usted tenía un nivel elevado de alcohol en la sangre o estaba bajo la influencia de una bebida alcohólica, de cualquier droga o de ambas; o si su participación en el delito fue únicamente el resultado de una condición médica o de salud conductual, o si usted fue víctima de un delito, incluida la violencia doméstica.
- **Cuidado de Custodia.** Cuidado de Custodia, a menos que la legislación federal o estatal requiera lo contrario, cuidados de convalecencia o curas de reposo. Esta exclusión no se aplica a los servicios de cuidados paliativos.
- **Servicios educativos.** Servicios, suministros o alojamiento y comida con fines de enseñanza, de capacitación profesional o de autocapacitación. Esto incluye, entre otros, internados o los componentes de alojamiento, comida y enseñanza de un programa residencial donde el enfoque principal del programa es de naturaleza educativa en lugar de basarse en el tratamiento.
- **Servicios Experimentales o de Investigación.** Servicios o suministros que incluyen, entre otros, cualquier tratamiento, equipo, medicamento, uso de medicamentos, dispositivos o suministros que el estado determine, a su entera discreción, que son Experimentales o de Investigación.
- **Miembros de la familia.** Servicios prescritos, ordenados, referidos o brindados por un Miembro de su familia inmediata, incluido su cónyuge, hijo/a, hermano/a, padre/madre, suegro/a o usted mismo.
- **Servicios de fertilidad después de la menopausia natural.** Los servicios de fertilidad para una persona con menopausia natural no están cubiertos por este Plan. La menopausia se considera un proceso natural.
- **Tratamiento de fertilidad.** Procedimientos de fertilidad no especificados en este documento.
- **Fraude, desperdicio, abuso y otros servicios de facturación inapropiados de un Proveedor fuera de la red.** Esto incluye la omisión por parte de un Proveedor fuera de la red de presentar los registros médicos necesarios para determinar la idoneidad de un reclamo.
- **Exclusión de la compensación de los trabajadores** En la medida en que lo permita la ley, no se proporcionarán beneficios por Servicios Cubiertos que sean pagados, pagaderos o elegibles para cobertura según cualquier ley de compensación laboral o cualquier ley estatal de responsabilidad o enfermedad ocupacional; que fueron denegados de conformidad con un

programa gestionado de compensación laboral como servicios de farmacia minorista fuera de la red o que, por ley, se hayan prestado sin gastos para la persona cubierta.

- **Membresías de clubes de salud y servicios de ejercicio físico.** Servicios exigidos por terceros para el empleo, la afiliación, la inscripción o el seguro, como exámenes físicos escolares o laborales, exámenes físicos para campamentos de verano, inscripción en gimnasios, clubes de atletismo o similares, análisis de sangre o exámenes físicos prematrimoniales, o exámenes físicos exigidos por compañías de seguros o cursos sobre consumo de alcohol o abuso de sustancias ordenados judicialmente.
- **Servicios hospitalarios facturados por separado.** Servicios prestados por Médicos residentes o internos del Hospital que se facturan por separado. Esto incluye cargos facturados por separado en concepto de servicios prestados por empleados de hospitales, laboratorios u otras instituciones y cargos incluidos en otras facturaciones duplicadas.
- **Terapia de mantenimiento.** Tratamiento de rehabilitación brindado cuando no hay mejoras adicionales evidentes o probables, a menos que lo exija la ley estatal o federal. La terapia de mantenimiento incluye atención que le ayuda a mantener su nivel actual de función y previene la pérdida de esa función, pero no produce ningún cambio para mejor. Esta exclusión no se aplica a los servicios de habilitación, como se describe en *Servicios cubiertos*.
- **Charlas médicas.** Los chats o chats de texto y los mensajes de texto no son un Servicio Cubierto a menos que se proporcionen adecuadamente a través de una aplicación segura y compatible, de acuerdo con los requisitos legales aplicables.
- **Equipos, dispositivos y suministros médicos:**
  - Reemplazo o reparación de equipos comprados o alquilados debido a mal uso, abuso o pérdida/robo.
  - Soportes quirúrgicos, corsés o prendas de vestir, a menos que sean necesarios para recuperarse de una cirugía o lesión.
  - Mejoras no médicamente necesarias a equipos y dispositivos estándar.
  - Suministros, equipos y aparatos que incluyen artículos o características de comodidad, lujo o conveniencia que exceden lo que es médicamente necesario en su situación. El reembolso se basará en el monto máximo permitido para un artículo estándar que sea un servicio cubierto, tenga el mismo propósito y sea médicamente necesario. Cualquier gasto que exceda el Monto Máximo Permitido para el artículo estándar que es un Servicio Cubierto es su responsabilidad.
  - Suministros desechables para uso en el hogar, como vendajes, gasas, cinta adhesiva, antisépticos, apósitos, vendajes tipo Ace y cualquier otro suministro, apósito, aparato o dispositivo que no esté específicamente enumerado como cubierto en *Servicios Cubiertos*.
- **Citas perdidas o canceladas.** Cargos por citas perdidas o canceladas.
- **Centro no aprobado.** Servicios de un Proveedor que no cumple con la definición de Centro.

- **Servicios no Médicamente Necesarios.** Servicios que el Plan concluye que no son Médicamente Necesarios. Esto incluye servicios que no cumplen con nuestra política médica, cobertura clínica o pautas de política de beneficios.
- **Suplementos nutricionales o dietéticos.** Suplementos nutricionales o dietéticos, salvo los descritos en este documento o que deban estar cubiertos por ley. Esta exclusión incluye, entre otros, las fórmulas nutricionales y los suplementos dietéticos que puede comprar sin receta y aquellos que puede obtener sin una receta escrita o de un farmacéutico autorizado.
- **Cuidado personal, conveniencia y dispositivos móviles/portátiles**, incluidos, entre otros:
  - artículos para la comodidad, conveniencia, protección y limpieza personal, como aires acondicionados, humidificadores, purificadores de agua, cascos deportivos, asientos de inodoro elevados y sillas de ducha;
  - Suministros de primeros auxilios y otros artículos que se guardan en el hogar para uso general (vendas, aplicadores con punta de algodón, termómetros, vaselina, cinta adhesiva, guantes no estériles, almohadillas térmicas).
  - Equipos de entrenamiento o terapia para el hogar, incluidas cintas de correr y gimnasios domésticos.
  - Piscinas, jacuzzis, spas o equipos de hidroterapia.
  - Almohadas, colchones o camas de agua hipoalergénicos.
  - Cambios estructurales en viviendas, automóviles o lugares de negocios (rampas, ascensores, sillas elevadoras, escaleras mecánicas, elevadores, deslizadores de escaleras, equipos de alerta de emergencia, pasamanos).
  - dispositivos móviles personales o portátiles (como un teléfono inteligente, un reloj inteligente u otros dispositivos de seguimiento personal), incluido cualquier software o aplicación.
- **Enfermería privada.** Servicios de enfermería privada prestados en un Hospital o un Centro de Enfermería Especializada. Los servicios de enfermería privada son un beneficio excluido excepto como se describe en este documento.
- **Prótesis.** Prótesis con fines deportivos o cosméticos, salvo que lo exija la ley.
- **Reducción de beneficios y sanciones.** Cualquier reducción en los beneficios, incluidas las sanciones, no se consideran un costo compartido y no se aplican a su límite de desembolso personal. La reducción de los beneficios o las sanciones impuestas por otro plan no son reembolsables como Servicio Cubierto en virtud de este Plan.
- **Alojamientos residenciales.** Alojamiento residencial para tratar afecciones médicas o de salud conductual, excepto cuando se brinda en un Hospital, centro de cuidados paliativos, Centro de Enfermería Especializada o Centro de Tratamiento Residencial.
- **Exámenes físicos y vacunas de rutina.** Exámenes físicos y vacunas requeridos para la inscripción en cualquier programa de seguro, como condición de empleo, para obtener una licencia, para programas deportivos o para otros fines que no sean requeridos por ley.

- **Disfunción sexual.** Tratamiento para la disfunción sexual, incluida la terapia sexual, a menos que esté cubierto de otro modo por este documento o sea Médicamente Necesario para el tratamiento de salud conductual.
- **Cargos por espera.** Cargos por espera de un Médico u otro Proveedor.
- **Esterilización.** Servicios para revertir una esterilización electiva.
- **Servicios de madre subrogada.** Servicios de embarazo subrogado o suministros para una persona no cubierta por este Plan (entre otros, la gestación de un hijo por parte de otra mujer para una pareja infértil).
- **Gastos de viaje.** Kilometraje, alojamiento, comidas y otros costos de viaje relacionados con el Miembro, excepto como se describe en este Plan.
- **Tratamiento de venas.** Tratamiento de venas varicosas o venas dérmicas telangiectásicas (arañas vasculares) mediante cualquier método (incluida la escleroterapia u otras cirugías) con fines cosméticos.
- **Costos compartidos eximidos para servicios fuera de la red.** Cualquier servicio por el cual usted es responsable, según los términos de este Plan, de pagar un copago, coseguro o deducible, y por el que un Proveedor fuera de la red exige el copago, coseguro o deducible.
- **Programas de pérdida de peso.** Programas comerciales de pérdida de peso (p. ej.: Weight Watchers, Jenny Craig, LA Weight Loss) y programas de ayuno, o según sea Médicamente Necesario para el tratamiento de salud conductual.
- **Campamentos o programas al aire libre o en áreas silvestres.** A menos que esté cubierto de otro modo en este documento como un programa de un Centro de Tratamiento Residencial.

Presentar una reclamación por Servicios Cubiertos

Para que se paguen los beneficios, Anthem debe recibir una notificación por escrito de su reclamo después de que reciba los Servicios Cubiertos.

- **Los proveedores dentro de la red presentarán las reclamaciones por usted.** Los Proveedores dentro de la red son responsables de garantizar que las reclamaciones tengan la información necesaria para determinar los beneficios. Si la reclamación no incluye suficiente información, Anthem le pedirá más detalles al Proveedor dentro de la red, y este deberá proporcionarlos dentro de ciertos plazos.
- **El Proveedor puede presentar reclamaciones fuera de la red si está dispuesto a presentarlas en su nombre.** Sin embargo, si su proveedor fuera de la red no presenta el reclamo en su nombre, usted deberá presentarlo. Puede descargar un formulario de reclamación en carecompass.ct.gov/forms o presentar una reclamación fuera de la red electrónicamente a través de su portal en línea.

Las reclamaciones fuera de la red deben presentarse dentro de los 90 días. En ciertos casos, la ley estatal o federal puede permitir tiempo adicional para presentar un reclamo, si no pudo presentarlo razonablemente dentro del período de 90 días. No se aceptarán reclamos fuera de la red si se presentan 180 días o más después del servicio.

El reclamo debe tener la información que Anthem necesita para determinar los beneficios. Las facturas y los recibos deben estar detallados y mostrar:

- Nombre del paciente, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono y relación con el afiliado
- Número de identificación del plan del paciente
- Nombre y dirección de la persona o empresa que presta el servicio o suministro
- Fechas en que se prestaron los servicios o suministros
- Diagnóstico
- Tipo de cada servicio o suministro
- Cargo por cada servicio o suministro

Si el reclamo no incluye suficiente información, Anthem le pedirá más detalles y le informará el tiempo en el que necesitan recibir dicha información. Una vez que Anthem recibe la información adicional, procesarán el reclamo de acuerdo a los términos del Plan.

Si no presenta la información en el tiempo indicado en la solicitud de Anthem, podría resultar en la denegación de su reclamo, a menos que la ley estatal o federal requiera una extensión.

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o inquietud sobre cómo presentar reclamaciones fuera de la red.

Proceso de revisión de reclamaciones

Anthem tiene procesos para revisar los reclamos antes y después del pago para detectar fraude, desperdicio, abuso y otras actividades inapropiadas. A los miembros que busquen servicios de proveedores fuera de la red se les podría facturar el saldo de dichos servicios que se determine que no son pagaderos como resultado de estos procesos de revisión.

Pago de beneficios

El Plan ha autorizado a Anthem a realizar pagos por Servicios Cubiertos directamente a proveedores dentro de la red. Para los proveedores fuera de la red, Anthem puede realizar los pagos por los servicios cubiertos directamente a usted en lugar de al proveedor fuera de la red. En estos casos, es responsabilidad del Miembro pagar directamente al Proveedor fuera de la red.

Independientemente de cualquier limitación o restricción en la cesión de beneficios que figure en este certificado, Anthem no denegará ni se negará a respetar una cesión de beneficios para los Servicios Cubiertos realizada a un dentista o cirujano oral, siempre que la cesión cumpla con la legislación de seguros aplicable de Connecticut. Cualquier pago que realice Anthem (ya sea a un Proveedor por un Servicio Cubierto o a usted) cumplirá con la obligación del Plan de pagar dichos Servicios Cubiertos.

Impuestos/recargos/tarifas federales/estatales

Es posible que en las leyes o normas federales o estatales se contemplen recargos, impuestos u otra clase de tarifa. Si corresponde, Anthem incluirá dicho recargo, impuesto u otra tarifa como parte del cargo del reclamo.

Explicación de beneficios (EOB)

Después de que Anthem reciba un reclamo por su atención médica, usted debe recibir una Explicación de beneficios (EOB). El EOB es un resumen de los servicios recibidos y cómo se aplicó su cobertura a esos servicios. El EOB no es una factura. Es una declaración de Anthem para ayudarle a comprender qué servicios se presentaron y cómo se aplicó su cobertura a esos servicios.

El EOB muestra:

- Importes totales cobrados por servicios/suministros recibidos.
- El monto de los cargos cubiertos por su plan médico.
- La cantidad de la que usted es responsable (si corresponde).
- Información general sobre sus derechos a una apelación y sus derechos con respecto a cualquier acción después del proceso de apelación.

Procedimiento de reclamaciones posteriores al servicio

Al recibir una reclamación, Anthem la procesará dentro de los 20 días en el caso de reclamaciones electrónicas o 60 días en el caso de reclamaciones en papel, a menos que la ley estatal o federal requiera otro plazo. Si el reclamo no incluye suficiente información, Anthem enviará una solicitud de información adicional. Una vez que Anthem reciba la información requerida, la reclamación se procesará de acuerdo con los términos de su Plan.

Su responsabilidad

Responda rápidamente cuando Anthem solicite información adicional. Anthem puede retrasar el procesamiento o denegar los beneficios de su reclamo si no responde. El plazo de Anthem para responder a su reclamación se suspende mientras espera la información adicional necesaria para procesarla.

Se espera que complete y envíe a Anthem todas las autorizaciones, consentimientos, liberaciones, cesiones y otros documentos que puedan ser necesarios para obtener o garantizar el reembolso bajo Medicare, compensación laboral o cualquier otro programa gubernamental, o para coordinar beneficios con otro plan.

Representante autorizado

Puede designar a un representante autorizado para que actúe en su nombre para presentar una reclamación o apelar las decisiones sobre reclamaciones ante Anthem. Para reclamos de atención urgente, se permitirá que un profesional de la salud con conocimiento de su condición médica actúe como su representante autorizado sin su consentimiento expreso. A los efectos de esta sección, también nos referimos a su representante autorizado cuando nos referimos a usted.

Coordinación de beneficios con Medicare y otras coberturas

Cuando tiene otra cobertura de salud

La disposición de coordinación de beneficios (coordination of benefits, COB) se aplica a este Plan cuando usted tiene cobertura de salud en virtud de más de un plan. Si está cubierto por este Plan y otro plan, el orden de las reglas de determinación de beneficios en esta sección determinará cuál plan es el primario.

Los beneficios de este Plan:

- No se reducirá cuando, según el orden de determinación de beneficios, se determine que este Plan es el plan principal; pero
- se podrá reducir o se podrá recuperar el valor razonable en efectivo de los Servicios Cubiertos proporcionados bajo este Plan del plan primario cuando, según el orden de las reglas de determinación de beneficios, otro plan sea el plan primario.

Las sanciones que le imponga el transportista principal no están sujetas al COB.

Debe enviar la explicación de los beneficios del plan principal a Anthem dentro de los 180 días a partir del día de la explicación de los beneficios del plan principal para ser elegible para el pago según esta sección de coordinación de beneficios.

Período de determinación de reclamaciones

El período de determinación de reclamaciones es su Período de Beneficio. Sin embargo, no incluye ninguna parte de un Período de Beneficios durante el cual una persona no tenga cobertura bajo este Plan, o ninguna parte de un Período de Beneficios antes de la fecha en que esta disposición de COB o una disposición similar entre en vigencia.

Plan

A los efectos de esta sección, un plan significa cualquiera de los siguientes que proporciona beneficios o servicios para, o debido a, atención o tratamiento médico:

- Seguro de salud grupal, cobertura de tipo grupal, ya sea totalmente asegurado o autoasegurado, o cualquier otro contrato o acuerdo donde se proporcione un seguro de salud. Se proporciona beneficio. Esto incluye cobertura de organización de mantenimiento de la salud de asociación de práctica grupal o de personal prepago.
- Cobertura bajo un plan gubernamental o requerida o proporcionada por ley. Esto no incluye un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX, Subvenciones a los Estados para Programas de Asistencia Médica, o la Ley de Seguridad Social de los Estados Unidos con sus modificaciones periódicas). Tampoco incluye ningún plan cuando, por ley, sus beneficios excedan los de cualquier programa de seguro privado u otro programa no gubernamental.
- Cobertura de beneficios médicos de contratos de seguro de automóvil sin culpa y con culpa tradicional, según lo dispuesto en esta sección.

Cada contrato u otro acuerdo de cobertura como el descrito anteriormente es un plan separado. Si un acuerdo de cobertura consta de dos partes y las normas de la COB solo se aplican a una de las dos, cada una de las partes es un plan independiente.

Plan principal

Un plan principal es un plan cuyos beneficios para la cobertura de salud de una persona deben determinarse sin tener en cuenta la existencia de ningún otro plan. Un plan es un plan principal si se cumple alguna de las siguientes disposiciones:

- El plan no tiene reglas de orden de determinación de beneficios o tiene reglas que difieren de las establecidas en esta sección.
- Todos los planes que cubren a la persona utilizan el orden de reglas de determinación de beneficios como se establece en esta sección y bajo esas reglas el plan determina sus beneficios primero. Puede haber más de un plan principal (por ejemplo: dos planes que no tienen reglas de orden de determinación de beneficios).

Cuando este Plan es el plan principal, los Servicios Cubiertos se prestan o se cubren sin tener en cuenta los beneficios del otro plan.

Plan secundario

Un plan secundario es aquel que no se considera el plan principal. Si está cubierto por más de un plan secundario, las reglas de orden de determinación de beneficios de esta sección deciden el orden en que se determinan sus beneficios en relación con los demás. Los beneficios del plan secundario podrán tomar en consideración los beneficios del plan o planes primarios y los beneficios de cualquier otro plan que, bajo las reglas de esta sección, tenga sus beneficios determinados antes que los del plan secundario.

Cuando este Plan sea el plan secundario, los beneficios de los Servicios Cubiertos de Plan pueden reducirse y Anthem puede recuperar del plan principal, del Proveedor o de usted el valor razonable en efectivo de los Servicios Cubiertos proporcionados por este Plan.

Normas para la determinación del orden de beneficios

Regla general

Cuando recibe Servicios Cubiertos a través de este Plan o de otra manera tiene derecho a reclamar beneficios bajo este Plan y ha seguido todas las pautas y procedimientos, incluidos los requisitos de precertificación según se especifica en este documento, y los Servicios Cubiertos son una base para un reclamo bajo otro plan, este Plan es un plan secundario cuyos beneficios se determinan después de los del otro plan, a menos que:

- El otro plan tiene reglas que coordinan sus beneficios con los descritos en el documento.
- Tanto las reglas del otro plan como las reglas de coordinación de este Plan, como se describe a continuación, requieren que los beneficios de este Plan se determinen antes que los del otro plan.

El Plan será secundario en cuanto a la cobertura respecto de cualquier disposición de pagos médicos, póliza de seguro de automóvil sin culpa o póliza de protección contra lesiones personales, independientemente de cualquier elección en sentido contrario que haya hecho cualquier persona. El Plan también será secundario a cualquier póliza de seguro excedente, incluidas, entre otras, las pólizas escolares y/o deportivas. Esta disposición se aplica no obstante cualquier cláusula de coordinación de beneficios que establezca lo contrario.

Reglas de coordinación

Anthem determina el orden de los beneficios, en nombre del estado, según las siguientes normas:

- **Que no sea un Dependiente.** Los beneficios del plan que cubre a la persona como suscriptora (es decir, que no sea Dependiente) tienen prioridad sobre los del plan que cubre a la persona como Dependiente.
- **Hijo Dependiente/padres no separados ni divorciados.** Cuando este Plan y otro plan cubren al mismo hijo como Dependiente de distintas personas (padres), el plan del padre cuyo cumpleaños cae antes en un año tiene prioridad sobre el plan del padre cuyo cumpleaños cae después en ese año. Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan que haya cubierto a uno de ellos durante más tiempo es el principal. Solo se tienen en cuenta el mes y el día del cumpleaños.
- **Hijo Dependiente/padres separados o divorciados.** Qué ocurre cuando se presenta una reclamación por un hijo Dependiente:
  - Cuando los padres están separados o divorciados y el padre que tiene la custodia legal del hijo no se ha vuelto a casar, los beneficios del plan que cubre al hijo como Dependiente del padre que tiene la custodia legal del hijo determinará los beneficios antes que el plan que cubre al hijo como Dependiente del padre sin custodia legal.
  - Cuando los padres están divorciados y el padre con la custodia legal del niño se ha vuelto a casar, los beneficios de un plan que cubre al niño como dependiente del padre con la custodia se determinarán antes que los beneficios de un plan que cubre a ese niño como dependiente del padrastro o madrastra.

  El beneficio de un plan que cubre a ese niño como dependiente del padrastro o madrastra se determinará antes que los beneficios de un plan que cubre a ese niño como dependiente del padre sin custodia legal.

  Si los términos específicos de una orden judicial establecen que uno de los padres es financieramente responsable de los gastos de atención médica del niño, entonces el plan que cubre al niño como dependiente del padre financieramente responsable se determinará antes de los beneficios de cualquier otro plan que cubra al niño como hijo dependiente. Las disposiciones de esta subsección no se aplican con respecto a cualquier período de determinación de reclamaciones o año del plan durante el cual se pague o proporcione realmente cualquier beneficio antes de que el pagador tenga conocimiento efectivo al respecto.

- **Empleado activo/inactivo.** Un plan que lo cubra como Empleado no despedido ni jubilado (o un plan que lo cubra como Dependiente) tiene prioridad sobre un plan que lo cubra como Empleado despedido o jubilado (o un plan que lo cubra como Dependiente). Si el otro plan no tiene esta norma y, como consecuencia, los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de los beneficios, se ignora esta norma.
- **Mayor/menor duración de la cobertura.** Si ninguna de las normas anteriores determina el orden de los beneficios, el plan que le ha prestado cobertura durante más tiempo es prioritario frente al plan que lo ha cubierto durante menos tiempo.

Efecto de este Plan sobre los beneficios

Este apartado se aplica cuando, de acuerdo con las normas de determinación del orden de los beneficios, este Plan es un plan secundario a otro u otros planes. En tal caso, los beneficios de este Plan podrán reducirse conforme a esta subsección. A esos otros planes se les denomina "los otros planes".

Cuando este Plan sea el plan secundario, Anthem brindará beneficios bajo este Plan de modo que la suma del valor razonable en efectivo de cualquier Servicio Cubierto proporcionado por este Plan y los beneficios pagaderos bajo los otros planes no superen el Monto Máximo Permitido.

Los beneficios serán proporcionados por el plan secundario al menor de los siguientes:

- La cantidad que se habría pagado si hubiera sido el plan principal.
- El saldo de la factura.

Anthem nunca pagará, en nombre del estado, más de lo que hubiera pagado como plan principal.

Si otro plan establece que sus beneficios son "excedentes" o "siempre secundarios" y si se determina que este Plan es secundario según las disposiciones COB de este Plan, el monto de los beneficios pagaderos según este Plan se determinará sobre la base de que este Plan es secundario. Si el plan que no cumple no proporciona la información que este Plan necesita para determinar sus beneficios dentro de un tiempo razonable después de que se le solicita, este Plan asumirá que los beneficios del plan que no cumple son idénticos a los suyos y pagará sus beneficios en consecuencia. Sin embargo, este Plan debe ajustar cualquier pago que realice en virtud de tal suposición cada vez que haya información disponible sobre los beneficios reales del plan que no cumple.

Derecho a recibir y divulgar la información necesaria

Para aplicar estas normas de la COB se necesita determinada información. Anthem tiene el derecho de decidir qué información necesita. Al inscribirse en este Plan, usted da su consentimiento para la divulgación de la información necesaria para aplicar las reglas del COB. Cualquier persona que reclame beneficios en virtud de este Plan debe proporcionar a Anthem la información que determine que es necesaria para la coordinación de los beneficios.

Facilidad de pago

Un pago efectuado o un servicio prestado según otro plan puede incluir un monto que debería haberse pagado o prestado según este Plan. Si es así, Anthem podrá pagar, en nombre del estado, esa cantidad a la organización que realizó dicho pago. Dicho monto se considerará entonces como si se tratara de un beneficio pagado en virtud de este Plan.

Derecho de recuperación

Si el monto de los pagos efectuados por Anthem en nombre del estado es superior al que debería haberse pagado según esta disposición de la COB, o si este Plan prestó servicios que debería haber pagado el plan primario, Anthem podrá recuperar el exceso o el valor razonable en efectivo de los Servicios Cubiertos, según corresponda, de una o más de las personas a las que haya pagado o por las que haya pagado las compañías de seguros u otras organizaciones.

El derecho del Plan a recuperar su dinero estará limitado al Monto Máximo Permitido que haya recibido de otro plan. La aceptación de los servicios cubiertos constituirá su consentimiento al derecho de recuperación del estado. Usted acepta tomar todas las medidas adicionales para ejecutar y entregar dichos documentos que puedan requerirse y hacer todo lo que sea necesario para garantizar los derechos del Plan a recuperar los pagos en exceso. Su incumplimiento puede resultar en el retiro de los beneficios ya brindados o la negación de los beneficios solicitados.

Anthem tiene el derecho de hacer cumplir los derechos del Plan conforme a la presente disposición.

Cuando tiene Medicare

Como regla general, si está inscrito en este Plan como resultado de un empleo activo con el estado o un grupo de asociación estatal y es elegible para Medicare, este Plan se coordinará con Medicare. Este plan pagará como el plan principal. Existen reglas separadas y distintas para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).

Todos los beneficios cubiertos tanto por este Plan como por Medicare estarán cubiertos de acuerdo con la legislación y las reglamentaciones de Pagador Secundario de Medicare y las pautas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, sujeto a las decisiones de los tribunales federales. La ley federal rige siempre que exista un conflicto entre la ley estatal, los términos del documento y la ley federal.

Excepto cuando la ley federal requiere que este Plan sea el pagador principal, los beneficios bajo este Plan para Miembros de 65 años de edad o más, o Miembros que de otra manera sean elegibles para Medicare, no duplican ningún beneficio al cual los Miembros tengan derecho bajo Medicare. Cuando Medicare sea el pagador responsable, todas las sumas pagaderas por Medicare por los servicios prestados a usted serán reembolsadas por o en su nombre a este Plan, en la medida en que este Plan haya realizado el pago por dichos servicios.

Los pagos no se reducirán en función de si usted es elegible para Medicare por motivos de edad, discapacidad o enfermedad renal terminal, a menos que se inscriba en Medicare. Si se

inscribe en Medicare, dicha reducción se aplicará únicamente en la medida en que Medicare proporcione dicha cobertura.

Los jubilados del estado de Connecticut y/o sus dependientes inscritos elegibles para Medicare no son elegibles para continuar participando en este Plan. Deben estar inscritos en el plan Medicare Advantage del estado. Dichos miembros deben coordinar la inscripción con la Unidad de Salud para Jubilados de la Oficina del Contralor del Estado llamando al 860-702-3533.

Para obtener información más detallada sobre "¿Qué es Medicare?" y "¿Debo inscribirme en Medicare?", comuníquese con Medicare al 800-Medicare (800-633-4227), TTY: 711, o visite **medicare.gov**.

Disposiciones generales del Plan

Errores administrativos

En ningún caso los errores administrativos perturbarán ni afectarán su cobertura, siempre que esta sea válida conforme a las reglas del Plan. Esta norma se aplica a cualquier error administrativo, independientemente de si fue culpa del Plan, Anthem o Quantum.

Confidencialidad y divulgación de información

Mediante su solicitud, usted acepta que sus proveedores le brinden a Anthem la información necesaria sobre la atención que le proporcionan, en la medida permitida por la ley.

La legislación estatal y federal aplicable requiere que el estado realice esfuerzos para salvaguardar su información médica.

Solo con fines informativos, tenga en cuenta que hay una declaración que describe las políticas y los procedimientos relativos a la protección, el uso y la divulgación de su información médica disponible en **carecompass.ct.gov** y que se le puede proporcionar si la solicita comunicándose con Servicios para Miembros.

Las obligaciones que surgen de las leyes estatales y federales, y las políticas y procedimientos relacionados con la privacidad a los que se hace referencia pero no se incluyen en este documento, no forman parte del contrato entre las partes y no dan lugar a obligaciones contractuales.

Cumplimiento de las leyes

Cualquier término del Plan que entre en conflicto con las leyes del estado de Connecticut quedará modificado automáticamente para cumplir con los requisitos mínimos de dichas leyes.

Acuerdo completo

El presente documento, el Acuerdo de Servicios Administrativos, la solicitud del estado, los apéndices, endosos o anexos, así como las solicitudes individuales del suscriptor y los Dependientes, constituyen el Acuerdo completo entre el estado y Anthem a partir de la Fecha de Entrada en Vigencia y reemplazan todos los demás acuerdos. Todas y cada una de las declaraciones hechas a Anthem por el estado y todas y cada una de las declaraciones hechas al estado por Anthem son representaciones y no garantías. Ninguna declaración de este tipo, a menos que esté contenida en una solicitud escrita de cobertura en virtud del Plan, podrá utilizarse en defensa de un reclamo en virtud del Plan.

Programas gubernamentales

Los beneficios previstos en este Plan no duplicarán ningún beneficio al que usted tenga derecho en el marco de cualquier otro programa gubernamental. Esto no se aplica si alguna ley particular requiere que el estado sea el pagador principal. Si Anthem, en nombre del estado, ha duplicado dichos beneficios, todo el dinero que dichos programas le hayan pagado por los servicios que recibió o está recibiendo deberá ser devuelto al Plan por usted o en su nombre.

Si Anthem le paga de más

Haremos esfuerzos diligentes para recuperar los pagos de beneficios que Anthem realizó por error pero de buena fe. Anthem puede reducir los pagos de beneficios posteriores para compensar los pagos en exceso.

Anthem generalmente buscará primero la recuperación del Proveedor si le pagó directamente, o de la persona (miembro de la familia cubierto, tutor, padre con custodia, etc.) a quien le envió el pago.

En la mayoría de los casos, dicha actividad de recuperación o ajuste se limitará al año calendario en el que se descubre el error.

Evaluación de políticas y tecnologías médicas

Anthem revisa y evalúa nueva tecnología de acuerdo con sus criterios de evaluación tecnológica desarrollados por sus directores médicos. Los criterios de evaluación de la tecnología se utilizan para determinar el estado experimental/de investigación o la necesidad médica de una nueva tecnología. La orientación y la validación externa de la política médica de Anthem son proporcionadas por el Comité de Evaluación de Políticas Médicas y Tecnología (MPTAC), que está formado por aproximadamente 20 médicos de diversas especialidades médicas, incluidos directores médicos de Anthem, médicos de medicina académica y médicos de práctica privada.

Las conclusiones extraídas se incorporan a la política médica que se utiliza para establecer protocolos de decisión para enfermedades o tratamientos específicos y se aplican a los criterios de Necesidad Médica que se utilizan para determinar si un procedimiento, servicio, suministro o equipo está cubierto.

Modificaciones

El estado puede cambiar los beneficios descritos en este documento de beneficios y el Miembro será informado de dichos cambios según lo requiera la ley. De acuerdo con cualquiera de sus disposiciones, este documento de beneficios estará sujeto a enmiendas, modificaciones y terminación por parte del estado o por acuerdo mutuo entre Anthem y el estado sin el consentimiento o la concurrencia de ningún Miembro. Al elegir los beneficios médicos y hospitalarios en virtud del Plan o aceptar los beneficios del Plan, todos los miembros legalmente capaces de contratar y los representantes legales de todos los miembros incapaces de contratar aceptan todos los términos, condiciones y disposiciones del presente.

No asumimos responsabilidad por los actos u omisiones del Proveedor

El Plan no es responsable de la atención real que usted reciba de cualquier persona. Este documento no otorga a nadie ningún reclamo, derecho o causa de acción contra Anthem o el Plan basado en las acciones de un Proveedor de atención médica, servicios o suministros. El estado, Anthem y los proveedores dentro de la red son entidades independientes que contratan entre sí con el único propósito de llevar a cabo las disposiciones del Plan. El Plan no será responsable de ningún acto u omisión de ningún Proveedor ni de ningún agente o Empleado de un Proveedor. Los médicos dentro de la red mantienen la relación médico-paciente con los miembros y son los únicos responsables ante los miembros por todos los servicios médicos que brindan.

Relación entre las partes (Anthem y proveedores dentro de la red)

La relación entre Anthem y los proveedores dentro de la red es una relación de contratista independiente. Los proveedores dentro de la red no son agentes ni empleados de Anthem, ni Anthem, ni ningún empleado de Anthem, es empleado o agente de los proveedores dentro de la red.

Su proveedor de atención médica es el único responsable de todas las decisiones relacionadas con su atención y tratamiento, independientemente de si dicha atención y tratamiento es un servicio cubierto por este Plan. Anthem no será responsable de ningún reclamo o demanda por daños que surjan de, o que estén relacionados de alguna manera con, cualquier lesión que usted sufra mientras recibe atención de cualquier proveedor dentro de la red o en las instalaciones de cualquier proveedor dentro de la red.

Programas de valor añadido

En nombre del estado, Anthem puede ofrecer programas relacionados con la salud o el ejercicio físico a los miembros del Plan, a través de los cuales los miembros pueden acceder a tarifas con descuento de ciertos proveedores para productos y servicios disponibles para el público en general. Los productos y servicios disponibles bajo este programa no son Servicios Cubiertos bajo este Plan, pero son adicionales a los beneficios del Plan. Como tal, las características del programa no están garantizadas bajo este Plan y podrían discontinuarse en cualquier momento.

El estado no respalda a ningún proveedor, producto o servicio asociado con este programa. Los proveedores del programa son los únicos responsables de los productos y servicios que usted recibe.

Valor de los Servicios Cubiertos

Para efectos de subrogación, reembolso de beneficios en exceso o reembolso conforme a cualquier ley de compensación laboral o de responsabilidad del empleador, el valor de los Servicios Cubiertos será el monto que el Plan pagó por los Servicios Cubiertos.

Exención

Ningún agente u otra persona, excepto un funcionario autorizado del estado, es capaz de ignorar cualquier condición o restricción contenida en este documento, de extender el plazo para realizar un pago al Plan, o de vincular el Plan haciendo cualquier promesa o representación o dando o recibiendo cualquier información.

Definiciones

Si una palabra o frase en este documento tiene un significado especial, aparecerá en MAYÚSCULAS la primera vez que se haga referencia a ella en el documento, en mayúsculas iniciales para referencias posteriores y se definirá a continuación. Si tiene preguntas sobre alguna de estas definiciones, llame a Servicios para Miembros.

Lesión Accidental

Una lesión inesperada para la cual necesita Servicios Cubiertos mientras está inscrito en este Plan. No incluye lesiones por las cuales recibe beneficios en virtud de alguna ley de compensación laboral, responsabilidad estatal o similar.

Acuerdo de Servicios Administrativos

El acuerdo entre Anthem y el estado de Connecticut con respecto a la administración de ciertos elementos de los beneficios de atención médica del Plan.

Área de Red Local de Anthem

El área geográfica donde se pueden recibir los Servicios Cubiertos de un Proveedor dentro de la red. El área de red local para este Plan incluye Connecticut y áreas fuera de Connecticut designadas como parte del área de red local.

Servicios de Salud Conductual

Los Servicios de Salud Conductual son servicios que pueden afectar el bienestar general de un paciente e incluyen servicios de salud mental y consumo de sustancias.

Un trastorno de salud mental, también conocido como enfermedad mental, condición de salud mental o trastorno psiquiátrico, se caracteriza por un patrón de comportamiento o función mental que afecta significativamente el funcionamiento personal o causa una angustia considerable. Los trastornos de salud mental están definidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y pueden incluir trastornos de ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno bipolar, trastornos de la personalidad y esquizofrenia, entre otros.

El trastorno por consumo de sustancias (SUD) es un trastorno mental que afecta el cerebro y el comportamiento de una persona, lo que lleva a su incapacidad para controlar el consumo de sustancias, incluidas drogas legales o ilegales, alcohol o medicamentos. Los síntomas pueden ser de moderados a graves, siendo la adicción la forma más grave de TUS. Las personas con un SUD también pueden presentar trastornos de salud mental, y las personas con trastornos de salud mental también pueden tener problemas con el consumo de sustancias.

Período de Beneficio

El período durante el cual el Plan cubre los beneficios de los Servicios Cubiertos. El Período de Beneficios para los planes estatales y de asociación es el año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre).

Pares o Par Clínico

El término significa un médico u otro profesional de la salud que posee una licencia vigente sin restricciones en un estado o territorio de EE. UU. en la misma especialidad o una similar a la que normalmente maneja la condición médica, el procedimiento o el tratamiento bajo revisión.

Consulte la sección *Se requiere aprobación previa para ciertos servicios* (página 27) para conocer las categorías de solicitud específicas.

Ensayo clínico

El término significa un estudio científico, organizado y sistemático de terapias, pruebas u otras intervenciones clínicas con fines de tratamiento, paliación o intervención terapéutica para la prevención del cáncer o de una enfermedad crónica incapacitante o potencialmente mortal en seres humanos, excepto que un ensayo clínico para la prevención del cáncer o de una enfermedad crónica incapacitante o potencialmente mortal es elegible para cobertura solo si implica una intervención terapéutica y se lleva a cabo en múltiples instituciones. Un Ensayo Clínico debe realizarse bajo los auspicios de un protocolo independiente revisado por pares que haya sido revisado y aprobado en la sección *Servicios Cubiertos* (página 41).

Servicios cubiertos

Servicios, suministros o tratamientos de atención médica descritos en este documento que le brinda un Proveedor. Los Servicios Cubiertos deben estar descritos en los registros del Proveedor.

Cuidado de Custodia

Cualquier tipo de atención, incluido alojamiento y comida, que:

- No requiere de habilidades de trabajadores profesionales o técnicos
- No se le entrega a usted ni es supervisado por trabajadores profesionales o técnicos
- No cumple con las normas para la atención en un centro de enfermería especializada posterior a la hospitalización
- Se administra después de alcanzar el máximo nivel de salud física o mental sin posibilidad de mejora posterior

El cuidado de custodia incluye cualquier tipo de cuidado destinado a ayudar con las actividades de la vida diaria que no requieren la habilidad de un trabajador profesional o técnico. Algunos ejemplos de Cuidado de Custodia incluyen:

- Ayuda para caminar, entrar y salir de la cama, bañarse, vestirse, comer o usar el baño.
- Cambio de apósitos de heridas no infectadas después de una cirugía o por afecciones crónicas.
- Preparación de comidas y/o dietas especiales
- Alimentación mediante utensilio, sonda o gastrostomía
- Cuidados comunes de la piel y las uñas
- Supervisar la administración de medicamentos que puedan autoadministrarse
- Cuidado del catéter, cuidado general de la colostomía o ileostomía
- Servicios de rutina que Anthem determina que pueden ser realizados de manera segura por el Miembro o una persona sin la ayuda de trabajadores médicos y paramédicos capacitados.
- Atención residencial y centro de día para adultos
- Atención protectora y de apoyo, incluida la educación
- Descanso y cuidados convalecientes

El Cuidado puede ser de Custodia incluso si lo recomienda un Médico o se realiza en un Centro, como un Hospital o un Centro de Enfermería Especializada, o en el hogar.

Dependiente

Una persona con una relación con el Empleado del estado de Connecticut que cumple con las reglas de *Elegibilidad* y que se ha inscrito en el Plan.

Fecha de Entrada en Vigencia

Fecha en que comienza la cobertura en el marco de este Plan.

Emergencia

El término se refiere a una condición médica o de salud conductual de aparición reciente y de gravedad suficiente, incluido, entre otros, un dolor intenso, que llevaría a una persona prudente sin conocimientos especializados, con un conocimiento promedio de medicina y salud, a creer que su condición, enfermedad o lesión es de tal naturaleza que no recibir atención médica inmediata podría provocar lo siguiente:

(a) poner en grave peligro la salud del paciente o la de otra persona o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o la de su hijo por nacer; (b) un deterioro grave de las funciones corporales; o (c) una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Dichas condiciones incluyen, entre otros, dolor de pecho, accidente cerebrovascular, envenenamiento, problemas respiratorios graves, pérdida del conocimiento, quemaduras o cortes graves,

sangrado incontrolado o convulsiones y otras condiciones agudas que el Plan pueda determinar como emergencias.

Atención de Emergencia

Este término implica un examen médico o de salud conductual realizado en el departamento de Emergencias de un Hospital o Centro de Emergencias independiente, e incluye servicios disponibles de manera rutinaria en el departamento de Emergencias para evaluar una afección de Emergencia. Incluye cualquier examen médico o de salud conductual adicional y tratamiento requerido para estabilizar al paciente.

Empleado

Una persona que está empleada activamente con el estado y es elegible para recibir los beneficios del Plan o una persona jubilada de su empleo en el estado y es elegible para recibir los beneficios del Plan.

Experimental o de investigación (o experimental/de investigación)

Un servicio Experimental o de Investigación es cualquier medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro utilizado en o directamente relacionado con el diagnóstico, evaluación o tratamiento de una enfermedad, lesión, dolencia u otra afección de salud que el Plan determine que es Experimental o de Investigación.

- El Plan considerará que cualquier medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro es experimental o de investigación si determina que uno o más de los siguientes criterios se aplican cuando el servicio se presta con respecto al uso para el cual se buscan los beneficios.

  El medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro:

  - No se puede comercializar legalmente en los Estados Unidos sin la aprobación final de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (“FDA”), o cualquier otra agencia reguladora estatal o federal, y dicha aprobación final no se ha otorgado.
  - La FDA ha determinado que está contraindicado para el uso específico.
  - Se proporciona como parte de un protocolo de investigación clínica o un ensayo clínico o se proporciona de cualquier otra manera que tenga como objetivo evaluar la seguridad, toxicidad o eficacia del medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro.
  - Está sujeto a la revisión y aprobación de una Junta de Revisión Institucional ("IRB")[7] u otro organismo que cumpla una función similar; o

[7] Según las regulaciones de la FDA, una IRB es un grupo constituido adecuadamente que fue designado formalmente para revisar y monitorear la investigación biomédica que involucra a sujetos humanos en una institución.

- Se proporciona de conformidad con los documentos de consentimiento informado que describen el medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro como experimental o en investigación, o que de otro modo indican que la seguridad, toxicidad o eficacia del medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro está bajo evaluación.

- Cualquier servicio que no se considere Experimental o de Investigación según los criterios anteriores puede seguir considerándose Experimental o de Investigación según el Plan. Para determinar si un servicio es experimental o de investigación, el Plan considerará la información anterior y evaluará lo siguiente:
  - Si la evidencia científica es concluyente en cuanto a los efectos del servicio o los resultados de salud.
  - Si la evidencia demuestra que el servicio mejora los resultados netos de salud de la población total para la cual podría proponerse el servicio al producir efectos beneficiosos que superan cualquier efecto perjudicial.
  - Si la evidencia demuestra que se ha demostrado que el servicio es tan beneficioso para la población total para la cual podría proponerse el servicio como cualquier alternativa establecida.
  - Si la evidencia demuestra que se ha demostrado que el servicio mejora los resultados netos de salud de la población total para la cual podría proponerse el servicio en las condiciones habituales de la práctica médica fuera de los entornos de investigación clínica.

- La información considerada o evaluada por el Plan para determinar si un medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro es Experimental o de Investigación puede incluir uno o más elementos de la siguiente lista, que no es exhaustiva:
  - Literatura médica o científica autorizada publicada y revisada por pares, o la ausencia de ella.
  - Evaluaciones de asociaciones médicas nacionales, paneles de consenso y otros organismos de evaluación de tecnología.
  - Documentos emitidos y/o presentados ante la FDA u otra agencia federal, estatal o local con la autoridad para aprobar, regular o investigar el uso del medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro.
  - Documentos de un IRB u otro organismo similar que realice sustancialmente la misma función que un IRB.
  - Documento(s) de consentimiento utilizado(s) por los médicos tratantes, otros profesionales médicos o centros o por otros médicos tratantes, otros profesionales médicos o centros que estudien sustancialmente el mismo fármaco, producto biológico,

dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro.

  - El protocolo o protocolos escritos utilizados por los médicos tratantes, otros profesionales médicos o centros, o por otros médicos tratantes, otros profesionales médicos o centros que estudian sustancialmente el mismo fármaco, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro.
  - Historial médico del Miembro que solicita el tratamiento.
  - Las opiniones de los proveedores consultores y otros expertos en el campo aceptadas como razonables por la mayoría de los PARES CLÍNICOS.
- El Plan identificará y evaluará toda la información y determinará todas las cuestiones relacionadas con si un medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro es experimental o en investigación.

No obstante lo anterior, los servicios o suministros no se considerarán experimentales o de investigación si completaron con éxito un ensayo clínico de fase III de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. para la enfermedad o condición que se está tratando, o para el diagnóstico para el cual se prescriben.

Además, los servicios y suministros para los costos de atención de rutina de pacientes en relación con un ensayo clínico sobre cáncer no se considerarán experimentales ni de investigación.

Centro/Centros

Un Centro cubierto es una ubicación física donde se brindan servicios de atención médica a los Miembros, incluidos, entre otros, un Hospital, un centro quirúrgico/de cirugía ambulatoria, un centro de tratamiento de dependencia química, un Centro de Tratamiento Residencial, un Centro de Enfermería Especializada o un centro de salud conductual, según se define en este Plan. La instalación debe tener la licencia requerida por ley, satisfacer los requisitos de acreditación de Anthem y estar aprobada por Anthem.

La instalación debe tener licencia como Programa Ambulatorio Intensivo en el estado en el que está ubicada y estar acreditada por la Comisión Conjunta (TJC), la Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación (CARF), la Acreditación Nacional Integrada para Organizaciones de Atención Sanitaria (NIAHO), o el Consejo de Acreditación (Certificado de autenticidad).

Agencia de Atención Médica a Domicilio

Un Proveedor autorizado cuando lo exija la ley que:

- Proporciona enfermería especializada y otros servicios de manera presencial en el hogar de un miembro.
- supervisa la prestación de servicios en virtud de un plan prescrito y aprobado por escrito por el Médico tratante.

Hospital

Una institución, o una parte definida de una institución, que:

- Proporciona principalmente instalaciones de diagnóstico y terapéuticas para diagnósticos quirúrgicos y médicos, tratamiento y cuidado de personas lesionadas y enfermas, que son proporcionadas o supervisadas por un personal de médicos con licencia (MD) o médicos con licencia en osteopatía (DO), a cambio de una compensación de sus pacientes, de forma ambulatoria o hospitalizada.
- Proporciona continuamente servicios de enfermería profesional registrada (RN) las 24 horas del día.
- No incluye un Proveedor, o aquella parte de un Proveedor, utilizado principalmente para atención de enfermería, atención de descanso, atención de convalecencia, atención de ancianos, Cuidado de Custodia, atención educativa o atención subaguda.

Tarjeta de Identificación (o tarjeta de ID)

La tarjeta que se entrega a un Miembro para fines de identificación, que incluye números de grupo y otra información relativa al plan del titular de la tarjeta de identificación. Los miembros inscritos en el Plan reciben sus propias tarjetas de identificación. Para que los Miembros puedan recibir servicios o tratamientos, se debe mostrar la Tarjeta de Identificación porque sólo los Miembros tienen derecho a los servicios o beneficios bajo el Plan. Si alguien recibe servicios o beneficios a los que no tiene derecho según los términos de este Plan, deberá pagar el costo real de los servicios.

Paciente Hospitalizado

Un Miembro que es admitido en un Hospital para recibir tratamiento médico y tiene al menos una estadía de una noche.

Programa Ambulatorio Intensivo (IOP)

Un programa ambulatorio diferenciado y organizado de servicios psiquiátricos proporcionado a pacientes que tienen una enfermedad mental aguda, que incluye, entre otras, afecciones como depresión, esquizofrenia y trastornos por uso de sustancias. Los pacientes reciben al menos tres (3) horas de servicios terapéuticos al menos tres (3) días por semana como parte de un Programa Ambulatorio Intensivo.

La instalación debe tener licencia como Programa Ambulatorio Intensivo en el estado en el que está ubicada y estar acreditada por la Comisión Conjunta (TJC), la Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación (CARF), la Acreditación Nacional Integrada para Organizaciones de Atención Sanitaria (NIAHO), o el Consejo de Acreditación (Certificado de autenticidad).

Monto Máximo Permitido

El monto máximo que el Plan cubrirá por un servicio de atención médica cubierto. En determinadas circunstancias, si su proveedor está fuera de la red y cobra más que el monto máximo permitido del plan de salud, es posible que tenga que pagar la diferencia. Esto se denomina facturación de saldo.

Necesidad Médica (o Médicamente Necesario)

Los términos significan servicios de atención médica que un Médico, según criterios clínicos prudentes, proporcionaría a un paciente con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas, y que son:

- De acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica.
- Clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración, y considerado eficaz para la enfermedad, lesión o dolencia del paciente.
- No principalmente para la conveniencia del paciente, del médico u otro proveedor de atención médica.
- No más costoso que un servicio alternativo o una secuencia de servicios que tengan al menos la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, lesión o dolencia de ese paciente.

A los efectos de esta definición, “estándares generalmente aceptados de la práctica médica” significa estándares que se basan en evidencia científica creíble publicada en literatura médica revisada por pares generalmente reconocida por la comunidad médica relevante o que de otro modo son consistentes con los estándares establecidos en cuestiones de políticas que involucran el juicio clínico.

A los efectos de esta definición, “no más costoso” significa que los servicios son rentables en comparación con intervenciones alternativas, incluida ninguna intervención o la misma intervención en un entorno alternativo. Rentable no siempre significa el costo más bajo. Esto significa que, en cuanto al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, lesión o dolencia del Miembro, el servicio: (1) no es más costoso que un servicio alternativo o una secuencia de servicios que sea médicamente apropiado, o (2) el servicio se realiza en el entorno menos costoso que sea médicamente apropiado. Por ejemplo, el Plan no brindará cobertura para una hospitalización para cirugía si la cirugía podría haberse realizado de forma ambulatoria.

Miembro(s)

Personas, incluido el Empleado y sus Dependientes elegibles, que hayan cumplido con las normas de elegibilidad, hayan solicitado cobertura y se hayan inscrito en el Plan.

Inscripción Abierta

Un período de tiempo durante el cual los empleados y sus dependientes elegibles pueden inscribirse sin penalización después del período de inscripción inicial. Consulte la sección *Inscripción* en la página 16.

Programa de Hospitalización Parcial (o PHP)

Un programa que ofrece a los miembros un tratamiento de salud conductual estructurado y multidisciplinario que ofrece atención de enfermería y terapia individual, grupal y familiar activa en un programa que funciona no menos de 6 horas por día, al menos 5 días a la semana.

La instalación debe tener licencia como Programa de Hospitalización Parcial en el estado en el que está ubicada y estar acreditada por la Comisión Conjunta (TJC), la Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación (CARF), la Acreditación Nacional Integrada para Organizaciones de Atención Sanitaria (NIAHO), o el Consejo de Acreditación (Certificado de autenticidad).

Médico

Un individuo cuando está autorizado por ley:

- Doctor en Medicina (MD), con licencia legal para ejercer la medicina y realizar cirugías.
- Doctor en Medicina Osteopática (DO), con licencia legal para ejercer la medicina y realizar cirugías.
- Doctor en Quiropráctica (DC), con licencia legal para realizar las funciones de un quiropráctico.
- Doctor en Medicina Podológica (DPM), con licencia legal para ejercer la podología.
- Doctor en Medicina Dental (DDM), con licencia legal para brindar servicios dentales.
- Doctor en Cirugía Dental (DDS), con licencia legal para brindar servicios dentales, y
- los médicos de optometría (Optometry, OD), psicólogos clínicos (Ph.D.), médicos de medicina naturopática (Naturopathic Medicine, ND) y podólogos quirúrgicos también son proveedores (pero no son médicos) cuando tienen licencia legal y brindan Servicios Cubiertos dentro del alcance de sus licencias.

Plan

El acuerdo elegido por el estado de Connecticut para financiar y proporcionar los beneficios médicos a los Empleados y Dependientes.

Precertificación

La Precertificación es la determinación que realiza Anthem de que los servicios médicos seleccionados cumplen con los criterios de Necesidad Médica del Plan. La precertificación incluye una revisión del servicio médico, el entorno y la cantidad de días precertificados, si corresponde.

Prima

El monto mensual que pagan los Miembros para participar en el Plan.

Medicamento Recetado

Una sustancia, también conocida como medicamento de venta exclusiva con receta, que requiere receta médica para ser dispensada por una farmacia. Según la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos, los medicamentos con receta solo pueden ser recetados por médicos, asistentes médicos, enfermeras profesionales y otras enfermeras de práctica avanzada, dentistas y optometristas. Estos medicamentos deben llevar un mensaje en la etiqueta original que diga: “Precaución: La ley federal prohíbe su dispensación sin receta”. Estos medicamentos incluyen los siguientes:

- Medicamentos compuestos (combinados), cuando todos los ingredientes están aprobados por la FDA, requieren receta médica para su dispensación y no son esencialmente lo mismo que un producto aprobado por la FDA de un fabricante de medicamentos.
- Insulina, suministros para diabéticos y jeringas.

Médico de Atención Primaria (PCP)

Un Médico seleccionado por un Miembro para supervisar, dirigir y brindar atención inicial y servicios médicos básicos y estar a cargo de la atención continua. El PCP puede trabajar en medicina familiar, medicina general, medicina interna, pediatría, geriatría o cualquier otra práctica permitida por el Plan.

Proveedor

Una persona con licencia profesional o de instalación (cuando lo exige la ley) que brinda servicios de atención médica dentro del alcance de esa licencia, cumple con los requisitos de acreditación de Anthem y, para los proveedores dentro de la red, está aprobado por Anthem. Los detalles sobre los requisitos de acreditación de Anthem se pueden encontrar en **anthem.com/provider/individual-commercial/join-our-network**.

Rehabilitación/Rehabilitador

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a conservar, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o deteriorado porque estaba enferma, herida o discapacitada. Estos servicios consisten en fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla en un entorno para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Centro de Tratamiento Residencial/Instalación

Los centros de tratamiento residencial brindan tratamiento residencial para afecciones médicas, afecciones de salud conductual y/o trastornos por uso de sustancias. La instalación debe tener licencia como Centro de Tratamiento Residencial en el estado en el que está ubicada y estar acreditada por la Comisión Conjunta (TJC), la Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación (CARF), la Acreditación Nacional Integrada para Organizaciones de Atención Sanitaria (NIAHO), o el Consejo de Acreditación (Certificado de autenticidad).

El término Centro/Instalación de Tratamiento Residencial no incluye un Proveedor, o parte de un Proveedor, utilizado principalmente para atención de enfermería, atención de descanso, atención de convalecencia, atención de ancianos, Cuidado de Custodia, atención educativa o atención subaguda.

Proveedor del Sitio de Servicio

Un Proveedor de Sitio de Servicio (Site-of-Service, SOS) es un laboratorio que cumple con los costos y otros criterios establecidos por el Plan, e incluye lo siguiente:

- Un proveedor que no es parte ni propiedad de un hospital y que factura de forma independiente (es decir, no bajo el nombre o número de identificación de un hospital). Los laboratorios de referencia que cumplen estos criterios se consideran proveedores de sitios de servicio “independientes”.
- Un centro ambulatorio propiedad de un hospital que tiene contrato con Anthem y que cumple con los criterios para ser considerado sitio de servicio.

Los proveedores de SOS brindan servicios de atención médica, como pruebas de laboratorio, que generalmente son opciones de menor costo para los miembros. Cada Centro dentro de la red está sujeto a requisitos específicos de licencia, acreditación y credenciales.

Centro de enfermería especializada

Un centro de enfermería especializada es un centro de tratamiento médico y rehabilitación para pacientes hospitalizados. No es un lugar principalmente para el cuidado de ancianos, para Cuidado de Custodia o atención domiciliaria, o un lugar para descanso, educación o servicios similares.

Especialista

Un especialista es un Médico que se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones. Un especialista no médico es un proveedor que tiene capacitación adicional en un área específica de atención médica.

Medicamentos de Especialidad

Medicamentos que generalmente requieren una estrecha supervisión y verificación de sus efectos en el Miembro por parte de un Proveedor. Los medicamentos especializados a menudo requieren un manejo especial, como empaquetado con temperatura controlada y entrega al día siguiente, y con frecuencia no están disponibles en farmacias minoristas. Los Medicamentos de Especialidad pueden administrarse a través de muchos métodos, incluidos, entre otros, inyección, infusión, inhalación y administración oral.

Centro de Atención de Urgencias

Un Centro donde se pueden obtener servicios de atención de urgencia. Los servicios de atención de urgencia consisten en la atención de una enfermedad o lesión que no es una emergencia médica pero que requiere atención médica inmediata.

Lista de Beneficios

El estado de Connecticut ofrece varias opciones de planes médicos. Los Servicios Cubiertos para todos los planes médicos están pensados para ser los mismos. Las diferencias entre los planes están relacionadas con los costos compartidos aplicables, la red de Proveedores aplicable del plan y la capacidad de los Miembros de utilizar Proveedores fuera de la red. Por lo general, sus beneficios y costos compartidos se basan en el entorno en el que se reciben los servicios cubiertos (por ejemplo, en el consultorio de un médico o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios). Consulte la página 20 para obtener información adicional sobre cómo funcionan su deducible y sus gastos de bolsillo, así como otros avisos importantes relacionados con sus beneficios, límites o costos compartidos.

Este plan ofrece la opción de reducir los costos de bolsillo para ciertos servicios acudiendo a proveedores del lugar de servicio para análisis de laboratorio de rutina. Utilice la herramienta Find a Provider (Buscar un proveedor) en carecompass-providerlookup.emboldhealth.com/login. Busque el indicador de Sitio de Servicio (SOS) bajo el enlace Reconocimientos(/Nivel) a la derecha del nombre del Proveedor.

Acceso a atención primaria (State BlueCare Point of Enrollment Plus [POE-G Plus]) y acceso estándar (State BlueCare Point of Enrollment [POE])

La siguiente tabla muestra lo que **usted** paga por los Servicios Cubiertos.

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anticipado Es posible que el deducible dentro de la red no se aplique a todos los servicios. Se exime el deducible para las personas inscritas/que cumplen con los requisitos del Programa de Mejora de la Salud (Health Enhancement Program, HEP) y los jubilados antes del 2 de octubre de 2011.	$350 por persona; $1,400 por familia	No aplica
Máximo de gastos de bolsillo Incluye deducibles, copagos y coseguro.	$2,000 por individuo; $4,000 por familia	No aplica
Máximo de por vida	Ninguno	No aplica

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Persona responsable de obtener la Certificación Previa	Médico de Atención Primaria (PCP) o Proveedor dentro de la red	No aplica
Visita preventiva para adultos y niños	Copago de $0	No cubierta
Visita a un Proveedor de Atención Primaria y Atención de Especialidad de nivel 1 preferido[8] Incluye visitas en persona y/o virtuales por enfermedades, lesiones, atención de seguimiento y consultas.	Copago de $0 por visita	No cubierta
Visitas al Médico de Atención Primaria (PCP) Incluye visitas en persona y/o virtuales por enfermedades, lesiones, atención de seguimiento y consultas.	Visita relacionada con una condición crónica de HEP: copago de $0 por visita Visita a un proveedor preferido de nivel 1 de Anthem: copago de $0 por visita Visita en persona: copago de $15 por visita; copago de $5 para personas jubiladas antes de 1999 Visita virtual: copago de $15 por visita	Sin cobertura
Visitas a Proveedores de Atención Especializada (SCP) Incluye visitas presenciales y/o virtuales.	Visita a un proveedor preferido de nivel 1 de Anthem: copago de $0 por visita Visita en persona: copago de $15 por visita Visita virtual: copago de $15 por visita	Sin cobertura

[8] Consulte la página 21 para obtener más información sobre Proveedores.

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Visitas a proveedores de salud mental y trastornos por consumo de sustancias de nivel 1 preferidos (MH/SUD) Incluye visitas presenciales o virtuales.	Copago de $0 por visita	No cubierto
Visitas a proveedores de salud mental y trastornos por consumo de sustancias (MH/SUD) Incluye visitas en persona o virtuales, tratamiento ambulatorio y programas de salud conductual en el hogar.	Copago de $15 por visita; copago de $5 para personas jubiladas antes de 1999	Sin cobertura
LiveHealth Online	Copago de $5 por visita	No cubierto
LiveHealth Online para afecciones crónicas del HEP	$0 de copago por visita	Sin cobertura
Radiología de rutina Incluye rayos X, tomosíntesis mamaria y otros servicios de diagnóstico.	Copago de $0	No cubierta
Radiología avanzada Incluyendo resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones y otros servicios de diagnóstico. Puede ser necesaria una precertificación.	Copago de $0	No cubierta
Servicios de laboratorio[9]	Proveedores del Sitio de Servicio: copago de $0 Centro hospitalario ambulatorio (fuera del Sitio de Servicio): coseguro del 20% después del deducible	No cubierta

[9] Los grupos de jubilados 1 a 4 pagan un copago de $0 por todos los servicios de laboratorio dentro de la red; no se aplica el Sitio de Servicio.

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Fisioterapia o terapia ocupacional Se requiere Certificación Previa después de 24 visitas.	Copago de $0	No cubierta
Terapia del habla: tratamiento derivado de autismo, accidente cerebrovascular, extirpación de tumor, lesión o anomalías congénitas de la orofaringe	$0 de copago	No cubierta
Terapia del habla: otras afecciones Límite de 30 visitas por año calendario.	Copago de $0	Sin cobertura
Atención quiropráctica	Copago de $0	Sin cobertura
Equipos y suministros para diabéticos Tenga en cuenta que los suministros para diabéticos están cubiertos por el beneficio de farmacia.	Copago de $0	Sin cobertura
Equipos médicos duraderos (EMD), dispositivos médicos y suministros Es posible que se requiera una Certificación Previa.	Copago de $0	Sin cobertura
Servicios de atención médica a domicilio Servicios de enfermería (servicios de enfermería especializada intermitentes), servicios terapéuticos y servicios de asistentes de salud en el hogar prestados por una agencia de atención médica domiciliaria. Límite: 200 visitas por año calendario.	Copago de $0	No cubierta
Enfermería privada (incluidos servicios de enfermería especializada complejos y continuos) Se requiere precertificación.	Copago de $0	Sin cobertura
Acupuntura Límite: 20 visitas por año calendario.	Copago de $15	Sin cobertura

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Pruebas y tratamiento de alergias Inyección, suero, inmunoterapia u otros tratamientos terapéuticos. Las visitas al consultorio están cubiertas como visitas al consultorio de un médico de cabecera o de un especialista según corresponda (ver arriba).	Copago de $0	Sin cobertura
Terapia de rehabilitación cardíaca	Copago de $0	Sin cobertura
Asesoramiento nutricional Límite: 3 visitas para diagnóstico no incluido como parte de la ACA	Copago de $0	Sin cobertura
Diálisis y hemodiálisis	Visitas al consultorio cubiertas como visitas al consultorio de un Médico de Atención Primaria o de un Especialista (ver arriba).	Sin cobertura
Diálisis domiciliaria, terapia de infusión y quimioterapia	Copago de $0	Sin cobertura
Servicios ambulatorios en centro de cuidados paliativos Incluye servicios de cuidados paliativos para pacientes ambulatorios, servicios de cuidados paliativos a domicilio, duelo y cuidados de relevo para pacientes ambulatorios. Límite anual de $420 en servicios sociales médicos.	Copago de $0	Sin cobertura
Otros servicios de terapia Incluye radiación, quimioterapia y terapia respiratoria. Puede ser necesaria una precertificación.	Copago de $0	Sin cobertura

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Prótesis Puede ser necesaria una precertificación.	Copago de $0	Sin cobertura
Servicios ambulatorios Incluye cirugía, fertilidad y colonoscopia diagnóstica. Puede ser necesaria una precertificación.	Copago de $0	Sin cobertura
Centro de atención de Pacientes Hospitalizados con enfermedades agudas Incluye salud conductual, trastornos por consumo de sustancias, maternidad, fertilidad y servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos. Se requiere precertificación.	Copago de $0	Sin cobertura
Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados Se requiere precertificación.	Copago de $0	Sin cobertura
Servicios del Programa de Hospitalización Parcial (Partial Hospitalization Program, PHP) para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias y Salud Mental Se requiere Precertificación de Anthem para las hospitalizaciones parciales que superen las 24 visitas por año calendario.	$0 de copago	Sin cobertura
Servicios del Programa Ambulatorio Intensivo (Intensive Outpatient Program, IOP) para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias y Salud Mental en un Centro Se requiere Precertificación de Anthem para las hospitalizaciones parciales que superen las 24 visitas por año calendario.	$0 de copago	Sin cobertura

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Centro de Tratamiento Residencial de servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias Se requiere precertificación.	Copago de $0	Sin cobertura
Centro de Enfermería Especializada Se requiere precertificación.	Copago de $0	Sin cobertura
Servicios de ambulancia Debe ser un transporte médico médicamente necesario. Se requiere Precertificación para la ambulancia aérea que no sea de emergencia.	$0 de copago	$0 de copago
Sala de emergencias No se aplica copago en caso de hospitalización.	copago de $250; copago de $35 para jubilados con fecha de jubilación entre el 2 de octubre de 2011 y el 1 de octubre de 2017; el Plan cubre el 100% para jubilados con fecha de jubilación anterior al 1 de octubre de 2011	Copago de $250; copago de $35 para jubilados con fecha de jubilación entre el 2 de octubre de 2011 y el 1 de octubre de 2017; el Plan cubre el 100% para jubilados con fecha de jubilación anterior al 1 de octubre de 2011
Servicios de atención de urgencia/sin cita previa Los servicios de atención de urgencia se pueden recibir en varios entornos. Consulte esas secciones del programa para obtener detalles sobre lo que pagará.	Copago de $15 por visita; copago de $5 para personas jubiladas antes de 1999	Sin cobertura

Planes Expanded Access (State BlueCare Point of Service [POS]), Preferred Point of Service (POS) del estado y Out of Area (OOA)

La siguiente tabla muestra lo que **usted** paga por los Servicios Cubiertos.

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anticipado Es posible que el deducible dentro de la red no se aplique a todos los servicios. Se exime el deducible para las personas inscritas/que cumplen con los requisitos del Programa de Mejora de la Salud (Health Enhancement Program, HEP) y los jubilados antes del 2 de octubre de 2011.	$350 por persona; $1,400 por familia	Individual: $300 Dos personas: $600 Familia: $900
Máximo de gastos de su bolsillo Incluye deducibles, copagos y coseguro.	$2,000 por individuo; $4,000 por familia	$2,000 por individuo más deducible fuera de la red; $4,000 por familia más deducible fuera de la red
Máximo de por vida	Ninguno	Ninguno
Persona responsable de obtener la Certificación Previa	Médico de Atención Primaria (PCP) o Proveedor dentro de la red	Persona cubierta
Visita preventiva para adultos y niños	$0 de copago	Coseguro del 20%, después del deducible
Visita a un Proveedor de Atención Primaria y Atención de Especialidad de nivel 1 preferido[8] Incluye visitas en persona y/o virtuales por enfermedades, lesiones, atención de seguimiento y consultas.	$0 de copago por visita	Coaseguro del 20%, después del deducible
Visitas al Médico de Atención Primaria (PCP) Incluye visitas en persona y/o virtuales por enfermedades, lesiones, atención de seguimiento y consultas.	Visita relacionada con una condición crónica de HEP: copago de $0 por visita Visita a un proveedor preferido de nivel 1 de Anthem: copago de $0 por visita	Coaseguro del 20%, después del deducible

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
	Visita en persona: copago de $15 por visita; copago de $5 para personas jubiladas antes de 1999 Visita virtual: copago de $15 por visita	
Visitas a Proveedores de Atención Especializada (SCP) Incluye visitas presenciales y/o virtuales.	Visita a un proveedor preferido de nivel 1 de Anthem: copago de $0 por visita Visita en persona: copago de $15 por visita; copago de $5 para personas jubiladas antes de 1999 Visita virtual: copago de $15 por visita	Coaseguro del 20%, después del deducible
Visitas a proveedores de salud mental y trastornos por consumo de sustancias de nivel 1 preferidos (MH/SUD) Incluye visitas presenciales o virtuales	$0 de copago por visita	No cubierto
Visitas a proveedores de salud mental y trastornos por consumo de sustancias (MH/SUD) Incluye visitas en persona o virtuales, tratamiento ambulatorio y programas de salud conductual en el hogar.	Copago de $15 por visita; copago de $5 para jubilados anteriores a 1999	Coaseguro del 20%, después del deducible
LiveHealth Online	Copago de $5 por visita	No cubierto
LiveHealth Online para afecciones crónicas del HEP	$0 de copago por visita	Sin cobertura
Radiología de rutina Incluye rayos X, tomosíntesis mamaria y otros servicios de diagnóstico.	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible
Radiología avanzada Incluye resonancias magnéticas (magnetic resonance imaging, MRI), tomografías computarizadas (computed tomography/computerized axial tomography, CT/CAT), tomografías por emisión de positrones (positron emission tomography, PET) y otros servicios de diagnóstico. Puede ser necesaria una precertificación.	$0 de copago	Coseguro del 20%, después del deducible

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de laboratorio[9]	Proveedores del Sitio de Servicio: copago de $0 Centro hospitalario ambulatorio (fuera del Sitio de Servicio): coseguro del 20%	40% de coseguro, después del deducible
Fisioterapia o terapia ocupacional Se requiere Certificación Previa después de 24 visitas.	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible Límite: 30 visitas por año calendario
Terapia del habla: tratamiento derivado de autismo, accidente cerebrovascular, extirpación de tumor, lesión o anomalías congénitas de la orofaringe	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible Límite: 30 visitas por año calendario por accidente cerebrovascular, extirpación de tumores, lesiones o anomalías congénitas de la orofaringe.
Terapia del habla: otras afecciones Límite de 30 visitas por año calendario.	$0 de copago	Coseguro del 20%, después del deducible
Atención quiropráctica	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible Límite: 30 visitas por año calendario
Equipos y suministros para diabéticos Tenga en cuenta que los suministros para diabéticos están cubiertos por el beneficio de farmacia.	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible
Equipos médicos duraderos (EMD), dispositivos médicos y suministros Es posible que se requiera una Certificación Previa.	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de atención médica a domicilio Servicios de enfermería (servicios de enfermería especializada intermitentes), servicios terapéuticos y servicios de asistentes de salud en el hogar prestados por una agencia de atención médica domiciliaria. Límite: 200 visitas por año calendario.	$0 de copago	Coseguro del 20%, después del deducible
Enfermería privada (incluidos servicios de enfermería especializada complejos y continuos) Se requiere precertificación.	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible
Acupuntura Límite: 20 visitas por año calendario.	$15 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible
Pruebas y tratamiento de alergias Inyección, suero, inmunoterapia u otros tratamientos terapéuticos. Las visitas al consultorio están cubiertas como visitas al consultorio de un médico de cabecera o de un especialista según corresponda (ver arriba).	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible
Terapia de rehabilitación cardíaca	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible
Asesoramiento nutricional Límite: 3 visitas para diagnóstico no incluido como parte de la ACA	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible
Diálisis y hemodiálisis	Visitas al consultorio cubiertas como visitas al consultorio de un Médico de Atención Primaria o de un Especialista (ver arriba).	Coaseguro del 20%, después del deducible
Diálisis domiciliaria, terapia de infusión y quimioterapia	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios ambulatorios en centro de cuidados paliativos Incluye servicios de cuidados paliativos para pacientes ambulatorios, servicios de cuidados paliativos a domicilio, duelo y cuidados de relevo para pacientes ambulatorios. Límite anual de $420 en servicios sociales médicos.	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible Límite: 200 visitas por año calendario
Otros servicios de terapia Incluye radiación, quimioterapia y terapia respiratoria. Puede ser necesaria una precertificación.	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible
Prótesis Puede ser necesaria una precertificación.	$0 de copago	Coseguro del 20%, después del deducible
Servicios ambulatorios Incluye cirugía, fertilidad y colonoscopia diagnóstica. Puede ser necesaria una precertificación.	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible
Centro de atención de Pacientes Hospitalizados con enfermedades agudas Incluye salud conductual, trastornos por consumo de sustancias, maternidad, fertilidad y servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos. Se requiere precertificación.	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible
Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados Se requiere precertificación.	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible
Servicios del Programa de Hospitalización Parcial (Partial Hospitalization Program, PHP) para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias y Salud Mental Se requiere Precertificación de Anthem para las hospitalizaciones parciales que superen las 24 visitas por año calendario.	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios del Programa Ambulatorio Intensivo (Intensive Outpatient Program, IOP) para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias y Salud Mental en un Centro Se requiere Precertificación de Anthem para las hospitalizaciones parciales que superen las 24 visitas por año calendario.	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible
Centro de Tratamiento Residencial de servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias Se requiere precertificación.	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible
Centro de enfermería especializada Se requiere precertificación.	$0 de copago	Coaseguro del 20%, después del deducible Límite: 60 días por persona cubierta por año calendario
Servicios de ambulancia Debe ser un transporte médico médicamente necesario. Se requiere Precertificación para la ambulancia aérea que no sea de emergencia.	$0 de copago	$0 de copago
Sala de emergencias No se aplica copago en caso de hospitalización.	copago de $250; copago de $35 para jubilados con fecha de jubilación entre el 2 de octubre de 2011 y el 1 de octubre de 2017; el Plan cubre el 100% para jubilados con fecha de jubilación anterior al 1 de octubre de 2011	Copago de $250; copago de $35 para jubilados con fecha de jubilación entre el 2 de octubre de 2011 y el 1 de octubre de 2017; el Plan cubre el 100% para jubilados con fecha de jubilación anterior al 1 de octubre de 2011
Servicios de atención de urgencia/sin cita previa Los servicios de atención de urgencia se pueden recibir en varios entornos. Consulte esas secciones del programa para obtener detalles sobre lo que pagará.	Copago de $15 por visita; copago de $5 para personas jubiladas antes de 1999	Coseguro del 20%, después del deducible

Plan Quality First Select Access

La siguiente tabla muestra lo que **usted** paga por los Servicios Cubiertos.

Beneficio	Dentro de la red: nivel 1	Dentro de la red: nivel 2	Fuera de la red
Máximo de gastos de bolsillo Incluye deducibles, copagos y coseguro.	$3,000 por individuo; $6,000 por familia	$3,000 por individuo; $6,000 por familia	$6,000 por individuo; $12,000 por familia
Máximo de por vida	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Persona responsable de obtener la Certificación Previa	Médico de Atención Primaria (PCP) o Proveedor dentro de la red	Médico de Atención Primaria (PCP) o Proveedor dentro de la red	Persona cubierta
Visita preventiva para adultos y niños	Copago de $0	Copago de $0	Coseguro del 20%, después del deducible
Visita de Atención Primaria[8] Incluye visitas en persona y/o virtuales por enfermedades, lesiones, atención de seguimiento y consultas.	Copago de $0 por visita	Copago de $50 por visita	Coseguro del 20%, después del deducible
Visitas a Proveedores de Atención Especializada (SCP) Incluye visitas presenciales o virtuales.	Copago de $0 por visita	Copago de $100 por visita	Coseguro del 20%, después del deducible
Visitas a proveedores de salud mental y trastornos por consumo de sustancias (MH/SUD) Incluye visitas en persona y/o virtuales, tratamiento ambulatorio y programas de salud conductual en el hogar.	$0 de copago por visita	Copago de $0 por visita	Coseguro del 20%, después del deducible
LiveHealth Online	Copago de $0 por visita	N/C	N/C

Beneficio	Dentro de la red: nivel 1	Dentro de la red: nivel 2	Fuera de la red
Radiología de rutina Incluye rayos X, tomosíntesis mamaria y otros servicios de diagnóstico.	Proveedor del Sitio de Servicio: copago de $0 Proveedor fuera del Sitio de Servicio: coseguro del 20%, después del deducible	Proveedor del Sitio de Servicio: copago de $0 Proveedor fuera del Sitio de Servicio: coseguro del 20%, después del deducible	Coseguro del 40%, después del deducible
Radiología avanzada Incluye resonancias magnéticas (magnetic resonance imaging, MRI), tomografías computarizadas (computed tomography/computerized axial tomography, CT/CAT), tomografías por emisión de positrones (positron emission tomography, PET) y otros servicios de diagnóstico. Es posible que se requiera una Certificación Previa.	Proveedor del Sitio de Servicio: copago de $0 Proveedor fuera del Sitio de Servicio: coseguro del 20%, después del deducible	Proveedor del Sitio de Servicio: copago de $0 Proveedor fuera del Sitio de Servicio: coseguro del 20%, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible
Servicios de laboratorio[9]	Proveedor del Sitio de Servicio: copago de $0 Proveedor fuera del Sitio de Servicio: coseguro del 20%, después del deducible	Proveedor del Sitio de Servicio: copago de $0 Proveedor fuera del Sitio de Servicio: coseguro del 20%, después del deducible	Coseguro del 40%, después del deducible
Fisioterapia o terapia ocupacional Se requiere Certificación Previa después de 24 visitas.	Copago de $0	Copago de $0	Coseguro del 20%, después del deducible
Terapia del habla: tratamiento derivado de autismo, accidente cerebrovascular, extirpación de tumor, lesión o anomalías congénitas de la orofaringe	$0 de copago	Copago de $0	Coaseguro del 20%, después del deducible Límite: 30 visitas por año calendario por accidente cerebrovascular, extirpación de tumores, lesiones o anomalías congénitas de la orofaringe.

Beneficio	Dentro de la red: nivel 1	Dentro de la red: nivel 2	Fuera de la red
Terapia del habla: otras afecciones Límite de 30 visitas por año calendario.	Copago de $0	Copago de $0	Coseguro del 20%, después del deducible
Atención quiropráctica	Copago de $0	Copago de $0	Coseguro del 20%, después del deducible
Equipos y suministros para diabéticos Tenga en cuenta que los suministros para diabéticos están cubiertos por el beneficio de farmacia.	$0 de copago	Copago de $0	Coaseguro del 20%, después del deducible
Equipos médicos duraderos (EMD), dispositivos médicos y suministros Es posible que se requiera una Certificación Previa.	Copago de $0	Copago de $0	Coaseguro del 20%, después del deducible
Servicios de atención médica a domicilio Servicios de enfermería (servicios de enfermería especializada intermitentes), servicios terapéuticos y servicios de asistentes de salud en el hogar prestados por una agencia de atención médica domiciliaria. Límite: 200 visitas por año calendario	Copago de $0	Copago de $0	Coseguro del 20%, después del deducible
Enfermería privada (incluidos servicios de enfermería especializada complejos y continuos) Se requiere precertificación.	Copago de $0	Copago de $0	Coaseguro del 20%, después del deducible
Acupuntura Límite: 20 visitas por año calendario.	Copago de $0	Copago de $0	Coseguro del 20%, después del deducible

Beneficio	Dentro de la red: nivel 1	Dentro de la red: nivel 2	Fuera de la red
Pruebas y tratamiento de alergias Inyección, suero, inmunoterapia u otros tratamientos terapéuticos. Las visitas al consultorio están cubiertas como visitas al consultorio de un médico de cabecera o de un especialista según corresponda (ver arriba).	Copago de $0	Copago de $0	Coaseguro del 20%, después del deducible
Terapia de rehabilitación cardíaca	Copago de $0	Copago de $0	Coaseguro del 20%, después del deducible
Asesoramiento nutricional Límite: 3 visitas para diagnóstico no incluido como parte de la ACA	Copago de $0	Copago de $0	Coaseguro del 20%, después del deducible
Diálisis y hemodiálisis	Visitas al consultorio cubiertas como visitas al consultorio de un Médico de Atención Primaria o de un Especialista (ver arriba).	Visitas al consultorio cubiertas como visitas al consultorio de un Médico de Atención Primaria o de un Especialista (ver arriba).	Coaseguro del 20%, después del deducible
Diálisis domiciliaria, terapia de infusión y quimioterapia	Copago de $0	Copago de $0	Coaseguro del 20%, después del deducible
Servicios ambulatorios en centro de cuidados paliativos Incluye servicios de cuidados paliativos para pacientes ambulatorios, servicios de cuidados paliativos a domicilio, duelo y cuidados de relevo para pacientes ambulatorios. Límite anual de $420 en servicios sociales médicos.	Copago de $0	Copago de $0	Coseguro del 20%, después del deducible

Beneficio	Dentro de la red: nivel 1	Dentro de la red: nivel 2	Fuera de la red
Otros servicios de terapia Incluye radiación, quimioterapia y terapia respiratoria. Puede ser necesaria una precertificación.	Copago de $0	Copago de $0	Coaseguro del 20%, después del deducible
Prótesis Puede ser necesaria una precertificación.	Copago de $0	Copago de $0	Coseguro del 20%, después del deducible
Servicios ambulatorios Incluye cirugía, fertilidad y colonoscopia diagnóstica. Puede ser necesaria una precertificación.	Copago de $0	Copago de $0	Coaseguro del 20%, después del deducible
Centro de atención de Pacientes Hospitalizados con enfermedades agudas Incluye salud conductual, trastornos por consumo de sustancias, maternidad, fertilidad y servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos. Se requiere precertificación.	Copago de $0	Copago de $0	Coaseguro del 20%, después del deducible
Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados Se requiere precertificación.	Copago de $0	Copago de $0	Coaseguro del 20%, después del deducible

Beneficio	Dentro de la red: nivel 1	Dentro de la red: nivel 2	Fuera de la red
Servicios del Programa de Hospitalización Parcial (Partial Hospitalization Program, PHP) para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias y Salud Mental Se requiere Precertificación de Anthem para las hospitalizaciones parciales que superen las 24 visitas por año calendario.	$0 de copago	Copago de $0	Coaseguro del 20%, después del deducible
Servicios del Programa Ambulatorio Intensivo (Intensive Outpatient Program, IOP) para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias y Salud Mental en un Centro Se requiere Precertificación de Anthem para las hospitalizaciones parciales que superen las 24 visitas por año calendario.	$0 de copago	Coseguro del 20%, después del deducible	Coseguro del 20%, después del deducible
Centro de Tratamiento Residencial de servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias Se requiere precertificación.	Copago de $0	Copago de $0	Coaseguro del 20%, después del deducible
Centro de enfermería especializada Se requiere precertificación.	Copago de $0	Copago de $0	Coseguro del 20%, después del deducible
Servicios de ambulancia Debe ser un transporte médico médicamente necesario. Se requiere Precertificación para la ambulancia aérea que no sea de emergencia.	$0 de copago	Copago de $0	$0 de copago

Beneficio	Dentro de la red: nivel 1	Dentro de la red: nivel 2	Fuera de la red
Sala de emergencias No se aplica copago en caso de hospitalización.	copago de $250; copago de $35 para jubilados con fecha de jubilación entre el 2 de octubre de 2011 y el 1 de octubre de 2017; el Plan cubre el 100% para jubilados con fecha de jubilación anterior al 1 de octubre de 2011	Copago de $250; copago de $35 para jubilados con fecha de jubilación entre el 2 de octubre de 2011 y el 1 de octubre de 2017; el Plan cubre el 100% para jubilados con fecha de jubilación anterior al 1 de octubre de 2011	Copago de $250; copago de $35 para jubilados con fecha de jubilación entre el 2 de octubre de 2011 y el 1 de octubre de 2017; el Plan cubre el 100% para jubilados con fecha de jubilación anterior al 1 de octubre de 2011
Servicios de atención de urgencia/sin cita previa Los servicios de atención de urgencia se pueden recibir en varios entornos. Consulte esas secciones del programa para obtener detalles sobre lo que pagará.	Copago de $35	Copago de $35	Coseguro del 20%, después del deducible

Avisos obligatorios

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres de 1996

Según la ley federal, los planes de salud grupales y las compañías de seguro de salud generalmente deben proporcionar una estadía en el hospital de no menos de cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal y no menos de noventa y seis (96) horas después de una cesárea relacionada con el parto para la madre o el recién nacido. Sin embargo, la ley federal puede permitir que el proveedor de atención médica que atienda a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes del período completo de 48 o 96 horas.

Si tiene preguntas sobre las estadías en el Hospital por trabajo de parto y parto, llame al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación y Servicios para Miembros lo ayudará.

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

Para las personas que reciben beneficios relacionados con mastectomías, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el Médico tratante y el Miembro en estos casos:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica.
- Prótesis.
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos proporcionados bajo este Plan.

Para obtener más información sobre estos beneficios, llame al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación y Servicios para Miembros lo ayudará.

Cobertura para un hijo debido a una Orden Calificada de Manutención Médica Infantil (QMCSO)

Si un Miembro debe, debido a una QMCSO, brindar cobertura a uno o más hijos, llame al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación y Servicios para Miembros lo ayudará, sin cargo, a obtener una declaración escrita que describa los procedimientos para obtener cobertura para dichos hijos.

Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones de 2008

En general, los planes de salud grupales que ofrecen beneficios de salud mental y trastornos por uso de sustancias no pueden establecer límites de días o visitas para los beneficios de salud mental o trastornos por uso de sustancias que sean inferiores a dichos límites de días o visitas para los beneficios médicos. Un plan de salud grupal que no impone límites de días o visitas a los beneficios médicos no puede imponer dichos límites de días o visitas a los beneficios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias ofrecidos en virtud de dicho plan. Además, el plan no puede imponer deducibles, copagos, coseguros y gastos de bolsillo sobre los beneficios de salud mental y trastornos por uso de sustancias que sean más restrictivos que los deducibles, copagos, coseguros y gastos de bolsillo aplicables a otros beneficios médicos.

Si tiene preguntas sobre el uso de los beneficios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias, llame al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación y Servicios para Miembros lo ayudará.

Sus registros médicos y de reclamaciones son confidenciales

El Plan mantendrá su información médica y de reclamaciones confidencial. El Plan puede utilizar, para investigación o educación médica de buena fe, información agregada de registros médicos que no revele su identidad.

El Plan puede divulgar su información médica y de reclamos (incluido el uso de medicamentos recetados) a Anthem, Quantum, Caremark y cualquier médico tratante o farmacia dispensadora.

La ley estatal y federal aplicable requiere que el Plan y los administradores externos del Plan realicen esfuerzos para salvaguardar su información médica.

Solo con fines informativos, tenga en cuenta que hay una declaración que describe las políticas y los procedimientos relativos a la protección, el uso y la divulgación de su información médica disponible en **quantum-health.com/privacy-policy** y que se le puede proporcionar si la solicita comunicándose con Servicios para Miembros.

Las obligaciones que surgen de las leyes estatales y federales, y las políticas y procedimientos relacionados con la privacidad a los que se hace referencia pero no se incluyen en este documento, no forman parte del contrato entre las partes y no dan lugar a obligaciones contractuales.

Información de salud protegida en virtud de la HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 y las normas de privacidad emitidas en virtud de la HIPAA contienen disposiciones diseñadas para proteger la privacidad de cierta información de salud individualmente identificable. El Plan tiene la responsabilidad, según las normas de privacidad de HIPAA, de proporcionarle un Aviso de prácticas de privacidad. Este aviso establece las reglas del estado con respecto a la divulgación de su información y detalles sobre una serie de derechos individuales que usted tiene bajo las regulaciones de privacidad.

Ayuda para leer este documento

Asistencia lingüística

Este aviso tiene información importante sobre su solicitud o beneficios. Busque fechas importantes. Es posible que necesite tomar medidas antes de determinadas fechas para conservar sus beneficios o administrar los costos. Tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma de forma gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su Tarjeta de Identificación para obtener ayuda (TTY/TDD: 711).

Español

Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o sus beneficios. Busque fechas importantes. Podría ser necesario que actúe para ciertas fechas, a fin de mantener sus beneficios o administrar sus costos. Tiene el derecho de obtener esta información y ayuda en su idioma en forma gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación para obtener ayuda. (TTY/TDD: 711)

Albanés

Ky njoftim përmban informacion të rëndësishëm rreth aplikimit ose përfitimeve tuaja. Shihni datat kryesore. Mund t'ju nevojitet të veproni brenda afateve të caktuara për të vazhduar të përfitoni ose për të menaxhuar kostot. Keni të drejtën të merrni falas ndihmë dhe informacion në gjuhën tuaj. Për ndihmë, telefononi numrin e shërbimeve për anëtarët, të shënuar në kartën tuaj ID. (TTY/TDD: 711)

Árabe

قد تحتاج إلى اتخاذ . احرص على تتبع المواعيد المهمة.يحتوي هذا الإشعار على معلومات مهمة حول طلبك أو المزايا المقدمة لك
يحق لك الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك.إجراء قبل مواعيد محددة للاحتفاظ بالمزايا أو لإدارة التكلفة
التعريف الخاصة بك للمساعدة) يُرجى الاتصال برقم خدمات الأعضاء الموجود على بطاقة .مجانًا.(TTY/TDD:711

Chino

本通知有與您的申請或利益相關的重要資訊。請留意重要日期。您可能需要在特定日期前採取行動以維護您的利益或管理費用。您有權使用您的語言免費獲得該資訊和協助。請撥打您的 ID 卡上的成員服務號碼尋求協助。(TTY/TDD: 711)

Francés

Cette notice contient des informations importantes sur votre demande ou votre couverture. Vous y trouverez également des dates à ne pas manquer. Il se peut que vous deviez respecter certains délais pour conserver votre couverture santé ou vos remboursements. Vous avez le droit d'accéder gratuitement à ces informations et à une aide dans votre langue. Pour cela,

veuillez appeler le numéro des Services destinés aux membres qui figure sur votre carte d'identification. (TTY/TDD: 711)

Griego

Αυτή η ειδοποίηση περιέχει σημαντικές πληροφορίες για την εφαρμογή σας ή τις παροχές σας. Αναζητήστε τις σημαντικές ημερομηνίες. Ενδέχεται να χρειαστεί να κάνετε κάποιες ενέργειες μέχρι συγκεκριμένες ημερομηνίες, ώστε να διατηρήσετε τις παροχές σας ή να διαχειριστείτε το κόστος. Έχετε το δικαίωμα να λάβετε αυτές τις πληροφορίες και αυτήν τη βοήθεια στη γλώσσα σας δωρεάν. Καλέστε τον αριθμό του Τμήματος Υπηρεσιών Μέλους (Member Services) που αναγράφεται στην ταυτότητά σας (ID Card) για βοήθεια. (TTY/TDD: 711)

Haitiano

Avi sa a gen enfòmasyon enpòtan sou aplikasyon ou an oswa avantaj ou yo. Veye dat enpòtan yo. Ou ka bezwen pran aksyon avan sèten dat pou kenbe avantaj ou yo oswa jere depans ou yo. Ou gen dwa pou resevwa enfòmasyon sa a ak asistans nan lang ou pou gratis. Rele nimewo Manm Sèvis la ki sou kat idantifikasyon ou a pou jwenn èd. (TTY/TDD: 711)

Hindi

इस सूचना में आपके आवेदन या लाभों के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। महत्वपूर्ण तिथियाँ देखें। अपने लाभ बनाए रखने या लागत का प्रबंध करने के लिए, आपको निश्चित तिथियों तक कार्रवाई करने की ज़रूरत हो सकती है। आपके पास यह जानकारी और मदद अपनी भाषा में मुफ़्त में प्राप्त करने का अधिकार है। मदद के लिए अपने ID कार्ड पर सदस्य सेवाएँ नंबर पर कॉल करें। (TTY/TDD: 711)

Italiano

Il presente avviso contiene informazioni importanti relative alla domanda da lei presentata o ai benefici a lei riservati. Consulti le date importanti riportate. Per continuare a usufruire dei benefici o ricevere assistenza per il pagamento delle spese, potrebbe dover eseguire determinate azioni entro scadenze specifiche. Ha il diritto di ricevere queste informazioni ed eventuale assistenza nella sua lingua senza alcun costo aggiuntivo. Per assistenza, chiami il numero dedicato ai Servizi per i membri riportato sul suo libretto. (TTY/TDD: 711)

Coreano

이 공지사항에는 귀하의 신청서 또는 혜택에 대한 중요한 정보가 있습니다. 중요 날짜를 살펴 보십시오. 혜택을 유지하거나 비용을 관리하기 위해 특정 마감일까지 조치를 취해야 할 수 있습니다. 귀하에게는 무료로 이 정보를 얻고 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 도움을 얻으려면 귀하의 ID 카드에 있는 회원 서비스 번호로 전화하십시오. (TTY/TDD: 711)

Polaco

Niniejsze powiadomienie zawiera istotne informacje dotyczące wniosku lub świadczeń. Zwróć uwagę na ważne daty. Zachowanie świadczeń lub zarządzanie kosztami może wymagać podjęcia dodatkowych działań w konkretnych terminach. Masz prawo do bezpłatnego otrzymania stosownych informacji oraz uzyskania pomocy w swoim języku. W tym celu skontaktuj się z Działem Obsługi Klienta pod numerem telefonu podanym na karcie identyfikacyjnej. (TTY/TDD: 711)

Portugués (Europa)

Este aviso contém informações importantes sobre a sua candidatura ou benefícios. Preste atenção a datas importantes. Poderá ser necessário agir até determinadas datas para manter os seus benefícios ou gerir os custos. Tem o direito de receber gratuitamente estas informações e ajuda no seu idioma. Ligue para o número dos Serviços para Membros indicado no seu cartão de identificação para obter ajuda. (TTY/TDD: 711)

Ruso

Настоящее уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или выплатах. Обратите внимание на контрольные даты. Для сохранения права на получение выплат или помощи с расходами от вас может потребоваться выполнение определенных действий в указанные сроки. Вы имеете право получить данную информацию и помощь на вашем языке бесплатно. Для получения помощи звоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному на вашей идентификационной карте. (TTY/TDD: 711)

Tagalo

May mahalagang impormasyon ang abisong ito tungkol sa inyong aplikasyon o mga benepisyo. Tukuyin ang mahahalagang petsa. Maaaring may kailangan kayong gawin sa ilang partikular na petsa upang mapanatili ang inyong mga benepisyo o mapamahalaan ang mga gastos. May karapatan kayong makuha ang impormasyon at tulong na ito sa ginagamit ninyong wika nang walang bayad. Tumawag sa numero ng Member Services na nasa inyong ID Card para sa tulong. (TTY/TDD: 711)

Vietnamita

Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn đang ký hoặc quyền lợi bảo hiểm của quý vị. Hãy tìm các ngày quan trọng. Quý vị có thể cần phải có hành động trước những ngày nhất định để duy trì quyền lợi bảo hiểm hoặc quản lý chi phí của mình. Quý vị có quyền nhận miễn phí thông tin này và sự trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị. Hãy gọi cho Dịch Vụ Thành Viên trên thẻ ID của quý vị để được giúp đỡ. (TTY/TDD: 711)

Asistencia visual

Además de la asistencia lingüística, hay documentos disponibles en formatos alternativos para los miembros con discapacidades visuales. Si tiene una discapacidad visual y desea un documento en un formato alternativo, llame al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación y Servicios para Miembros lo ayudará.

Es importante que lo tratemos de manera justa.

Seguimos las leyes federales de derechos civiles en nuestros programas y actividades de salud. Al llamar al número de teléfono que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación, los miembros pueden obtener asistencia gratuita en su idioma y ayudas y servicios gratuitos si tiene una discapacidad. No discriminamos, excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, ofrecemos servicios gratuitos de asistencia lingüística a través de intérpretes y otros idiomas escritos. ¿Interesado en estos servicios? Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación para obtener ayuda (TTY/TDD: 711). Si cree que Anthem falló en alguna de estas áreas, envíe una queja por correo a: Anthem Compliance Coordinator, PO Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279, o directamente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles en 200 Independence Avenue, SW; Sala 509F, Edificio HHH; Washington, DC 20201. También puede llamar al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o visitar **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**.

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Health Plans, Inc. Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.® ANTHEM es una marca registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

Quantum Health, Inc. es una reconocida empresa de coordinación de atención médica y navegación del consumidor comprometida a brindar un excelente servicio y apoyo a sus miembros.