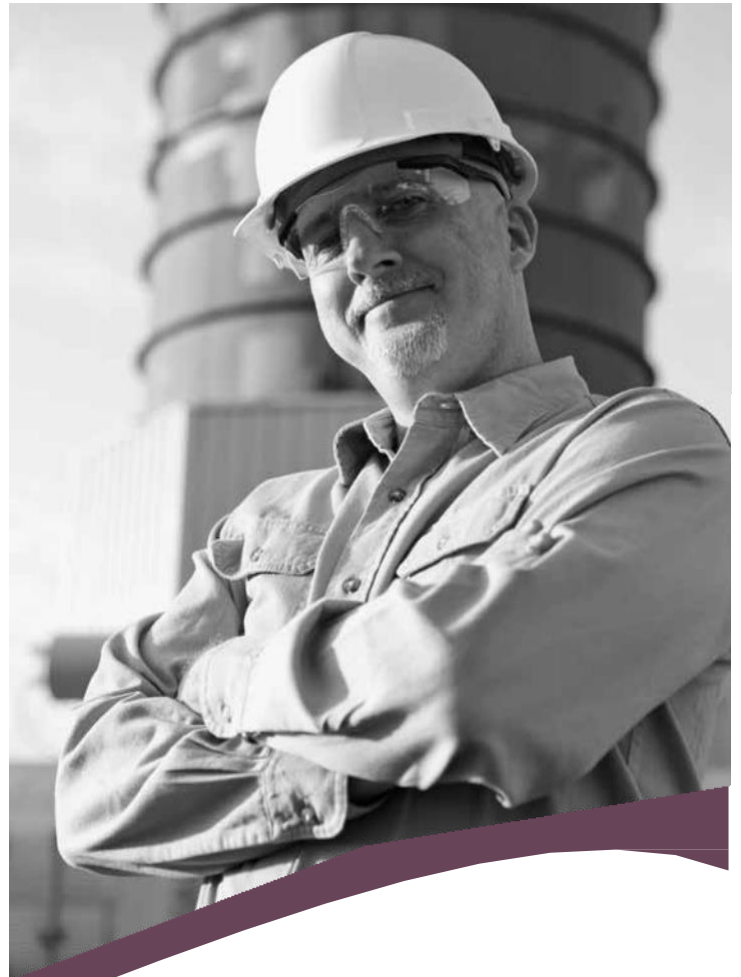




Manual para miembros 2019



Para empleados del
gobierno local, de
educación y del estado



HIOS Plan ID – 85408OK0100002

MLGMH19 – ST – S

GlobalHealth, Inc.
210 Park Avenue, Suite 2800
Oklahoma City, OK 73102-5621
1-877-280-5600
www.GlobalHealth.com/state

BIENVENIDO A GLOBALHEALTH

Gracias por elegir GlobalHealth. Valoramos tenerlo como miembro y queremos confiar en todo lo que hacemos.

Como el plan de salud de su elección, queremos:

1. Ayudarlo a **obtener resultados de atención médica positivos.** Si es necesario, nuestro equipo de administración de la atención puede trabajar en conjunto con usted y su médico para crear un plan que aborde sus necesidades de salud específicas.
2. Ayudarlo a **aprovechar al máximo sus beneficios,** como la atención preventiva.
3. **Lograr y mantener su satisfacción.**

Si tiene preguntas, comuníquese con nuestro amable equipo local de Servicio al cliente llamando al 1-800-280-5600 o visite www.GlobalHealth.com/state para obtener más información acerca de su plan.

Nos complace que sea parte de la familia de GlobalHealth y le deseamos una buena salud.

Atentamente.
R. Scott Vaughn, CPA
Presidente y CEO



CERTIFICADO DE COBERTURA

Este Certificado de cobertura se emite de acuerdo con las condiciones de su plan de salud colectivo.

El grupo de su empleador contrató a GlobalHealth, Inc. para proporcionar los beneficios descritos. GlobalHealth, Inc., con la adjudicación de un contrato, certifica que todas las personas que:

- están inscritas en virtud de este certificado;
- pagaron la cobertura; y
- cumplen con las condiciones establecidas en la sección “Elegibilidad e inscripción”

están cubiertas por este certificado.

De acuerdo con las condiciones de este *Manual para miembros*, se pueden agregar empleados adicionales o dependientes al grupo.

En ausencia de fraude, todas las declaraciones que usted o el empleador realicen se considerarán como tales y no como garantías.

A partir de su fecha de entrada en vigor, acordamos proporcionarle los beneficios descritos. Puede encontrar la fecha de entrada en vigor en su tarjeta de identificación de miembro.

Se pueden añadir enmiendas a este Certificado de cobertura debido a cambios en la legislación, en su cobertura o en las necesidades específicas de su grupo. Toda disposición que entre en conflicto con la ley se modifica de forma automática para que cumpla con los requisitos mínimos de la ley en la fecha de entrada en vigor de esta cobertura o de la ley, la que sea posterior. Ninguna persona o entidad tiene la autoridad para anular ninguna de las disposiciones ni hacer modificaciones o enmiendas, a menos que cuente con la aprobación por escrito de un funcionario de GlobalHealth. Cualquier enmienda se debe adjuntar a este Certificado de cobertura.

Usted está sujeto a todos los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones, así como a todas las reglas y regulaciones del plan. El pago de las primas por su parte o en su nombre significa que acepta las disposiciones de este Certificado de cobertura.

Este certificado reemplaza todos los certificados previos que se le hayan entregado.

ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora realice algún reclamo por los beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito.

LEA ESTE DOCUMENTO ATENTAMENTE. Es importante que usted sepa cuáles son sus beneficios. Ninguna declaración verbal podrá agregar o eliminar beneficios, limitaciones o exclusiones de este plan.

NÚMEROS ÚTILES

Emisor del plan:

GlobalHealth, Inc.
PO Box 2393
Oklahoma City, OK 73101-2393
www.GlobalHealth.com/state

Servicio al cliente y Servicios lingüísticos de GlobalHealth:

StateAnswers@globalhealth.com
405.280.5600
1.877.280.5600 (línea gratuita)
711 (TTY)
Lunes a viernes, de 9 a. m.
a 5 p. m.

Apelaciones y quejas:

Servicio al cliente
405.280.5600
405.280.5294 (fax)
1.877.280.5600 (línea gratuita)
711 (TTY)
Lunes a viernes, de 9 a. m.
a 5 p. m.
appeals@globalhealth.com

Envíe por correo a:
GlobalHealth, Appeals and
Grievances
PO Box 2393
Oklahoma City, OK 73101-2393

Línea de ayuda de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana:

Línea de información
1.877.280.5600 (línea gratuita)

Línea directa de cumplimiento de GlobalHealth con grabación de llamada, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana:

405.280.5852
1.877.280.5852 (línea gratuita)
compliance@globalhealth.com
privacy@globalhealth.com

Salud conductual, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana:

Beacon Health Options
1.888.434.9204
1.866.835.2755 (TTY)

Envíe los reclamos por correo a:
Beacon Health Options
Claims Processing Center
PO Box 1850
Hicksville, NY 11802-1850

Administrador de beneficios de farmacia:

Magellan Rx Management, LLC
Servicio al cliente
1.800.424.1789 (línea gratuita)
711 (TTY)

Autorizaciones previas para
medicamentos:
gh.pharmacy@globalhealth.com
918.878.7361

Envíe los reclamos por correo a:
Magellan Health Services
Attn: Claims Department
11013 W Broad St, Ste #500
Glen Allen, VA 23060

Farmacia de pedidos por correo:

Magellan Rx Management, LLC
1.800.424.1789 (línea gratuita)
711 (TTY)
P.O. Box 620968
Orlando, FL 32862

Cuando llame, tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro.

Regístrese en el portal para miembros MyGlobal™ en www.GlobalHealth.com para acceder
a información personalizada sobre el seguro de salud.

Los números de TTY requieren un equipo de teléfono especial y están destinados únicamente a las
personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

ÍNDICE

BIENVENIDO A GLOBALHEALTH.....	2
CERTIFICADO DE COBERTURA	3
NÚMEROS ÚTILES	4
ÍNDICE	5
INTRODUCCIÓN	11
Información importante	11
Materiales para miembros.....	11
Accesibilidad y servicios de traducción	12
Cómo obtener atención	13
Tarjetas de identificación de miembros.....	15
Cómo obtener ayuda	16
Pasos para mejorar la calidad y seguridad de la atención médica	17
RED DE PROVEEDORES	18
Cambios de red.....	18
Directorio de proveedores	19
Proveedores de servicios médicos	20
Redes de farmacias	20
Búsqueda en línea: www.GlobalHealth.com	22
PCP.....	23
Elección de un PCP	23
Conocerse.....	23
Programación de citas de rutina	24
Cuando necesite atención inmediata	24
Consultas	24
Cambios de PCP.....	24
Servicios de autoderivación	25
Atención especializada.....	26
Médicos que dejan de ser parte de la red	27
Atención de urgencia	27
Atención de emergencia.....	28
Acceso	29
Atención hospitalaria.....	29
Cuidado de la salud en el hogar	29
Expedientes médicos	30
Credenciales del médico	30

Verifique a los proveedores de salud conductual	30
Verifique la información sobre los médicos	31
ADMINISTRACIÓN DE LA UTILIZACIÓN	33
UM de atención médica y salud conductual	33
Autorización previa de servicios.....	33
Revisión concurrente.....	35
Planificación para el alta.....	36
Revisión posterior al servicio.....	36
Solicitud de revisión	36
UM de medicamentos recetados.....	36
Solicitudes de excepción.....	37
Política para garantizar la utilización adecuada.....	38
Procedimiento de evaluación de la tecnología.....	39
BENEFICIOS.....	40
Parte del costo que le corresponde.....	40
Tablas de beneficios.....	40
Copagos y coseguros.....	40
Deducible	41
MOOP	41
Seguimiento de gastos	41
Requisitos de cobertura.....	42
Beneficios de salud conductual.....	42
Servicios cubiertos	42
Tabla de beneficios de salud conductual	43
Recursos para llevar una vida saludable.....	54
Beneficios médicos	54
Servicios cubiertos	54
Tabla de beneficios médicos.....	55
Beneficios de medicamentos recetados	116
Servicios cubiertos	116
Tabla de beneficios de medicamentos recetados.....	117
Limitaciones de los medicamentos recetados:.....	118
Servicios excluidos (no cubiertos) de medicamentos recetados:	118
Lista de medicamentos cubiertos	119
LEY ACA.....	120
Usos no autorizados.....	121

Recetas médicas recibidas en una ER o en un centro de atención de urgencia	122
Opioides: abuso de medicamentos recetados y consumo de heroína	122
Beneficios de atención preventiva	123
Servicios cubiertos	123
Tabla de beneficios de atención preventiva	124
Limitaciones de la atención preventiva:	130
Servicios excluidos (no cubiertos) de atención preventiva:	130
Cómo recibir servicios	130
Atención de seguimiento	131
Beneficios de la vista.....	131
Servicios cubiertos	131
Tabla de beneficios de la vista	132
Servicios excluidos y limitaciones	135
Limitaciones	135
Servicios excluidos	139
ELEGIBILIDAD E inscripción	144
Elegibilidad	144
Cónyuges.....	144
Hijos	144
Dependientes discapacitados.....	144
Dependientes de dependientes.....	145
Área de servicio	145
Dependientes que viven fuera del área	145
Periodos de inscripción	145
Periodo de inscripción abierta	145
Cuándo se inicia la cobertura	147
Continuación o transición del cuidado.....	148
Transición del cuidado médico y de salud conductual.....	149
Transición del cuidado: medicamentos recetados	149
Salud conductual y continuación médica del cuidado.....	150
Cambios en la inscripción	150
Cambios en su plan de GlobalHealth	151
Terminaciones de cobertura.....	151
Continuación de la cobertura.....	153
Privilegio de conversión	153
Si usted está hospitalizado cuando la cobertura termina.....	154

Insolvencia	154
RECLAMOS Y PAGOS	155
Responsabilidad de pago	155
Facturación de saldos por un proveedor fuera de la red	155
Si recibe una factura.....	156
Salud conductual	156
Servicios médicos	156
Medicamentos recetados	157
Cuando está cubierto por más de un plan	157
COB de salud conductual y cobertura médica.....	158
COB de cobertura para medicamentos recetados	159
Su plan de GlobalHealth y Medicare	159
Responsabilidad de terceros	159
Compensación para los trabajadores	159
Responsabilidad de terceros.....	159
Notifique a GlobalHealth	160
Si su reclamo es denegado	160
Recuperación del pago de reclamos	160
APELACIONES Y QUEJAS	161
Reclamos y quejas.....	161
Apelaciones de salud conductual	161
Apelaciones médicas	161
Revisión completa y justa	162
Proceso inicial de apelaciones	163
Apelación acelerada	163
Revisión externa	164
Revisión externa acelerada.....	164
Avisos.....	165
Designación de un representante autorizado	165
Apelaciones de medicamentos recetados	165
Preguntas sobre apelaciones	165
PROGRAMAS ESPECIALES.....	166
Administración de la atención	166
Programa de Administración de Terapia con Medicamentos	166
Programa Nacional de Prevención de la Diabetes	167
Programa de Apoyo Prenatal	167
Ayuda proactiva	168

Cómo inscribirse	168
Programa de Mejoramiento de la Calidad (QIP)	169
Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (NCQA).....	169
Apoyo para llevar una vida saludable.....	173
Línea de ayuda de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.....	173
GlobalHealth.com	173
Lineamientos sobre la práctica clínica	174
Tratamiento para dejar el tabaco.....	175
DIVULGACIONES Y AVISOS LEGALES	178
Instrucciones anticipadas	178
¿Quién puede tener una instrucción anticipada?	178
Información útil.....	178
Derechos de continuación de la cobertura en virtud de la ley COBRA	178
Avisos de divulgación de cobertura acreditable	182
Aviso de divulgación de cobertura acreditable para los miembros elegibles de Medicare	182
Derechos de la ley ERISA	184
Fraude y abuso	185
Denuncias de fraude y abuso	186
Renovabilidad garantizada	186
Aviso sobre Medicaid y CHIP	186
Derechos y responsabilidades de los miembros	188
Sus derechos	188
Sus responsabilidades	188
LEY MHPAEA.....	189
Cobertura esencial mínima y estándar de valor mínimo.....	190
Cobertura esencial mínima	190
Estándar de valor mínimo	190
Aviso de no discriminación	190
Procedimiento de quejas de la sección 1557 de la ley ACA.....	191
Aviso sobre la protección proporcionada por la Asociación de Garantía de Seguros de Salud y Vida de Oklahoma	192
PII	193
Aviso sobre la Gramm-Leach-Bliley Act, GLBA (ley Gramm-Leach-Bliley)	194
PHI.....	196
Aviso de prácticas de privacidad (“NPP”).....	197
Divulgación de PHI a patrocinadores del plan	201

Derechos en virtud de la Newborns' and Mothers' Health Protection Act (Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos)	202
Subrogación, recuperación y reembolso de terceros	202
Ley de Derechos de Salud y el Cáncer de la Mujer	209
Preguntas frecuentes	211
ACRÓNIMOS	215
GLOSARIO	217

INTRODUCCIÓN

Información importante

GlobalHealth, Inc. (“GlobalHealth”) es una HMO (organización para el mantenimiento de la salud). Las HMO enfatizan la atención preventiva y los tratamientos para enfermedades y lesiones. Le proporcionamos una amplia gama de servicios para satisfacer sus necesidades de atención médica.

Materiales para miembros

Este *Manual para miembros* le corresponde si está inscrito en el Plan para empleados del gobierno local, de educación y del estado.

El Manual para miembros completo consta de tres cuadernillos. Cada uno tiene un propósito diferente.

Estos son documentos legales importantes. Guárdelos en un lugar seguro.

Cuadernillo	Propósito
<i>Manual para miembros para empleados del gobierno local, de educación y del estado (“Manual para miembros”)</i>	- Le explica sus beneficios. - Qué beneficios están cubiertos y cuánto debe pagar. - De qué manera están cubiertos (incluidas las limitaciones y las exclusiones). - Cómo usarlos.
<i>Directorio de médicos y proveedores de salud (“Directorio de proveedores”)</i>	- Enumera nuestra <u>red</u> de médicos, <u>centros</u> y farmacias. - Le indica si un <u>centro</u> es preferido o no para cada tipo de servicio.
<i>Lista de medicamentos cubiertos para empleados del gobierno local, de educación y del estado (“Lista de medicamentos” o “<u>Lista de medicamentos cubiertos</u>”)</i>	- Enumera los medicamentos que cubrimos. - Le indica en qué <u>nivel</u> se encuentra un medicamento. - Le indica si hay reglas para obtener un medicamento.

Cómo usar el *Manual para miembros*:

Para aprovechar al máximo sus beneficios, es importante que comprenda cómo funcionan. Lea los cuadernillos detenidamente. Muchas las secciones están interrelacionadas. Leer solo algunas secciones puede confundirlo. Si no respeta las reglas, podría tener que pagar por cuidados que normalmente cubriríamos. Comprender los términos y las condiciones es su responsabilidad.

- Los términos “nosotros” o “nuestro” que aparecen en estos cuadernillos se refieren a GlobalHealth, Inc.
- El significado de las palabras o de las frases subrayadas aparece en el glosario.
- En la lista de acrónimos, aparece el significado de las abreviaturas.
- Los hipervínculos llevan al glosario, a la lista de acrónimos, a una sección específica de este *Manual para miembros*, a otro documento, al sitio web o a una dirección de correo electrónico.

A menos que le indiquemos específicamente lo contrario:

- “Horas” se refiere a horas reloj.
- “Días” se refiere a días calendario.
- “Meses” se refiere a meses calendario consecutivos. Contamos los meses a partir de la última vez que recibió un servicio, no de la fecha del mes.
- “Año” se refiere a un año calendario.

Puede consultar estos cuadernillos en línea e imprimirlos. Necesitará su número de identificación de grupo para poder consultar los materiales de su plan. Está en su tarjeta de identificación de miembro.

La *Lista de medicamentos cubiertos* y el *Directorio de proveedores* se actualizan ocasionalmente. Puede encontrar los cuadernillos más recientes en línea en www.GlobalHealth.com. Las copias impresas están actualizadas a la fecha que se indica en la parte inferior de la primera página.

Consulte a su empleador sobre los documentos de otros beneficios que pueda tener.

Formularios, herramientas y recursos:

Además de los cuadernillos del Manual para miembros, nuestro sitio cuenta con formularios y herramientas para ayudarlo. Comuníquese con nosotros si desea obtener una copia impresa gratuita de cualquiera de los materiales.

- Declaración jurada de matrimonio de hecho
- Formulario de inscripción de administración de casos
- Solicitud de tarjeta de identificación de miembro
- Derechos y responsabilidades de los miembros
- Aviso de prácticas de privacidad
- Formulario de solicitud de selección o cambio de médico de atención primaria (PCP)
- Información sobre el Programa de Mejoramiento de la Calidad (QIP)
- Herramientas de autocontrol
- *Resumen de beneficios y cobertura*
- Formularios de transición del cuidado
- Información sobre bienestar

Accesibilidad y servicios de traducción

Le proporcionamos, de forma gratuita y en un lenguaje sencillo, la información que necesita para obtener cobertura o utilizar servicios.

La discriminación es ilegal

Cumplimos con todas las leyes de derecho civil y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. No excluimos a ninguna persona ni la tratamos de forma diferente. Consulte toda la información sobre confidencialidad en la página 190.

Necesidad	Servicio
Discapacidades	• Proporcionamos asistencia y servicios gratuitos si los necesita para comunicarse de manera efectiva con nosotros. • Los materiales de nuestro sitio web son accesibles para personas con discapacidades visuales. Proporcionamos información escrita en otros formatos.

Necesidad	Servicio
	Los <u>miembros</u> con discapacidades auditivas pueden usar el número de TTY. Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Conocimientos limitados de inglés	- Ofrecemos más de 150 idiomas a través de intérpretes médicos. - Puede solicitar materiales y formularios en otros idiomas.

Si considera que no le proporcionamos estos servicios o que lo discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja.

Método de contacto	Información de contacto
Correo	GlobalHealth, Inc. ATTN: Director, Compliance and Legal Services 210 Park Ave, Ste 2800 Oklahoma City, OK 73102-5621
Línea gratuita	1-877-280-5852
Fax	(405) 280-5894
Correo electrónico	compliance@globalhealth.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, comuníquese con nosotros. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos) electrónicamente a través del portal de quejas de derechos civiles que se encuentra disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o puede comunicarse por correo postal o por teléfono:

Método de contacto	Información de contacto
Por teléfono	1-800-368-1019 (línea gratuita) 800-537-7697 (TDD)
Correo	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index/html>.

Para obtener más información, consulte el “Procedimiento de quejas conforme a la sección 1557 de la Affordable Care Act, ACA (Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio)” en la página 191.

Para obtener ayuda con otros tipos de reclamos y quejas, consulte la sección “Apelaciones y quejas” en la página 161.

Cómo obtener atención

A continuación, le presentamos una breve descripción sobre cómo utilizar sus beneficios de GlobalHealth.

Acción	Lo que debe hacer
<u>Elección de un PCP</u>	Consulte la sección “<u>Red de proveedores</u>” que comienza en la página 19 para obtener más información. • Cada miembro de la familia puede elegir un <u>PCP</u> diferente. • Puede elegir un pediatra para su hijo (hasta los 18 años de edad). • Puede cambiar su <u>PCP</u> en cualquier momento del año. El cambio de su <u>PCP</u> será efectivo el mismo día. Si necesita ver a su <u>PCP</u> antes de recibir su nueva tarjeta de identificación de <u>miembro</u>, comuníquese con nosotros.
<u>Consultar a su PCP</u>	Para recibir atención médica, consulte primero a su <u>PCP</u>. • Su <u>PCP</u> coordinará y administrará su atención médica. • Pregunte qué <u>servicios preventivos</u> son adecuados para usted. • Para recibir <u>atención de urgencia</u> el mismo día, llame al consultorio de su <u>PCP</u> para obtener instrucciones médicas. • Fuera de los horarios de atención, puede dirigirse sin derivación a un centro de <u>atención de urgencia</u>. • En caso de emergencia, diríjase a la sala de emergencias (<u>ER</u>) del <u>hospital</u> más cercano o llame al 911.
<u>Consultar a un especialista</u>	Para consultar a un <u>ESPECIALISTA</u>, necesita una <u>derivación</u>. • Si necesita atención <u>especializada</u>, su <u>PCP</u> nos enviará una <u>derivación</u>. • Se requiere nuestra autorización previa (<u>PA</u>), que es válida por un periodo de 90 días. • Una vez aprobado, le enviaremos una carta por correo. • Programe una cita con el <u>especialista</u> de acuerdo con las indicaciones de la carta. • El <u>especialista</u> puede presentar <u>derivaciones</u> adicionales para procedimientos y atención de seguimiento relacionados con la consulta inicial. Asegúrese de volver a consultar a su <u>PCP</u> para todos los demás cuidados. • En la mayoría de los casos, tendrá que volver a consultar a su <u>PCP</u> 90 días después para hacer un seguimiento. • Las consultas con <u>especialistas</u> en salud conductual no requieren una <u>derivación</u>. Consulte la sección “<u>Beneficios de salud conductual</u>” en la página 42 para ver los requisitos de <u>PA</u>.
<u>Ir al hospital</u>	Para ir al <u>HOSPITAL</u>, necesita una <u>derivación</u>. • Se requieren una <u>derivación</u> y una <u>PA</u> para las estancias programadas. ○ Una vez aprobado, le enviaremos una carta de autorización. ○ Solo puede ir al <u>hospital</u> que se indique en la carta. • No necesita una <u>PA</u> para las estancias relacionadas con partos o <u>ER</u>.
<u>Autoderivarse</u>	Puede AUTODERIVARSE para recibir los siguientes cuidados (sin necesidad de una <u>derivación</u> o de una <u>PA</u>): • <u>Atención de urgencia</u> fuera del área o del horario de atención • Atención médica conductual • <u>Administración de casos</u> • Atención quiropráctica • Atención de emergencia • Anteojos o lentes de contacto • Evaluaciones de fisioterapia

Acción	Lo que debe hacer
	- Exámenes de la vista de rutina - Mamografías de rutina - Servicios del ámbito profesional de un obstetra o ginecólogo (<u>OB/GYN</u>)
Ir a la farmacia	Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> en www.GlobalHealth.com para obtener información sobre la cobertura de medicamentos específicos y los requisitos de la <u>PA</u>. Asegúrese de consultar la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> correspondiente de su <u>plan</u>. - En el sitio web de GlobalHealth, consulte también el <i>Directorio de proveedores</i> para encontrar una farmacia que esté <u>dentro de la red</u>. - Si tiene preguntas, puede comunicarse con Magellan Rx Management, LLC (“Magellan Rx Management”) llamando al 1-800-424-1789 (línea gratuita).
Obtener atención de urgencia o ir a una ER	Su <u>PCP</u> siempre es su primer contacto para recibir indicaciones cuando comienza a sentirse mal. \$0 de <u>copago</u>. - La <u>atención de urgencia</u> es la atención de una enfermedad, lesión o afección grave que requiere cuidados inmediatos, que no puede recibir oportunamente de su <u>PCP</u>, pero que no es tan grave como para acudir a una <u>ER</u>. \$25 de <u>copago</u> por visita. - En la <u>ER</u>, se atienden síntomas repentinos que pueden poner en riesgo la vida y provocar alteraciones graves de las funciones corporales y cognitivas. \$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

En general, los servicios para pacientes hospitalizados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios requieren una autorización previa. No necesita obtener una PA para los servicios de emergencia, las estancias relacionadas con partos o los servicios de autoderivación. Si recibe atención sin nuestra autorización, tendrá que pagarla por su cuenta. Para recibir servicios que no sean de emergencia, debe acudir a proveedores de la red. Puede acudir a cualquier ER, pero el proveedor podría enviarle una factura si se atiende en una ER que no se encuentra dentro de la red. Consulte la sección “Facturación de saldos por un proveedor fuera de la red” en la página 155.

Tarjetas de identificación de miembros

Le enviaremos una tarjeta de identificación de miembro al iniciar el año del plan. Su tarjeta de GlobalHealth es la llave para todos sus beneficios médicos, de salud conductual y de medicamentos recetados. Llévela con usted en todo momento.

Cuando programe una cita con su PCP, asegúrese de identificarse como miembro de GlobalHealth. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba atención médica. Esta contiene información valiosa sobre sus beneficios.

Tenga en cuenta:

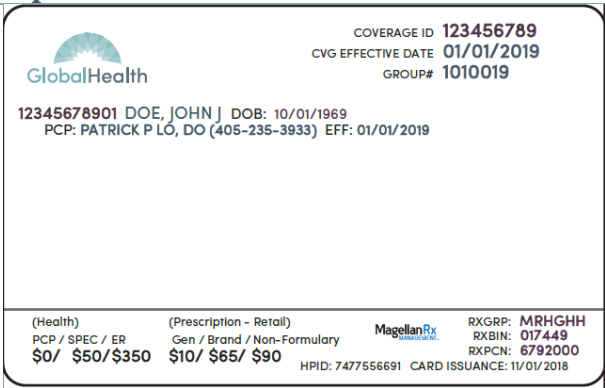
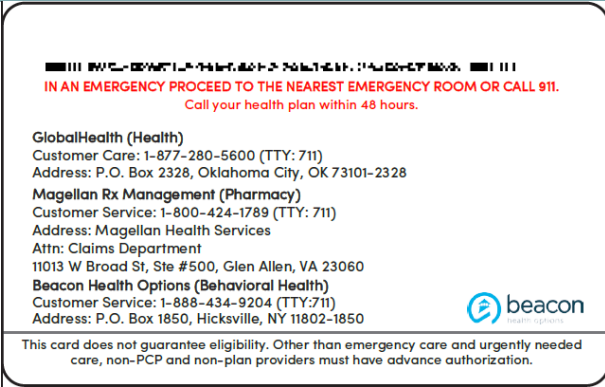
- Los servicios son para su beneficio personal. Nunca preste su tarjeta a otras personas. No puede compartir sus beneficios.
- Proteja su tarjeta. Si la pierde o se la roban, infórmenos de inmediato. Le enviaremos una tarjeta nueva sin cargo. También puede solicitar o volver a pedir tarjetas en MyGlobal™ en www.GlobalHealth.com. Las tarjetas nuevas o adicionales se reciben en un plazo de dos

semanas a partir de la recepción de la solicitud.

- Su tarjeta de identificación de miembro es válida solo mientras está inscrito en el Plan. Tener una tarjeta no garantiza la obtención de beneficios.

Revise su tarjeta de identificación de miembro para asegurarse de que toda la información sea correcta, incluso el nombre de su PCP. Contáctenos:

- Si la información no es correcta.
- Si necesita pedir una tarjeta nueva.
- Si tiene preguntas sobre su tarjeta.

Información	Ejemplo
Frente de la tarjeta: 1. Número de identificación de cobertura 2. Número de identificación de grupo 3. Número de identificación de <u>miembro</u> 4. El <u>PCP</u> seleccionado 5. Número de teléfono del <u>PCP</u> 6. Fecha de entrada en vigor de los servicios del <u>PCP</u> 7. Código de la relación con el <u>suscriptor</u> 8. Información de <u>copagos</u> y beneficios	
Reverso de la tarjeta: 1. Qué hacer en caso de una emergencia que pone en riesgo la vida 2. Información sobre la <u>atención de urgencia</u> y de rutina 3. *Cómo comunicarse con nosotros, incluido el número de teléfono, los horarios de atención y la dirección de <u>reclamos</u> *La información de contacto de su tarjeta puede ser distinta.	

Cómo obtener ayuda

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio al cliente. Nuestro equipo de representantes puede responder preguntas como las siguientes:

- ¿Cómo puedo obtener copias impresas gratuitas de materiales o formularios?
- ¿Cuáles son mis beneficios y cómo funcionan? ¿Cuánto tengo que pagar? ¿Necesito una derivación?
- ¿A qué médicos y hospitales puedo recurrir?
- ¿Cómo puedo presentar una queja o una apelación?
- ¿Por qué recibí una carta o una factura por correo? ¿Qué significa esto?
- ¿Cómo puedo inscribirme en uno de los “programas especiales”?
- ¿Cómo puedo acceder a MyGlobal™?
- ¿Cómo puedo cambiar mi PCP?
- ¿Cuál es el estado de mi derivación?
- ¿Cuál es el estado de mi reclamo?

- Recuerde que el procesamiento de derivaciones o reclamos suele tomar un tiempo. Consulte las secciones “Administración de la utilización” en la página 33 y “Reclamos y pagos” en la página 155.

Si llama fuera del horario de atención, lo llamaremos de vuelta el próximo día hábil.

En este cuadernillo, le informamos si debe ponerse en contacto con otra persona. Por ejemplo, si tiene preguntas relacionadas con pedidos por correo de medicamentos recetados, debe llamar a Magellan Rx Management.

Pasos para mejorar la calidad y seguridad de la atención médica

Paso	Lo que debe hacer
1	Si es nuevo en GlobalHealth, visite a su <u>PCP</u> a principios de año para conocerse. Solicite que se envíe su expediente médico a su nuevo <u>PCP</u> .
2	Visite a su <u>PCP</u> al menos una vez al año. Consulte la sección “ <u>Examen de rutina: adultos</u> ” en la página 107. Reciba servicios de <u>atención preventiva</u> . Consulte la sección “ <u>Beneficios de atención preventiva</u> ” en la página 123.
3	Anote sus preguntas antes de su cita con el médico.
4	Haga preguntas si tiene alguna duda o inquietud sobre su tratamiento.
5	Haga una lista de todos los medicamentos que toma y llévela a cada cita. Incluya cualquier medicamento de venta libre (<u>OTC</u>) y suplemento. Su <u>PCP</u> analizará las interacciones de los medicamentos. Haga preguntas acerca de los medicamentos recetados nuevos: cómo y cuándo tomarlos, si tienen efectos secundarios y si hay algo que deba evitar al tomarlos.
6	Obtenga los resultados de cualquier prueba o procedimiento. Pregunte qué significan los resultados.
7	Asegúrese de entender lo que sucederá si necesita una cirugía.
8	Hable con su médico sobre todas las opciones de tratamiento. Consulte sobre la opción que el médico le recomienda y por qué la recomienda. Asegúrese de entender lo que sucederá si elige no tratar las afecciones médicas.
9	Asegúrese de que su <u>PCP</u> obtenga copias de los registros de cualquier otro médico o <u>centro</u> donde se atienda.

RED DEPROVEEDORES

Casi siempre debe usar los proveedores de la red. Contamos con una extensa red de PCP, especialistas y centros para atenderlo. Los proveedores siguen prácticas médicas generalmente aceptadas al indicar cualquier plan de tratamiento.

<u>Tipo de proveedor</u>	<u>Ejemplos</u>
Agencias	• Cuidado de la salud en el hogar • Servicios de cuidados paliativos
<u>Centros</u>	• <u>Hospital</u> • Centro de diagnóstico por imágenes • Laboratorio • <u>Centro ambulatorio</u> • Farmacia • <u>Centro de enfermería especializada</u> • <u>Centro de atención de urgencia</u>
<u>Médicos y profesionales sanitarios</u>	• Proveedor de salud conductual (<u>BHP</u>) • Asesor de lactancia • Grupo médico • <u>PCP</u> • <u>Especialista</u> • Otro profesional de atención médica ○ (como un asistente médico, un enfermero practicante, etc.)
Proveedores	• Proveedor de equipos médicos duraderos (<u>DME</u>) • <u>Proveedores</u> de lentes

Puede elegir cualquier proveedor de la red que se desempeñe dentro del ámbito de su licencia y acepte pacientes.

Los proveedores de la red no son empleados, agentes ni representantes legales de otro tipo de GlobalHealth. Esto quiere decir, entre otras cosas, que no existe una relación de empleador/empleado, o viceversa, entre GlobalHealth y sus proveedores de la red.

Puede atenderse con proveedores fuera de nuestra red en situaciones muy limitadas.

Aviso: si bien es posible que reciba o haya recibido servicios de atención médica en un centro miembro de la red de proveedores de su plan de beneficios de salud, también es posible que reciba o haya recibido servicios profesionales a través del centro por parte de médicos u otros proveedores de atención médica que no son parte de esa red. Es posible que tenga que pagar la totalidad o parte de las tarifas de los servicios profesionales que no paga o cubre su plan de beneficios de salud.

Consulte la sección “Facturación de saldos por un proveedor fuera de la red” en la página 155.

Cambios de red

Debe unirse a una HMO porque prefiere los beneficios del plan, no porque tenga disponible un médico en particular.

- No podemos garantizar la continuación de la contratación de ningún médico, hospital u otro proveedor.
- No podemos garantizar la continuación de la contratación de ninguna farmacia por parte de nuestro administrador de beneficios de farmacia, Magellan Rx Management.
- El estado de preferencia de los centros puede cambiar a lo largo del año.
- No puede cambiar de plan a mitad de año debido a que un proveedor deja de ser parte de la red o deja de ser preferido.

Para obtener más información, consulte la sección “Médicos que dejan de ser parte de la red” en la página 27.

Directorio de proveedores

Enumeramos los médicos, los centros, las farmacias, y los proveedores de la red en el *Directorio de proveedores*. Este directorio indica qué médicos aceptan pacientes nuevos. Comuníquese con nuestro Servicio al cliente si observa un error en el *Directorio de proveedores* o si desea obtener una copia impresa de forma gratuita. Consulte la sección “Números útiles” en la página 4.

Actualizamos nuestra lista en línea de proveedores médicos, al menos una vez por semana. Las listas en línea de farmacias y servicios de salud conductual se actualizan una vez al mes.

Busque médicos por nombre y apellido, condado y código postal. Puede restringir la búsqueda por red, especialidad, afiliación clínica o idiomas. Haga clic en el nombre del médico para ver información, como la siguiente:

- | | |
|--|---|
| • <u>Aceptación de pacientes nuevos</u> | • Ubicación del consultorio |
| • <u>Certificado de especialidad</u> | • <u>Afiliación a grupo médico</u> (si corresponde) |
| • Sexo | • <u>Especialidad</u> |
| • <u>Afiliación a hospitales</u> | • Números de teléfono |
| • <u>Idiomas que habla el médico o el personal clínico</u> | |

Si se lo deriva a un proveedor fuera de la red, comuníquese con nosotros para que lo ayudemos a encontrar un proveedor dentro de la red.

Tiene el derecho de solicitar un proveedor fuera de la red. Sin embargo, no autorizamos proveedores fuera de la red si hay un proveedor dentro de la red disponible.

BHP

La red comprende:

- | | |
|--|---|
| • <u>Administrador de casos de salud conductual (BHCM)</u> | • <u>Asesor profesional autorizado (LPC)</u> |
| • <u>Hospital, hospital psiquiátrico</u> | • <u>Especialista en enfermería clínica psiquiátrica</u> |
| • <u>Asesor en alcohol y drogas autorizado (LADC)</u> | • <u>Psiquiatra, especialista en niños, adolescentes, adultos, pacientes geriátricos y medicina de adicciones</u> |
| • <u>Profesional de salud conductual autorizado (LBP)</u> | • <u>Psicólogo</u> |
| • <u>Psicólogo clínico autorizado</u> | • <u>Centro de tratamiento residencial (RTC)</u> |
| • <u>Trabajador social clínico autorizado</u> | |

- (LCSW)
- Terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT)

- Otros centros y profesionales de atención de la salud mental, según lo permita la ley estatal.

Si tiene preguntas acerca de los BHP de la red, comuníquese con Beacon Health Options.

Proveedores de servicios médicos

Nuestra lista en línea de proveedores médicos comprende médicos como PCP y muchos tipos de especialistas. Los tipos de especialistas comprenden:

- Oncólogos que atienden a pacientes con cáncer
- Cardiólogos que atienden a pacientes con afecciones del corazón
- Traumatólogos que atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares

Puede realizar búsquedas por tipo de centro.

- Algunos tipos de centros le indican si deberá pagar un costo compartido de centro preferido o de centro no preferido. Los dos tipos de centros se encuentran dentro de la red, pero usted paga un costo compartido distinto en cada uno de ellos. Pueden estar dentro del hospital o no. Asegúrese de verificar el estado de preferencia para el tipo de servicio que recibirá. Un mismo centro puede ofrecer costos compartidos como preferidos para algunos servicios, pero no para todos.
 - Centros quirúrgicos ambulatorios
 - Centros de diagnóstico por imágenes
- Otros centros están dentro de nuestra red o no. No son ni preferidos ni no preferidos. Usted paga el costo compartido que se indica en el *Manual para miembros*. Por ejemplo:
 - Departamentos de la ER
 - Hospitales para pacientes hospitalizados

Si tiene alguna pregunta sobre los centros preferidos o sobre los centros no preferidos, comuníquese con nuestro Servicio al cliente.

Puede encontrar información sobre hospitales, por ejemplo:

- Acreditación
- Ubicación
- Número de teléfono

Para obtener información sobre la calidad de hospitales reconocidos a nivel nacional, consulte:

- Comparación de hospitales en <https://www.medicare.gov/hospitalcompare/search.html>.
- El Leapfrog Group en <http://www.leapfroggroup.org/>.
- Quality Check en <https://www.qualitycheck.org/>.

Ingresa el nombre del hospital o el estado. No todos los hospitales están incluidos en todos los sitios.

Redes de farmacias

Puede obtener sus medicamentos recetados de distintas maneras. Su costo compartido puede variar en función de dónde surta su receta médica. Limitamos los sitios en los que puede obtener un medicamento cuando ocurre lo siguiente:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) permite que únicamente ciertos centros o médicos distribuyan el medicamento.

- El medicamento requiere:
 - Una manipulación especial
 - Coordinación con el proveedor
 - Educación para el paciente que una farmacia minorista no puede brindar

Si la farmacia que utiliza deja de ser parte de la red, se lo informaremos antes de que suceda. Tendrá que buscar una farmacia nueva que sea parte de la red.

Tipo de farmacia	Descripción
Farmacias minoristas	• Puede obtener un suministro de hasta 30 días. Puede obtener un surtido por mes. En el caso de las gotas para los ojos recetadas, se pueden obtener resurtidos una vez que se haya utilizado el 70% de las unidades de dosificación de acuerdo con las instrucciones o 21 días después de haber recibido el original o el resurtido más reciente de la receta (si hay resurtidos disponibles). • En el <i>Directorio de proveedores</i>, se incluyen las farmacias minoristas que están dentro de la <u>red</u>. • Le informamos qué farmacias están abiertas las 24 horas.
Servicio de farmacia con entrega a domicilio	• Si lo desea, puede obtener un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento (los medicamentos que toma de forma habitual debido a una <u>enfermedad crónica</u>). Puede obtener un surtido cada tres meses. *Si pide un suministro inferior a 90 días, de todos modos, tendrá que pagar el <u>costo compartido</u> de la entrega a domicilio. Su <u>proveedor</u> debe recetarle el medicamento como un suministro de 90 días. • La farmacia Magellan Rx se los envía por correo. Recibirá los medicamentos en un plazo de 7 a 10 días a partir de la recepción de su pedido. • Puede obtener un descuento en sus medicamentos, en función del <u>nivel</u> del medicamento, si pide un suministro de 90 días con entrega a domicilio en lugar de adquirir uno de 30 días en una tienda minorista. • Comuníquese con Magellan Rx Management llamando al 1-800-424-1789 para obtener información sobre cómo utilizar este servicio. Puede obtener asistencia las 24 horas del día, los siete días de la semana.
Farmacias minoristas de suministro extendido	• Puede obtener un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento (los medicamentos que toma de forma habitual debido a una <u>enfermedad crónica</u>). Puede obtener un surtido cada tres meses. *Si pide un suministro inferior a 90 días, de todos modos, tendrá que pagar el <u>costo compartido</u> del suministro extendido. Su <u>proveedor</u> debe recetarle el medicamento como un suministro de 90 días. • En el <i>Directorio de proveedores</i>, puede encontrar farmacias minoristas de suministro extendido que se encuentran dentro de la <u>red</u>. Le informamos qué farmacias ofrecen suministros de 90 días. • No se puede obtener un surtido de 90 días para todos los medicamentos.
Medicamentos por correo de	• Puede obtener un suministro de 30 o 90 días si reúne los requisitos. Su médico puede recetarle cualquiera de los dos suministros.

Tipo de farmacia	Descripción
Chickasaw Nation Refill Center	- Chickasaw Nation Refill Center es una farmacia minorista propiedad de indígenas nativos estadounidenses de Oklahoma. Suministra <u>medicamentos recetados</u> a indígenas nativos estadounidenses. Su conyugue está cubierto independientemente de que sea indígena nativo estadounidense. - Complete el formulario de <i>Inscripción de pacientes en el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados para Indígenas Nativos Estadounidenses</i> disponible en nuestro sitio web y envíelo a Chickasaw Nation Refill Center. Junto con el formulario, debe enviar evidencia de su condición de indígena nativo estadounidense de una de las tribus reconocidas a nivel federal. Una vez inscrito, puede obtener descuentos en los <u>costos compartidos</u>. - Chickasaw Nation Refill Center le hará saber cuáles son sus <u>costos compartidos</u> cuando surta una receta médica. Los medicamentos se envían por correo directamente a su domicilio o a la ubicación designada. - Servicios en línea disponibles en cnrefillcenter.net. - Si tiene preguntas, llame al 1-855-478-8725.
Farmacias especializadas	- Puede obtener un suministro de hasta 30 días. Puede obtener un surtido por mes. - La farmacia de especialidades Magellan Rx surtirá sus <u>medicamentos de especialidad</u> y se los enviará por correo. También hay otras farmacias de especialidades disponibles. Si elige otra farmacia de especialidades, llame y pida que se lo excluya de la farmacia de especialidades Magellan Rx. - Comuníquese con Magellan Rx Management para obtener información sobre medicamentos de especialidad llamando al 1-800-424-1789. - Si se lo da su médico, debe pagar el <u>costo compartido</u> de la visita al consultorio. - Si los toma en su hogar, debe pagar el <u>costo compartido</u> de los <u>medicamentos de especialidad</u>.
Farmacias de la red que administran vacunas	- Puede ir a ciertas farmacias de la red para obtener sus vacunas preventivas cubiertas sin costo. - Le informamos qué farmacias ofrecen vacunas. Consulte el <i>Directorio de proveedores</i>.

*Debe pagar un monto prorrateado por cambiar la fecha de resurtido de medicamentos para que coincida con la de otros medicamentos que toma, de acuerdo con las siguientes reglas:

- Se permite únicamente una vez al año por medicamento de mantenimiento.
- No pueden ser medicamentos de las listas II, III o IV.
- Deben ser medicamentos que se puedan dividir de forma segura en periodos de surtido cortos.

Búsqueda en línea: www.GlobalHealth.com

Debajo de la barra de búsqueda en la esquina superior derecha, “Find a Provider | Find a Pharmacy” (Busque un proveedor | Busque una farmacia).

Paso	Lo que debe hacer
1	Seleccione su tipo de <u>red</u> o <u>plan</u> – Red de empleados de educación y del estado de GlobalHealth. O ingrese su número de grupo que figura en su tarjeta de identificación de <u>miembro</u>. Haga clic en “Next” (Siguiente).
2	Seleccione las opciones por las que desea buscar, desplácese hacia la parte inferior y haga clic en el botón “Search” (Buscar).
3	Si obtiene demasiados resultados, limite su búsqueda.

PCP

Su PCP es la persona a quien consultará primero para su atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP podrá encargarse de sus problemas médicos.

Elección de un PCP

Inicie su atención al elegir un PCP de la lista del *Directorio de proveedores*. Nuestros PCP incluyen médicos capacitados en las siguientes áreas:

- Medicina familiar
- Medicina interna
- Medicina general
- Pediatría

Tiene total libertad de elección. Escoja cualquier PCP en nuestra red que esté aceptando nuevos miembros. Cada miembro de la familia puede tener un PCP diferente. Puede escoger un pediatra para sus hijos.

Si bien tiene acceso directo a su OB/GYN y BHP, estos no son su PCP. Debe escoger un PCP para coordinar la atención médica que ellos no manejan.

Su relación con su PCP es importante. Debe ser abierta y de confianza. Le recomendamos que elija un PCP cerca de su hogar o trabajo. Tener a su PCP cerca hace que obtener atención médica sea mucho más fácil.

Puede encontrar una lista actualizada de PCP en nuestro sitio web. Si no escoge un PCP, le asignaremos uno.

Conocerse

Una vez que seleccione un PCP, si es posible, intente programar una consulta en un plazo de 30 días.

- Infórmele al personal del consultorio o al médico que usted es nuevo en GlobalHealth. Deben preparar la documentación para su expediente médico.
- Solicite que se envíe su expediente médico de proveedores anteriores antes de su primera visita. Consulte la sección “Expedientes médicos” en la página 30.
- Hable acerca de cualquier atención especializada que esté recibiendo. Consulte la sección “Continuación o transición del cuidado” en la página 148.
- Hable acerca de sus medicamentos: cuáles son, para qué sirven, qué resurtidos necesita. Si alguno de los medicamentos no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos cubiertos, hable acerca de sus opciones. Consulte la sección “Transición del cuidado: medicamentos recetados” en la página 149.

- Hable acerca de la atención preventiva adecuada para usted. Es posible que le realicen algunas de las pruebas de detección en esta visita. Es posible que tenga que programar visitas adicionales para otros servicios de atención preventiva.

Programación de citas de rutina

Llame al consultorio de su PCP cuando esté listo para programar una cita. En su tarjeta de identificación de miembro encontrará el número.

- Llame con anticipación para programar consultas de rutina, seguimiento o enfermedad. Esto permitirá que usted y su PCP tengan suficiente tiempo para hablar sobre sus necesidades.
- Programe una cita para su visita de rutina de adulto o niño sano a principio de año para recibir o programar servicios de atención preventiva.
- Programe y asista a consultas de seguimiento si tiene una enfermedad crónica, como presión arterial alta o asma.
- Escriba una lista de preguntas antes de su consulta.
- Muestre su tarjeta de identificación de miembro en todas las consultas.
- Si su PCP le solicita pruebas, muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando acuda a las citas.
- Si debe cancelar una cita, llame a su médico lo antes posible.

Cuando necesite atención inmediata

Llame a su PCP. Si no hay citas de urgencia disponibles, podría enviarlo a un centro de atención de urgencia. Consulte la sección “Atención de urgencia” en la página 27.

Consultas

Su médico puede discutir situaciones médicas especiales con colegas. El equipo comparte conocimiento y experiencias para recomendar el mejor tratamiento para usted. Cumplen con las leyes de privacidad estatales y federales.

Cambios de PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo. El cambio se aplica de inmediato. Comuníquese con nosotros por los siguientes motivos:

- Cambie su PCP. También puede acceder al formulario en nuestro sitio web o hacer el cambio en MyGlobal™ en www.GlobalHealth.com.
- Obtener ayuda para cambiar un pediatra por un médico para adultos.
- Ver a su PCP antes de recibir su tarjeta de identificación de miembro.

No recomendamos cambiar de PCP si el cambio podría ser perjudicial para usted. Por ejemplo:

- Es candidato para un trasplante de órganos.
- Está recibiendo atención médica activa.
- Está en el tercer trimestre de embarazo.

No podemos permitirle hacer el cambio si el PCP nuevo:

- No está aceptando pacientes nuevos.
- No se encuentra dentro de nuestra red.

Tendrá que elegir otro PCP.

Servicios de autoderivación

Su PCP coordina la mayoría de los servicios cubiertos que usted obtiene como miembro de GlobalHealth, pero hay algunas excepciones. Consulte la lista de estos servicios en la tabla a continuación.

- No necesita obtener una derivación de su PCP para poder tener una consulta. No necesita una PA.
- Usted paga el costo compartido, si lo hubiere, de los servicios que no son preventivos.
- Debe acudir a un proveedor de la red para recibir servicios que no sean de emergencia ni atención de urgencia fuera del área. Paga los cuidados que recibe de proveedores fuera de la red.
- Consulte la sección “Requisitos de cobertura” en la página 42.

Ayude a su PCP a administrar su atención. Asegúrese de que su PCP:

- Obtenga los resultados de cualquier análisis o examen. Consulte la sección “Expedientes médicos” en la página 30.
- Obtenga una lista de todos los medicamentos recetados nuevos.

Servicio	Descripción
Atención quiropráctica	Puede recibir atención de un quiropráctico. Consulte la sección “Atención quiropráctica” en la 63.
Sala de emergencias (ER)	No utilice la <u>ER</u> en situaciones que no sean de emergencia. En caso de emergencia, diríjase a la <u>ER del hospital</u> más cercano o llame al 911. Consulte la sección “ <u>Atención de emergencia</u> ” en la página 28.
Exámenes de la vista	Puede consultar a un optometrista o a un oftalmólogo para someterse a un examen de la vista de rutina o por diabetes una vez al año. Consulte la sección “ <u>Beneficios de la vista</u> ” en la página 131.
Lentes	Puede visitar a un <u>proveedor</u> de lentes para obtener anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. Consulte la sección “ <u>Beneficios de la vista</u> ” en la página 131.
Mamografías	Puede acudir a un centro de diagnóstico por imágenes para hacerse una mamografía de rutina. Consulte la sección “ <u>Mamografía</u> ” en la página 87.
Servicios de salud mental o por abuso de sustancias	Puede acudir a un terapeuta, un asesor, un <u>psicólogo</u> o un <u>psiquiatra</u> para una evaluación, terapia y análisis. Consulte la sección “ <u>Beneficios de salud conductual</u> ” en la página 42.
Servicios de OB/GYN	Puede acudir a un profesional de atención médica que se especialice en obstetricia o ginecología. El <u>proveedor</u> debe cumplir con ciertos procedimientos, entre ellos: • Respetar el proceso de <u>derivaciones</u>. • Obtener una <u>PA</u> para ciertos servicios, como pruebas de Papanicolaou que no son de rutina. • Seguir un <u>plan de tratamiento</u> autorizado. <u>Servicios de anticoncepción:</u> Tiene acceso directo a su <u>PCP</u> u <u>OB/GYN</u> para servicios de anticoncepción. Consulte la sección “<u>Servicios de anticoncepción</u>” en la página 66.

Servicio	Descripción
	<u>Maternidad:</u> Tiene acceso directo a su <u>OB/GYN</u> para todos los cuidados de maternidad: atención prenatal, del parto y posnatal. Consulte la sección “<u>Atención de maternidad y para recién nacidos</u>” en la página 88. <u>Examen para la mujer sana:</u> Para obtener una lista de los <u>servicios preventivos</u> relacionados con su examen de la mujer sana, consulte “<u>Beneficios para mujeres</u>” en la página 115. <u>Otros servicios:</u> Tiene acceso directo a su <u>OB/GYN</u>. El médico puede prestar cualquier <u>servicio cubierto</u> dentro de su ámbito profesional.
Fisioterapia	Puede acudir a un fisioterapeuta para una evaluación únicamente. El terapeuta debe cumplir con ciertos procedimientos, entre ellos: • Respetar el proceso de <u>derivaciones</u>. • Obtener una <u>PA</u> para hasta 30 días de tratamiento. • Seguir un <u>plan de tratamiento</u> autorizado. Consulte la sección “<u>Fisioterapia</u>” en la página 100.
<u>Atención de urgencia</u>	Primero, llame a su <u>PCP</u> en el horario de atención. Pero también puede autoderivarse a un <u>centro de atención de urgencia</u> si el consultorio de su <u>PCP</u> está cerrado o si se encuentra fuera de nuestra <u>área de servicio</u>. Se debe tratar de atención de urgencia que no sea preventiva ni de rutina. Consulte la sección “<u>Atención de urgencia</u>” en la página 27.

Atención especializada

Consulte a su PCP primero. Si su PCP considera que debe consultar a un especialista, nos enviará una derivación. Consulte la sección “Autorización previa de servicios” en la página 33.

- Si consulta a un especialista sin nuestra autorización, tendrá que pagar la atención que reciba. Esto no incluye los servicios de autoderivación.
- Solamente tiene autorización para los servicios que se describen en la carta. Sin embargo, algunas visitas a especialistas incluyen pruebas de diagnóstico. No necesita una PA por separado para estas pruebas. Se deben realizar en la visita autorizada:
 - Pruebas de laboratorio de rutina
 - Radiografías
 - Ecografías
 - ECG
- Cualquier otro cuidado requiere nuestra autorización específica.

Algunos PCP trabajan con sistemas integrados de prestación de servicios o grupos de proveedores. Lo más probable es que estos médicos lo deriven a especialistas y hospitales de estos sistemas o grupos. Sin embargo, puede solicitar recibir su atención de cualquier proveedor de la red calificado para satisfacer sus necesidades. Puede pedirle al médico que lo derive a un centro preferido cuando sea posible.

Médicos que dejan de ser parte de la red

Inscribirse en GlobalHealth no garantiza los servicios de ningún proveedor en particular que se encuentre en el *Directorio de proveedores*. Es posible que un proveedor ya no sea parte de nuestra red. Esto puede suceder cuando:

- Deja de ser parte de nuestra red de proveedores.
- No puede continuar siendo un proveedor.
- Tiene un panel cerrado o está abierto solo para pacientes existentes.

Le notificaremos dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que sepamos que su proveedor deja o dejará de ser parte de nuestra red.

- Si el proveedor es su PCP, le enviaremos una carta con el nombre de su PCP nuevo. También se le enviará una nueva tarjeta de identificación de miembro en otra carta. Si no quiere atenderse con el PCP que elegimos para usted, avísenos. Consulte la sección “Cambios de PCP” en la página 24.
- Si su proveedor es un especialista, la carta le indicará qué pasos debe seguir.

Es posible que pueda seguir atendiéndose con el PCP o especialista por un periodo breve. Consulte la sección “Continuación o transición del cuidado” en la página 148.

Atención de urgencia

La atención de urgencia es la atención de una enfermedad, lesión o afección grave que requiere cuidados de inmediato, aunque no es necesario acudir a una ER.

Un centro de atención de urgencia ofrece una alternativa cuando no se trata de una emergencia y no puede ver a su PCP.

- Es menos costoso que una visita a la ER.
- En un centro de atención de urgencia, un médico puede atenderlo de inmediato.
- En una ER, es posible que deba esperar más tiempo.

En general, en los centros de atención de urgencia, se pueden prestar estos tipos de servicio:

- Esguince de tobillo
- Infecciones en los oídos
- Pruebas de detección básicas
- Recetar medicamentos

En los centros de atención de urgencia, se pueden tratar, por ejemplo:

- Exámenes
- Radiografías
- Quemaduras o lesiones pequeñas
- Tos, resfriados, dolores de garganta

Los centros de atención de urgencia no sustituyen a su PCP. Cuando necesita atención médica que no es de urgencia, debe consultar a su PCP primero. Si realmente necesita acudir a un centro de atención de urgencia:

- Si se encuentra en su área de servicio, diríjase a un centro de la red.
- Pídales que envíen sus registros a su PCP. Eso ayuda a mantener la continuación del cuidado.
- Pídales que envíen una lista de los medicamentos recetados nuevos. Su PCP debe recetar los resurtidos.
- Visite a su PCP para recibir atención de seguimiento.

Cuándo	Lo que debe hacer
Horario de atención habitual	Si sufre una enfermedad o lesión de urgencia, llame al consultorio de su <u>PCP</u>. Algunos <u>PCP</u> tienen horarios de atención extendidos. • Su <u>PCP</u> puede coordinar que lo atiendan de inmediato o le puede dar asesoramiento médico e instrucciones. • Si su <u>PCP</u> no puede atender su urgencia, puede preguntar si se puede atender con otro <u>proveedor</u> en ese consultorio. Puede atenderse con otro médico, un asistente médico o un enfermero practicante. • Su <u>PCP</u> puede indicarle que se dirija a un <u>centro de atención de urgencia</u> si no hay otro <u>proveedor</u> disponible para atenderlo. Deberá pagar el <u>costo compartido</u> de la <u>atención de urgencia</u>.
Fuera del horario de atención	Si necesita ver a su <u>PCP</u> fuera del horario de atención, tiene dos opciones: 1. Llamar a su <u>PCP</u>. • Dejar un mensaje. • Cuando haya un médico o enfermero disponible, le devolverá la llamada y le indicará qué hacer. Indique el motivo de su llamada. Asegúrese de dejar su nombre y un número de teléfono para que le devuelvan la llamada. • De lo contrario, siga las instrucciones para llamadas fuera de horario del correo de voz de su <u>PCP</u>. Puede indicarle que se dirija a un <u>centro de atención de urgencia</u> o a una <u>ER</u>. 2. Si su situación no puede esperar, puede optar por dirigirse a un <u>centro de atención de urgencia</u>. Deberá pagar el <u>costo compartido</u> de la <u>atención de urgencia</u>. No necesita una <u>PA</u>.
Fuera del <u>área de servicio</u>	Si está de viaje y necesita <u>atención de urgencia</u> antes del regreso a nuestra <u>área de servicio</u>: • Llame a su <u>PCP</u>. • Diríjase a un <u>centro de atención de urgencia</u>. No necesita una <u>PA</u>. • Deberá pagar el <u>costo compartido</u> de la <u>atención de urgencia dentro de la red</u>. No obstante, es posible que el <u>proveedor</u> también le envíe una factura. Consulte la sección “<u>Facturación de saldos por un proveedor fuera de la red</u>” en la página 155.

Atención de emergencia

Una emergencia es una situación en la que tiene síntomas repentinos (como dolor intenso, trastornos psiquiátricos o síntomas de abuso de sustancias) y una persona prudente sin formación profesional podría esperar que el hecho de no obtener asistencia médica de inmediato ocasione lo siguiente:

- a) Ponga en grave peligro su salud (o la de un feto).
- b) Cause un deterioro importante de las funciones corporales.
- c) Provoque una disfunción importante de una parte del cuerpo.

Además, una afección médica de emergencia comprende el hecho de que una mujer embarazada tenga contracciones cuando:

- a) No hay suficiente tiempo para dirigirse a otro hospital antes del parto.

- b) El traslado podría ser perjudicial para la madre y el feto.

Acceso

No visite una ER en situaciones que no sean de emergencia. En casos de emergencia, siga los siguientes pasos:

Paso	Lo que debe hacer
1	Vaya a la <u>ER</u> del <u>hospital</u> más cercano o llame al 911. No necesita una <u>PA</u> para la atención de emergencia. Deberá pagar el <u>costo compartido</u> de la <u>ER</u> que se encuentra <u>dentro de la red</u> . No obstante, es posible que el <u>proveedor</u> también le envíe una factura si acude a una <u>ER fuera de la red</u> . Consulte la sección “ <u>Facturación de saldos por un proveedor fuera de la red</u> ” en la página 155.
2	Muestre su tarjeta de identificación de <u>miembro</u> .
3	Llámenos y llame al consultorio de su <u>PCP</u> en un plazo de 48 horas.
4	Si le sucede lo siguiente: • Tiene un accidente y está fuera del <u>área de servicio</u>. • No tiene control sobre el lugar a donde lo trasladan. • No puede dirigirse a un <u>hospital</u> de la <u>red</u>. Podemos coordinar su traslado a un <u>hospital</u> de nuestra <u>red</u> si ingresa en un <u>hospital</u> fuera de la <u>red</u> .
5	<i>Toda la atención de seguimiento que reciba después de ser atendido en la <u>ER</u> debe ser:</i> • Proporcionada o coordinada por su <u>PCP</u>. No regrese a la <u>ER</u> para recibir atención de seguimiento. • Autorizada previamente por nosotros, de ser necesario. Si necesita atención con urgencia, comuníquese con el Departamento de <u>UM</u> (Administración de la utilización). Consulte la sección “<u>Decisiones urgentes</u>” en la página 35.

Atención hospitalaria

Cuando tenga que ir a un hospital, su médico coordinará su estancia en un hospital de la red del que sea parte del personal. Para recibir servicios que no son de emergencia (distintos a los de partos), debe tener una PA. Sin una derivación y una PA, usted será responsable de los costos.

Cuidado de la salud en el hogar

Su médico puede decidir que un enfermero lo visite en su hogar en vez de continuar con su estancia en el hospital o en un centro de enfermería especializada. Cubrimos lo siguiente:

- Los servicios médicos de medio tiempo o esporádicos que reciba en su hogar. Un enfermero, terapeuta del habla, terapeuta ocupacional o fisioterapeuta autorizado debe proporcionar la atención médica.
- Capacitación en el autocontrol de la diabetes cuando la imparte un profesional de atención médica registrado, certificado o autorizado.
- Capacitación en terapia de nutrición médica impartida por un dietista registrado o un nutricionista certificado autorizados.

Expedientes médicos

Dado que su PCP administra su atención médica, es importante que conozca su historia clínica. Recomendamos que solicite que se envíe su expediente médico al consultorio de su PCP nuevo antes de su primera consulta.

Se espera que vea a sus proveedores de manera periódica para recibir atención, especialmente cuando está tomando medicamentos. La coordinación de su atención entre los médicos promueve la seguridad del paciente y la calidad de la atención. La forma más sencilla de asegurarse de que su PCP esté informado acerca de otros cuidados que usted reciba es solicitar que se envíen copias de su expediente médico con otros proveedores a medida que se generen.

Solicite que los resultados de los análisis o exámenes que se realice se envíen a su PCP cada vez que reciba atención debido a:

- Servicios de emergencia.
- Servicios de salud mental o abuso de sustancias
- Servicios de autoderivación
- Servicios de especialistas
- Servicios de un centro de atención de urgencia

Su PCP le proporcionará atención de seguimiento si es necesario. Asegúrese de mostrarle una lista de todos sus medicamentos recetados nuevos. Su PCP podrá verificar las interacciones de los medicamentos.

La ley exige que los proveedores protejan la información médica de los pacientes. Puede encontrar el formulario de *Autorización estándar de Oklahoma para usar o compartir información de salud protegida* (“*PHI*”) en nuestro sitio web o en

https://www.ok.gov/health/Organization/HIPAA_Privacy_Rules/Oklahoma_Standard_Authorization_Forms.html. **Este formulario es necesario para solicitar la divulgación de sus expedientes médicos.**

Tiene el derecho de decidir si firma o no una autorización de divulgación, pero es importante que considere permitir estas comunicaciones.

Credenciales del médico

Antes de que nuestro Comité de acreditación acepte incluir a un proveedor en nuestra red, llevamos a cabo verificaciones exhaustivas de sus acreditaciones y de la National Practitioner Database, NPDB (Base de Datos Nacional de Profesionales Médicos). La NPDB es un repositorio federal de información. El Comité de acreditación lleva a cabo una revisión de todos los proveedores, por lo menos, cada tres 36 meses. Este proceso ayuda a garantizar la calidad de nuestra red. Los proveedores deben estar calificados y ser competentes para ofrecer servicios.

Verifique a los proveedores de salud conductual

Hay varios sitios web disponibles para verificar certificaciones.

Especialidad	Dirección del sitio web
<u>LADC</u>	http://www.okdrugcounselors.org/members.php
<u>LCSW</u>	https://pay.apps.ok.gov/medlic/social/licensee_search.php

Especialidad	Dirección del sitio web
<u>LMFT</u> <u>LPC</u> <u>LBP</u>	https://www.ok.gov/health/counselor/app/index.php
<u>Psicólogos clínicos autorizados</u> Técnicos en psiquiatría (la verificación es únicamente para técnicos)	https://www.ok.gov/psychology/Public/License_Verification/index.html

Verifique la información sobre los médicos

Puede verificar la capacitación, la experiencia, las calificaciones y los certificados de especialidad de un médico:

- En el consultorio del médico
- En una sociedad médica local (si el médico es miembro de ella)
- En un hospital local (si el médico es parte de su personal).

Hay varias organizaciones en Internet que le brindan información como la siguiente:

- Nombre, dirección, números de teléfono
- Calificaciones profesionales
- Especialidad
- Dónde realizó sus estudios en medicina
- Dónde completó su residencia
- El estado del certificado de especialidad

Nombre	Información	Dirección del sitio web
Servicio de verificación de médicos certificados del Consejo Estadounidense de Especialidades Médicas (ABMS)	• Verifique si un médico está certificado por uno de los 24 consejos de <u>especialidades</u>. No brinda información de otro tipo. • Puede buscar en todos los estados de manera simultánea. Lo puede utilizar cuando no sabe la ubicación de un médico. • Debe registrarse para usar este sitio. • Es gratuito.	www.abms.org
Búsqueda de médicos de la Asociación Médica Estadounidense (AMA)	• Proporciona cierta información sobre el estado de certificación de todos los médicos actualmente autorizados en EE. UU. • En el sitio, no se mencionan acciones disciplinarias. • Puede buscar solo en un estado a la vez. • Es gratuito.	www.ama-assn.org

Nombre	Información	Dirección del sitio web
Oklahoma Board of Medical Licensure and Supervision, OMB (Junta de Supervisión y Otorgamiento de Licencias Médicas de Oklahoma)	• Verifique la licencia y las acciones disciplinarias de un médico. • Consulte los privilegios de <u>hospital</u> y los idiomas que habla. • Es gratuito.	www.okmedicalboard.org
Oklahoma State Board of Osteopathic Examiners (Junta de Examinadores Médicos Osteopáticos del Estado de Oklahoma)	• Verifique la licencia y las acciones disciplinarias de un médico osteópata. • Consulte los privilegios de <u>hospital</u> y los idiomas que habla. • Es gratuito.	www.ok.gov/osboe/

ADMINISTRACIÓN DE LA UTILIZACIÓN

UM de atención médica y salud conductual

Tenemos reglas para asegurarnos de que reciba la atención adecuada en el momento apropiado. Cuando un proveedor indica cierta atención, no siempre se trata de un servicio cubierto o necesario desde el punto de vista médico.

Regla	Significado
Su plan debe cubrir la atención	• La atención debe ser un <u>servicio cubierto</u>. • La atención debe cumplir con los <u>requisitos de cobertura</u>. • Cubrimos los servicios con limitaciones solo como se enumeran. • No cubrimos los <u>servicios excluidos</u>. • Consulte la sección “<u>Beneficios</u>” que comienza en la página 40.
La atención debe ser segura y eficaz	• La atención debe cumplir con los estándares generalmente aceptados. • La atención debe estar dentro del ámbito profesional del <u>proveedor</u>.
La atención debe ser adecuada para su enfermedad, lesión o afección	• La atención debe ser <u>necesaria desde el punto de vista médico</u>. ○ Tipo de atención ○ Frecuencia de las visitas o de los tratamientos ○ Extensión de la atención ○ Sitio de la atención ○ Duración de la atención

Al revisar sus servicios, seguimos pautas. Las fuentes incluyen, entre otras:

- MCG Guidelines®
- Hayes®
- Beacon Health Options
- American Society of Addiction Medicine (Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción)
- Pautas de Medicare (Determinaciones locales de cobertura y Determinaciones nacionales de cobertura)

Puede solicitar los criterios si es:

- Un miembro actual
- Un miembro potencial
- Un proveedor de la red

Nuestro director médico toma todas las determinaciones adversas de necesidades médicas. El director médico es un médico autorizado con buena reputación.

Autorización previa de servicios

Debemos autorizar la mayoría de los servicios antes de que los reciba si no los proporciona su PCP. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Los “servicios” comprenden cualquier tratamiento, análisis, procedimiento, suministro o equipo.

Este proceso garantiza que:

- Reciba la atención adecuada en el momento y el lugar apropiados para usted.
- Pague el menor costo compartido por su beneficio.
- Se mantenga dentro de la red.

En general, las autorizaciones son válidas por 90 días. Si se autoriza una derivación permanente, es válida por un año.

Pasos para recibir servicios de salud conductual:

Paso	Descripción
1	Puede visitar a cualquier <u>proveedor de la red</u> para que evalúe los servicios que podría necesitar. Si los servicios requieren una <u>PA</u> , el <u>proveedor</u> enviará la solicitud a Beacon Health Options en su nombre.
2	Beacon Health Options le enviará una carta cuando el servicio se apruebe. En la carta, se indicará el nombre y la información de contacto del médico o del <u>centro</u> . También le indicará qué servicios están autorizados. Cualquier otro servicio requerirá una autorización por separado de Beacon Health Options.
3	Una vez que Beacon Health Options le brinda la <u>PA</u> al <u>proveedor</u> , puede comenzar a prestar sus servicios de inmediato.

Pasos para recibir servicios médicos:

Paso	Descripción
1	Su <u>PCP</u> nos enviará una <u>derivación</u> para otro tipo de atención que necesite. Después de la consulta inicial, los <u>especialistas</u> nos pueden enviar <u>derivaciones</u> directamente a nosotros para servicios como cirugías. Puede solicitar utilizar los servicios de cualquier <u>proveedor de nuestra red</u> . Si su médico lo deriva a otro médico o <u>centro fuera de la red</u> , podemos seleccionar uno de nuestra <u>red</u> en su lugar.
2	Le enviaremos una carta una vez que autorizamos el servicio. En la carta, se indicará el nombre y la información de contacto del médico o del <u>centro</u> . También se indicará qué servicios autorizamos. Cualquier otro servicio requerirá que le brindemos una autorización por separado.
3	Programe una cita. Espere a recibir la carta antes de programar citas. Debe recibir la carta para poder recibir atención.

Puede verificar el estado de su derivación médica en MyGlobal™ en www.GlobalHealth.com.

Decisiones que no son urgentes:

Tomamos las decisiones de servicios previos que no son urgentes en un plazo de 15 días a partir de la recepción de la solicitud. Podemos extender este periodo una vez por 15 días como máximo, si sucede lo siguiente:

- Es necesario debido a cuestiones fuera de nuestro control.
- Le informamos a su médico, antes de que finalice el periodo inicial de 15 días, por qué es necesario.
- Le informamos a su médico la fecha en la que esperamos tomar una decisión.

Si debemos extender el plazo porque no tenemos información suficiente para tomar una decisión con respecto a la autorización:

- Le indicaremos al médico qué información necesitamos.
- Su médico tendrá 45 días a partir del momento en el que reciba nuestra notificación para enviarla.

Decisiones urgentes:

Tomamos las decisiones sobre servicios previos urgentes en un plazo de 72 días a partir de la recepción de la solicitud.

Tenga en cuenta:

Su médico debe enviarnos derivaciones para sus servicios. Pero es su responsabilidad asegurarse de que autoricemos sus servicios.

- Debe recibir toda su atención de un proveedor de la red, incluso servicios auxiliares, como los siguientes:
 - radiografías
 - servicios de laboratorio
 - anestesia
- Si bien algunos servicios no requieren una PA, debe usar proveedores de la red:
 - Servicios de emergencia.
 - Hospitalización relacionada con un parto.
 - Servicios de autoderivación. Consulte la sección “Servicios de autoderivación” en la página 25.
- Debe recibir servicios mientras sea miembro. No pagaremos ningún beneficio, aunque esté autorizado, una vez que su cobertura finalice.
- Puede realizar un seguimiento de su derivación a través de su cuenta de MyGlobal™ en www.GlobalHealth.com.
- Si denegamos parte o la totalidad de un servicio solicitado, le enviaremos una carta en la que se explique el motivo. También le enviaremos una copia de los Derechos de apelación. Consulte la sección “Apelaciones y quejas” en la página 161.

Revisión concurrente

Podemos evaluar su atención mientras aún esté recibiendo tratamiento. Queremos asegurarnos de que esté recibiendo la atención adecuada en el momento y el lugar apropiados. Con nuestro proceso, verificamos lo siguiente:

- La necesidad de tratamiento continuo
- El nivel de atención
- La calidad de la atención

Si permanece en el hospital por un periodo que supera el autorizado, haremos una revisión concurrente.

Si aprobamos un plan de tratamiento:

- Cualquier cambio realizado antes de finalizar el plan de tratamiento se considera una determinación adversa. Un cambio puede ser recibir menos tratamientos o finalizarlos. Le avisaremos antes de hacer el cambio. Le daremos tiempo para apelar antes de hacer el cambio. Cubriremos el beneficio durante el proceso de apelación.

- Puede solicitar que se extienda el plan de tratamiento más allá de lo aprobado. Le informaremos nuestra decisión, sea a su favor o no. No cubrimos el beneficio durante el proceso de apelación.
- Tomaremos las decisiones de revisión urgentes en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la solicitud. Le informaremos la decisión, sea a su favor o no.

No puede apelar si su plan se modificó o terminó. Consulte la sección “Apelaciones y quejas” en la página 161.

Planificación para el alta

Una planificación adecuada puede mejorar los resultados en su salud. Puede necesitar servicios al pasar al próximo nivel de atención. Algunos cuidados requieren una PA para que reciba la atención de un médico o en otro centro. Trabajaremos en conjunto con su médico y el administrador de casos del hospital para que cuente con sus PA antes de recibir el alta.

Iniciamos la planificación para el alta cuando:

- Lo admiten en el hospital.
- Autorizamos la estancia.

Revisión posterior al servicio

Después de que haya recibido servicios, los revisamos para detectar problemas de calidad o utilización, si los hubiera. Revisamos los reclamos presentados por pagos y los expedientes médicos correspondientes.

Solicitud de revisión

Usted o su médico pueden llamarnos en el horario de atención habitual (de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., hora del centro). Ofrecemos servicios lingüísticos.

Usted o su médico pueden comunicarse con el Departamento de UM fuera del horario de atención habitual. Deje su nombre e información de contacto y le responderemos el siguiente día hábil.

Método de contacto	Información de contacto
Local	(405) 280-5600
Línea gratuita	1-877-280-5600
TTY	711
Correo electrónico	um@globalhealth.com
FAX	(405) 280-5398

UM de medicamentos recetados

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo los cubrimos. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboraron estas reglas para:

- Ayudarlo a usar los medicamentos de manera más eficaz.
- Ayudarlo a controlar los costos generales de los medicamentos y reducir su prima.
- Incentivarlos a usted y a su proveedor a usar la opción más económica, cuando sea posible, que:
 - Sea eficaz para su afección.
 - Sea igual de segura.

Si hay una regla aplicable a su medicamento, quiere decir que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Si desea que no apliquemos la regla en su caso, tendrá que seguir el proceso de solicitud de excepción. Podemos estar de acuerdo en no aplicar la regla o no. Consulte la sección “Solicitudes de excepción” en la página siguiente.

Usted o su médico pueden acceder a la *Lista de medicamentos cubiertos* en nuestro sitio web para consultar qué reglas, de haberlas, se aplican a cada medicamento.

Si tiene preguntas sobre las siguientes reglas, llámenos:

Tipo de regla	Descripción
Autorización previa	Los médicos deben obtener una <u>PA</u> para ciertos medicamentos. Cualquier suministro o equipo correspondiente también requiere una <u>PA</u> . Esto promueve un uso apropiado y económico.
Límites de cantidades	Restringimos la cantidad de algunos medicamentos. Estos medicamentos, si se toman de manera inapropiada, podrían ser peligrosos y ocasionar efectos secundarios. El suministro de todos los <u>medicamentos de especialidad</u> se limita a 30 días.
Terapia escalonada	La terapia escalonada implica que usted pruebe uno o más medicamentos distintos primero para que cubramos el medicamento.

Solicitudes de excepción

Llame al (918) 878-7361 para solicitar una excepción.

Estas son otras personas que pueden ayudarlo con este proceso:

- Su médico o su farmacéutico.
- El padre o la madre de un niño menor de 18 años.
- Su representante con poder notarial y autoridad para tomar decisiones médicas. Debemos tener una copia del formulario de poder notarial firmado en nuestros registros.
- Su representante autorizado. Consulte la sección “Designación de un representante autorizado” en la página 165. Deberá completar el formulario si desea que compartamos su PHI con alguna otra persona; por ejemplo:
 - Uno de sus padres, si tiene menos de 18 años de edad
 - Su cónyuge
 - La persona a cargo de su cuidado, un amigo, un vecino u otra persona

Tipo de excepción	Proceso
Excepción estándar	Puede solicitarnos que no apliquemos reglas ni restricciones. Puede hacerlo por correo postal, correo electrónico o teléfono. En general, solo aprobamos solicitudes de excepción si ocurre lo siguiente: • El medicamento alternativo está incluido en la <u>Lista de medicamentos cubiertos</u>. • El medicamento sin reglas de utilización no tendría la misma eficacia en su caso. • Le ocasionaría efectos secundarios perjudiciales. No aprobaremos solicitudes de reducción del <u>costo compartido</u> de ningún medicamento.

Tipo de excepción	Proceso
	Si nos solicita que cubramos un medicamento que no se encuentra en nuestra <u>Lista de medicamentos cubiertos</u>, su médico debe enviar: • Los motivos por los cuales necesita el medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos. • Una declaración que indique que todos los medicamentos de la <u>Lista de medicamentos cubiertos</u> de todos los <u>niveles</u>: ○ No fueron eficaces o no lo serán. ○ No tendrían la misma eficacia. ○ Causarían efectos secundarios perjudiciales. Le recomendamos que se comunique con nosotros para obtener información sobre cómo solicitar una excepción. Su médico deberá enviarnos información. Tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas si tenemos suficiente información. • Si aceptamos su solicitud, también cubriremos los resurtidos correspondientes del medicamento recetado. • Si no aceptamos su solicitud, puede solicitar una <u>revisión externa</u>. Consulte la sección “<u>Revisión externa</u>” en la página 164. Le enviarán su decisión en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud de revisión. Cubriremos su medicamento en el transcurso de la revisión. También cubriremos el medicamento durante la <u>revisión externa</u>.
Excepción acelerada	Puede solicitar un proceso de excepción acelerado: • Si padece una afección médica que puede poner en peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar las funciones al máximo. • Si ya está usando un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos. Consulte la sección “<u>Transición del cuidado: medicamentos recetados</u>” en la página 149. Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas, después de haber recibido su solicitud de revisión, si tenemos suficiente información. • Si aceptamos su solicitud, también cubriremos los resurtidos del medicamento recetado. • Si no aceptamos su solicitud, puede solicitar una <u>revisión externa</u>. Consulte la sección “<u>Revisión externa</u>” en la página 164. Le enviarán su decisión en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud de revisión. Cubriremos su medicamento en el transcurso de la revisión. También cubriremos el medicamento durante la <u>revisión externa</u>.

Política para garantizar la utilización adecuada

- Hacemos un análisis anual para asegurarnos de que el Departamento de UM tome sus decisiones en función de lo siguiente:
 - Si la atención es apropiada o no.

- Si la atención está cubierta.
- No recompensamos a nadie por denegar cobertura.
- No recurrimos a incentivos económicos para alentar decisiones que den como resultado la utilización de menos beneficios.
- No utilizamos incentivos para que le resulte más difícil recibir atención.
- No tomamos decisiones con respecto a la contratación, el ascenso o el despido de ninguna persona porque sea probable, o creamos que sea probable, que deniegue o apoye la denegación de beneficios.

Procedimiento de evaluación de la tecnología

Contamos con un proceso para revisar dispositivos, procedimientos o tratamientos nuevos, incluidos los medicamentos recetados.

- Un comité dirigido por médicos revisa las solicitudes.
- Analizamos tanto tecnologías nuevas como otras formas de utilizar las tecnologías existentes.
- Utilizamos evidencia científica publicada para revisar las tecnologías. Consultamos a especialistas u otros profesionales pertinentes que tienen experiencia con la tecnología que se evalúa.
- Usted o su médico deben enviarnos pruebas de que funciona y es segura. Las pruebas deben:
 - Estar aprobadas por una agencia reguladora, como la FDA.
 - Mejorar el resultado neto de su salud.
 - Ser tan beneficiosas como los tratamientos actuales.
 - Estar disponibles fuera del entorno de los exámenes clínicos.
 - Mejorar considerablemente su calidad de vida.
 - Demostrar con claridad que permiten una atención médica segura.

BENEFICIOS

Esta sección explica los beneficios de su plan. Le informa qué cubre y qué no, y cuánto debe pagar. No es exhaustiva.

Parte del costo que le corresponde

Tablas de beneficios

Las tablas de beneficios le indican sus beneficios y los costos compartidos.

- Beneficios de salud conductual en la página 43.
- Beneficios médicos en la página 55.
- Beneficios de medicamentos recetados en la página 117.
- Beneficios de atención preventiva en la página 124.
- Beneficios de la vista en la página 132.

Copagos y coseguros

Los copagos y coseguros se incluyen en las tablas para cada tipo de servicio. Deberá pagar su costo compartido por cada visita, tratamiento, admisión, surtido o resurtido de recetas o incidente (a menos que se indique lo contrario) hasta el límite máximo de gastos de bolsillo (MOOP).

El copago del centro para cirugías realizadas en el hospital para pacientes hospitalizados o ambulatorios comprende:

- Anestesia
- Pruebas de diagnóstico
- Servicios prestados por profesionales que no son médicos
- Medicamentos
- Atención general de enfermería
- Pruebas de laboratorio o radiología
- Suministros y equipos médicos
- Procedimientos y cirugías
- Habitación y comidas en todos los niveles de atención
- Exploraciones especializadas o exámenes de diagnóstico o por imágenes
- Tratamientos

El costo compartido para otros entornos (cuando los servicios se proporcionan durante la visita) comprende:

- Pruebas de diagnóstico
- Servicios prestados por proveedores que no son médicos
- Medicamentos
- Pruebas de laboratorio o radiología
- Suministros y equipos médicos
- Procedimientos
- Exploraciones especializadas o exámenes de diagnóstico o por imágenes
- Tratamientos

Cubrimos beneficios específicos de cada género para todos los miembros para quienes serían apropiados, independientemente del género asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado en GlobalHealth.

Los “beneficios para niños” se cubren hasta el final del mes en el que usted o sus hijos cumplen 19 años. Los “beneficios para adultos” comienzan el mes siguiente.

Deducible

Este plan no tiene deducibles. Usted paga el copago o el coseguro hasta alcanzar el MOOP.

MOOP

Un MOOP es una cantidad en dólares que limita cuánto tiene que pagar por los servicios de atención médica. Comprende los copagos y coseguros que paga por los servicios cubiertos. Todos los tipos de servicios cubiertos se tienen en cuenta en su MOOP.

Algunos gastos no se tienen en cuenta en su MOOP.

- Pagos de la prima.
- Servicios no cubiertos
- Facturación de saldos de un proveedor fuera de la red.

Nivel	Cómo alcanzarlo
<u>MOOP del miembro</u> \$4,000 por año	• El <u>MOOP</u> del <u>miembro</u> se alcanza cuando un solo <u>miembro</u> paga <u>copagos</u> o <u>coseguros</u> hasta este nivel. • Si alcanza el <u>MOOP</u> del <u>miembro</u>, dejará de pagar <u>costos compartidos</u> por los <u>servicios cubiertos</u> que necesite el resto del año. • Esto es aplicable incluso si tiene otros miembros de la familia inscritos con el mismo <u>suscriptor</u>.
<u>MOOP de familia</u> \$12,000 por año	• El <u>MOOP</u> de familia se alcanza cuando cualquier combinación de los miembros de la familia con el mismo <u>suscriptor</u> paga <u>copagos</u> o <u>coseguros</u> hasta este nivel. • El importe pagado por el <u>MOOP</u> del <u>miembro</u> contribuye al <u>MOOP</u> de la familia. • Si un miembro de la familia alcanza el <u>MOOP</u> del <u>miembro</u>, esa persona no tendrá que pagar nada por los <u>servicios cubiertos</u>. Cada uno de los demás miembros de la familia continuará pagando los <u>costos compartidos</u> correspondientes hasta alcanzar también el <u>MOOP</u> del <u>miembro</u> o hasta que se alcance el <u>MOOP</u> de la familia. Luego, dejarán de pagar los <u>costos compartidos</u> por los <u>servicios cubiertos</u> por el resto del año.

Los deducibles, copagos y coseguros pagados antes de su inscripción en un plan de GlobalHealth no se tienen en cuenta en su MOOP.

Seguimiento de gastos

Es buena idea llevar un registro de sus gastos. Así sabrá cuándo está cerca de alcanzar su MOOP. Es posible que nuestros registros no coincidan debido al periodo de reclamo. El periodo de reclamo es el tiempo transcurrido entre la fecha en la que recibe servicios y la fecha en la que procesamos el reclamo. Infórmenos si cree haber alcanzado su MOOP.

Puede comunicarse con nosotros para confirmar sus gastos.

Requisitos de cobertura

Cubrimos beneficios únicamente cuando cumplen las reglas que se indican a continuación.

Regla	Descripción
Se deben cumplir todas las reglas para todos los tipos de beneficios	• La atención debe ser <u>necesaria desde el punto de vista médico</u>. • Los servicios deben cumplir con los estándares de atención generalmente aceptados. • Usted debe mostrar un avance y una mejora continuos. • Debe recibir servicios de un <u>proveedor de la red</u>, a menos que: ○ Se trate de <u>servicios de emergencia</u> o <u>atención de urgencia</u> fuera del área. ○ Obtenga una <u>PA</u> para recibir servicios de un <u>proveedor fuera de la red</u>. • El <u>proveedor</u> se debe desempeñar dentro del ámbito de su licencia. • En general, requerimos una <u>PA</u>. Le indicamos qué servicios de atención requieren o <u>no</u> requieren una <u>PA</u>.
Limitamos o no cubrimos ciertos beneficios	• No cubrimos servicios cuando: ○ Ya no puede mejorar con el tratamiento. ○ La atención es de apoyo o solo para la conveniencia de otros. • Consulte la sección “<u>Servicios excluidos y limitaciones</u>” en la página 135 para ver la lista completa.

Beneficios de salud conductual

Cubrimos servicios de salud conductual para pacientes hospitalizados y ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de:

- Salud mental.
- Abuso de sustancias, incluido el alcohol, medicamentos recetados y drogas ilícitas.

Si tiene preguntas, llame a Beacon Health Options. Cuenta con asistencia disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si es un miembro nuevo y está recibiendo atención, llame a Beacon Health Options lo antes posible. Si su proveedor no está contratado, Beacon Health Options lo ayudará a encontrar otro proveedor adecuado para usted. Consulte la sección “Transición del cuidado médico y de salud conductual” en la página 149.

Servicios cubiertos

Consulte también la sección “Requisitos de cobertura” en la página 42.

Los servicios ambulatorios de una visita de tratamiento de salud conductual no requieren una PA si los recibe de los siguientes proveedores:

- Psicólogo clínico autorizado
- LCSW
- LADC
- LMFT
- LPC
- BHCM
- LBP
- Psiquiatra

Tabla de beneficios de salud conductual

Beneficio	Descripción	Usted paga
Trastorno del espectro autista (ASD)	<u>Servicios cubiertos:</u> • El tratamiento de salud conductual comprende: ○ Análisis conductual aplicado (“ABA”) ○ Atención psiquiátrica ○ Atención psicológica • Consulte la sección de <u>tratamiento del ASD</u> en la página 57 para obtener información sobre otros tipos de atención del <u>ASD</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para las visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio. • Se requiere para otros entornos de tratamiento. <u>Limitaciones:</u> • El análisis conductual aplicado se limita a los siguientes diagnósticos: ○ Trastorno autista: autismo infantil, psicosis infantil y síndrome de Kanner ○ Trastorno disociativo de la infancia: síndrome de Heller ○ Síndrome de Rett ○ Trastornos generalizados del desarrollo no especificados: trastorno de Asperger, psicosis infantil atípica y psicosis limítrofe de la infancia • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio: Sin <u>copago</u>. ABA: Hogar: Sin <u>copago</u>. <u>Aprendizaje en el entorno natural:</u> \$50 de <u>copago</u> por día. Visita al consultorio: Sin <u>copago</u>.
<u>Administración de casos</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Asistencia en el hogar para ayudarlo a encontrar recursos de la comunidad, servicios y autoayuda de forma gratuita.	Sin <u>copago</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	- Rehabilitación psicológica. <u>Requerimiento de PA:</u> - No. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Tratamiento de terapia convulsiva	<u>Servicios cubiertos:</u> - Terapia convulsiva con medicamentos o tratamiento de electrochoque. - Anestesia si se administra con el tratamiento. <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> del <u>RTC</u> o del <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.
Asesoramiento	<u>Servicios cubiertos:</u> - Biorretroalimentación. - Hipnoterapia. - Sesiones de terapia individuales, grupales, matrimoniales o familiares. - Estimulación magnética transcraneal. <u>Requerimiento de PA:</u> - No se requiere para las visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio. - Se requiere para otros entornos de tratamiento. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales.	Visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio: Sin <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> del <u>RTC</u> o del <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
Intervención en crisis	<u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales. <u>Servicios cubiertos:</u> • Asistencia para crisis que no ponen en riesgo la vida. • Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. • Asistencia en persona o por teléfono. <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Consulta de tratamiento de salud conductual en el consultorio o a distancia: Sin <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> del <u>RTC</u> o del <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.
Examen y evaluación de diagnóstico	<u>Servicios cubiertos:</u> • Servicios para diagnosticar una afección. • Pruebas psicológicas, de desarrollo o neuropsicológicas. • Consulte también la sección “<u>Pruebas de diagnóstico</u>” en la página 62. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para las visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio. • Se requiere para otros entornos de tratamiento. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Educación, instrucción y servicios ofrecidos a través de una escuela o de una institución académica con fines de diagnóstico o tratamiento	Visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio: Sin <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> del <u>RTC</u> o del <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	de discapacidades de aprendizaje, trastornos de conducta perturbadora, de control de impulsos u otros trastornos de conducta. • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Tratamiento de trastornos de la alimentación	<u>Servicios cubiertos:</u> • Todos los niveles de atención y entornos de tratamiento. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para las visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio o las visitas a una <u>ER</u>. • Se requiere para otros entornos de tratamiento. • Se requiere para entornos de tratamiento médico, lo que comprende, entre otros, asesoramiento nutricional. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio: Sin <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>ER</u>, que es \$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>, y no se aplica si se lo admite como <u>paciente hospitalizado</u> en el mismo <u>hospital</u>; en su lugar, paga el <u>costo compartido</u> de <u>paciente hospitalizado</u>. Se incluye en el <u>copago</u> del <u>RTC</u> o del <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.
<u>Servicios de emergencia</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Crisis que ponen en riesgo la vida. • Siga los pasos de la sección “<u>Atención de emergencia</u>” en la página 28. • Inestabilidad conductual que provoca incapacidad de realizar actividades de la vida diaria. • Observación. <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales.	\$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. No aplica si se lo admite para recibir atención como <u>paciente hospitalizado</u> en el departamento de <u>ER</u> del mismo <u>hospital</u>; usted paga el <u>costo compartido</u> de <u>paciente hospitalizado</u> en su lugar.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
<u>Centro hospitalario para pacientes hospitalizados</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> - Para obtener información acerca de los <u>servicios médicos</u> consulte la sección “<u>Centro hospitalario para pacientes hospitalizados</u>” en la página 86. - Además, servicios de salud conductual: - Consultas de salud conductual - Terapia electroconvulsiva - Psicoterapia grupal - Psicoterapia individual y familiar - Administración de medicamentos - Evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas - Debe recibir tratamiento en un <u>hospital</u>, un <u>hospital</u> psiquiátrico o un <u>RTC</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	\$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u> .
<u>Programa intensivo para pacientes ambulatorios</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> - Terapias de modificación del comportamiento. - Varias veces a la semana durante una cantidad predeterminada de horas por día. <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales.	Sin <u>copago</u> .

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Desintoxicación médica	<u>Servicios cubiertos:</u> <u>Centros</u> que proporcionan programas de tratamiento de dependencia de sustancias químicas <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Se incluye en el <u>copago</u> del <u>RTC</u> o del <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u> , que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u> .
Programa de tratamiento asistido por medicamentos	<u>Servicios cubiertos:</u> - Visitas de administración de medicamentos. - Servicios para tratar el abuso de sustancias: - Medicamentos contra la ansiedad para trastornos de abuso de alcohol, tabaco, opioides y otras sustancias. <u>Administración de casos</u> - Terapia y apoyo integrales para ayudar a abordar problemas relacionados con la dependencia de opioides, entre ellos: - Abstinencia - Ansiedad - Prevención contra recaídas - Enseñanza y desarrollo de habilidades de afrontamiento - Consulte la sección “<u>Beneficios de medicamentos recetados</u>” en la página 116. <u>Requerimiento de PA:</u>	<u>Administración de casos:</u> Sin <u>copago</u> . Visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio: Sin <u>copago</u> . <u>PCP:</u> Sin <u>copago</u> . Se incluye en el <u>copago</u> del <u>RTC</u> o del <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u> , que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u> . Consulte la “ <u>Tabla de beneficios de medicamentos recetados</u> ” en la página 117.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	- No se requiere para las visitas de tratamiento de salud conductual o las visitas al <u>PCP</u> en el consultorio. - Se requiere para visitas a un <u>RTC</u> o a un <u>hospital</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>. - Se requiere para algunos medicamentos. Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Evaluación y administración de medicamentos	<u>Servicios cubiertos:</u> - Servicios para la evaluación y la administración de <u>medicamentos recetados</u>. Los medicamentos pueden ser para salud mental o abuso de sustancias. - Su <u>PCP</u> o su <u>BHP</u> pueden supervisar sus medicamentos de mantenimiento. - Consulte la sección “<u>Beneficios de medicamentos recetados</u>” en la página 116. <u>Requerimiento de PA:</u> - No se requiere para visitas al <u>PCP</u> o al <u>BHP</u> en el consultorio. - Se requiere para otros entornos de tratamiento. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio: Sin <u>copago</u>. <u>PCP</u>: Sin <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> del <u>RTC</u> o del <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Consulte la “<u>Tabla de beneficios de medicamentos recetados</u>” en la página 117.
Tratamiento para enfermedades mentales leves	<u>Servicios cubiertos:</u> - Tratamiento para el diagnóstico, lo que comprende, entre otros: - Trastornos de adaptación	Visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio: Sin <u>copago</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	○ Trastornos de ansiedad ○ Trastornos del estado de ánimo ○ Trastornos de personalidad <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para las visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio o las visitas a una <u>ER</u>. • Se requiere para otros entornos de tratamiento. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Se incluye en el <u>copago</u> de <u>ER</u>, que es \$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>, y no se aplica si se lo admite como <u>paciente hospitalizado</u> en el mismo <u>hospital</u>; en su lugar, paga el <u>costo compartido de paciente hospitalizado</u>. Se incluye en el <u>copago</u> del <u>RTC</u> o del <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.
<u>Hospitalización parcial</u> (tratamiento durante el día)	<u>Servicios cubiertos:</u> • Tratamiento varias veces a la semana durante una cantidad predeterminada de horas por día. Esta atención requiere más días u horas por día que un programa intensivo para <u>pacientes ambulatorios</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Sin <u>copago</u>.
<u>Medicamentos recetados</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Consulte la sección “<u>Beneficios de medicamentos recetados</u>” en la página 116. <u>Requerimiento de PA:</u> • Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. <u>Limitaciones:</u>	Consulte la “<u>Tabla de beneficios de medicamentos recetados</u>” en la página 117.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	• Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. • Sujetas a las limitaciones generales. Servicios excluidos (no cubiertos): • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Educación psicosocial	Servicios cubiertos: • Educación en el hogar para aprender habilidades sociales y de la vida diaria. Requerimiento de PA: • Sí. Limitaciones: • Se limita a la enseñanza de habilidades sociales y de la vida diaria. • Sujetas a las limitaciones generales. Servicios excluidos (no cubiertos): • Educación, instrucción y servicios ofrecidos a través de una escuela o de una institución académica con fines de diagnóstico o tratamiento de discapacidades de aprendizaje, trastornos de conducta perturbadora, de control de impulsos u otros trastornos de conducta. • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Sin <u>copago</u> .
<u>RTC</u>	Servicios cubiertos: • Atención en <u>centros</u> autorizados como <u>RTC</u>, lo que comprende: ○ Diagnóstico, evaluación y tratamiento ○ Servicios de educación y apoyo ○ Asesoramiento individual, familiar, matrimonial y grupal ○ Servicios médicos, de enfermería y nutrición ○ Evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas ○ Habitación y comidas	\$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u> .

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Tratamiento de enfermedades mentales graves	<u>Servicios cubiertos:</u> • El diagnóstico comprende, entre otros: ○ Trastornos bipolares ○ Trastornos depresivos mayores ○ Trastornos obsesivo-compulsivos ○ Trastornos generalizados del desarrollo ○ Esquizofrenia ○ Trastornos esquizoafectivos <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para las visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio o las visitas a una <u>ER</u>. • Se requiere para otros entornos de tratamiento. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio: Sin <u>copago</u>. Programa intensivo para <u>pacientes ambulatorios</u>: sin <u>copago</u>. <u>Hospitalización</u> parcial: sin <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>ER</u>, que es \$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>, y no se aplica si se lo admite como <u>paciente hospitalizado</u> en el mismo <u>hospital</u>; en su lugar, paga el <u>costo compartido de paciente hospitalizado</u>. Se incluye en el <u>copago</u> del <u>RTC</u> o del <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.
Tratamiento para el abuso de sustancias	<u>Servicios cubiertos:</u> • Diagnóstico y tratamiento, lo que comprende programas de tratamiento asistido por medicamentos para el uso indebido y el abuso o la adicción al alcohol y las drogas. El término “drogas” se refiere a sustancias ilegales, medicamentos recetados o <u>de venta libre</u>.	<u>Administración de casos</u>: Sin <u>copago</u>. Visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio: Sin <u>copago</u>. Programa intensivo para <u>pacientes ambulatorios</u>: sin <u>copago</u>. <u>Hospitalización</u> parcial: sin <u>copago</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	• Consulte también la sección “<u>Beneficios de medicamentos recetados</u>” en la página 116. • También lo pondremos en contacto con recursos de la comunidad para ayudarlo en su proceso de recuperación. La mayoría de estos servicios se proporcionan sin costo alguno para usted. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para las visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio o las visitas a una <u>ER</u> ni para la <u>administración de casos</u>. • Se requiere para otros entornos de tratamiento. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Se incluye en el <u>copago</u> de <u>ER</u>, que es \$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>, y no se aplica si se lo admite como <u>paciente hospitalizado</u> en el mismo <u>hospital</u>; en su lugar, paga el <u>costo compartido de paciente hospitalizado</u>. Se incluye en el <u>copago</u> del <u>RTC</u> o del <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.
Pruebas	<u>Servicios cubiertos:</u> • Evaluación clínica con herramientas reconocidas: ○ del desarrollo ○ neuropsicológica ○ psicológica ○ de abuso de sustancias <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para las visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio. • Se requiere para otros entornos de tratamiento. <u>Limitaciones:</u> • Las <u>pruebas de detección</u> de autismo y las <u>pruebas de detección</u> de problemas en el desarrollo se limitan a las visitas de niño sano. • Sujetas a las limitaciones generales.	Visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio: Sin <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> del <u>RTC</u> o del <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Tratamiento para dejar el tabaco	<u>Servicios cubiertos:</u> - Tratamiento para ayudar a dejar de consumir productos de tabaco. Consulte también la sección “<u>Tratamiento para dejar el tabaco</u>” en la página 175. <u>Requerimiento de PA:</u> - No. <u>Limitaciones:</u> - Dos intentos por año. - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Sin <u>copago</u> .

Recursos para llevar una vida saludable

Contar con un plan para administrar sus necesidades de atención médica va más allá de las visitas y los medicamentos. También conlleva encontrar un equilibrio entre el trabajo, la familia, el hogar y la vida social.

Al hacernos parte de su plan, obtiene atención de un equipo dedicado a que viva cada día de la manera más saludable.

Para acceder a su equipo de GlobalHealth y a materiales gratuitos, diríjase a www.GlobalHealth.com:

- Evaluación de riesgos de salud (HRA) anual
- Herramientas para mejorar y mantener la salud
- Información sobre el control de afecciones a largo plazo
- Encuestas de satisfacción en el sitio web
- Materiales sobre salud
- Poderosos módulos de aprendizaje en línea que le llevan a redescubrir su paz interior y bienestar mental

Beneficios médicos

Servicios cubiertos

Puede recibir algunos servicios cubiertos en un centro preferido o en un centro no preferido dentro de nuestra red. A continuación, le indicamos qué servicios cuentan con la opción. Cuando programe una cita, asegúrese de preguntar qué tipo de centro es *con respecto al servicio que va a recibir*. El costo

compartido que pague depende del lugar en el que reciba el servicio y del tipo de servicio. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros.

Nota: si se va a someter a una cirugía en un centro hospitalario, debe preguntarle a su proveedor si se lo tratará como paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor solicite por escrito que se lo admita como paciente hospitalizado, se lo tratará como paciente ambulatorio y pagará los importes de los costos compartidos para cirugías de pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, se lo podría considerar como “paciente ambulatorio”.

Consulte también la sección “Requisitos de cobertura” en la página 42.

Tabla de beneficios médicos

Beneficio	Descripción	Usted paga
Atención de alergias	<u>Servicios cubiertos:</u> • Suero ○ Suero para alergias y suministros necesarios para su administración ○ No está cubierto en los <u>beneficios de medicamentos recetados</u>. Solo está cubierto si se le administra en una visita en el consultorio o si el médico se lo prepara para que se lo administre usted mismo. • Pruebas ○ Servicios y suministros utilizados para determinar un plan para el tratamiento de alergias. • Tratamiento ○ Atención médica de alergias. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para los servicios del <u>PCP</u>. • Se requiere para los servicios de <u>especialistas</u>. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	<u>PCP</u>: Sin <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Suero: \$30 de <u>copago</u> por 6 semanas de suministro del antígeno y su administración.
Ambulancia	<u>Servicios cubiertos:</u>	\$100 de <u>copago</u> por suceso.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	• Transporte cuando debe recibir <u>servicios de emergencia</u> y se requiere una ambulancia para que los pueda recibir. • Ambulancia aérea cuando no se lo puede trasladar de forma segura por otros medios. • Servicios de ambulancia que no son de emergencia cuando otros medios de transporte no son seguros. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para servicios de emergencia. • Se requiere para los servicios que no son de emergencia. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Transporte público o comercial. • Servicios de furgoneta para camillas. • Servicios de furgoneta para sillas de ruedas. • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Anestesia	<u>Servicios cubiertos:</u> • Servicios como parte de un procedimiento o una cirugía. • Consulte también la sección “<u>Atención dental: anestesia</u>” en la página 69. <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u>	Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u> , que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u> .
Tratamiento del ASD	Consulte a continuación.	Consulte a continuación.
<u>ASD: farmacia</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> - Consulte la sección “<u>Beneficios de medicamentos recetados</u>” en la página 116. <u>Requerimiento de PA:</u> - Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. <u>Limitaciones:</u> - Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Consulte la “ <u>Tabla de beneficios de medicamentos recetados</u> ” en la página 117.
<u>ASD: pruebas de detección</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> <u>Pruebas de detección</u> de discapacidades y retrasos en el desarrollo. - Examen que incluye observaciones, antecedentes familiares y la perspectiva de los padres. <u>Requerimiento de PA:</u> - No. <u>Limitaciones:</u> - Se limitan a las visitas de niño sano. - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u>	Sin <u>copago</u> .

Beneficio	Descripción	Usted paga
	Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
ASD: atención terapéutica	<u>Servicios cubiertos:</u> <u>Servicios de habilitación</u> relacionados con el diagnóstico de <u>ASD</u>: - Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. - No se tiene en cuenta en las limitaciones de visitas de <u>servicios de rehabilitación</u> a las que tenga derecho. <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - El tratamiento del <u>ASD</u> se limita a los siguientes diagnósticos: - Trastorno autista: autismo infantil, psicosis infantil y síndrome de Kanner - Trastorno disociativo de la infancia: síndrome de Heller - Síndrome de Rett - Trastornos generalizados del desarrollo no especificados: trastorno de Asperger, psicosis infantil atípica y psicosis limítrofe de la infancia - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Visitas en el consultorio: \$25 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el copago de <u>centros</u> de rehabilitación para <u>pacientes ambulatorios</u>, que es \$35 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> del <u>cuidado de la salud en el hogar</u>, que no tiene <u>copago</u>.
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD)	<u>Servicios cubiertos:</u> - Administración médica, que comprende: - Evaluación diagnóstica - Servicios de laboratorio para la supervisión de medicamentos recetados - Tratamiento <u>Requerimiento de PA:</u>	Análisis de laboratorio, radiografías y <u>pruebas de diagnóstico</u>: \$10 de <u>copago</u> por visita. <u>PCP</u>: Sin <u>copago</u>. Asesoramiento: Consulte la “<u>Tabla de beneficios de salud conductual</u>” en la página 43.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	- No. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Sangre y productos sanguíneos	<u>Servicios cubiertos:</u> - Procesamiento, almacenamiento y administración, incluidos la extracción y el almacenamiento de sangre autógena. La sangre donada es un artículo no facturable. <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Se incluye en el <u>copago</u> de <u>ER</u>, que es \$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>, y no se aplica si se lo admite como <u>paciente hospitalizado</u> en el mismo <u>hospital</u>; en su lugar, paga el <u>costo compartido</u> de <u>paciente hospitalizado</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.
Prueba de densidad ósea	<u>Servicios cubiertos:</u> - Medidas utilizadas para detectar una masa ósea baja y determinar el riesgo de osteoporosis. - Personas mayores de 45 años de edad y que: - Tienen una deficiencia de estrógeno. - Tienen anomalías vertebrales, hiperparatiroidismo primario	Sin <u>copago</u> .

Beneficio	Descripción	Usted paga
	- o antecedentes de fracturas por fragilidad ósea. - o Reciben glucocorticoides a largo plazo. - o Están recibiendo tratamiento para la osteoporosis. • Personas mayores de 60 años de edad: - o <u>Pruebas de detección</u> de rutina cuando existe mayor riesgo de fracturas osteoporóticas. • Personas mayores de 65 años de edad. <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Cáncer de seno: atención para <u>pacientes hospitalizados</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Por lo menos, 48 horas después de una mastectomía • Por lo menos, 24 horas después de una disección de ganglios linfáticos • Reconstrucción del seno afectado • Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica cuando se lleva a cabo en un plazo de 24 meses después de la reconstrucción del seno afectado • Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos linfedemas <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u>	Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	- Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Cáncer de seno: atención preventiva	<u>Servicios cubiertos:</u> - Asesoramiento genético - Si se indican, pruebas del <u>BRCA</u> para mujeres con antecedentes familiares de cáncer de seno, de ovario, de trompas de Falopio o peritoneal que pueda aumentar el riesgo de tener mutaciones genéticas perjudiciales. - La cobertura está disponible sin costo en los siguientes casos: - Si no tiene síntomas ni está recibiendo tratamiento activo para cáncer de seno, de ovario, de trompas de Falopio o peritoneal actualmente. - Incluso si se le diagnosticó cáncer en el pasado. <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Sin <u>copago</u>.
Cáncer de seno: prótesis	<u>Servicios cubiertos:</u> - Prótesis externas e implantadas quirúrgicamente. <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u>	Prótesis externas: 20% de <u>coseguro</u>. Prótesis internas: Se incluye en el <u>copago de centro hospitalario</u> para pacientes hospitalizados, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	- Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Prendas o dispositivos <u>OTC</u>. - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Cáncer de seno: tratamiento	<u>Servicios cubiertos:</u> - Todos los tipos de tratamiento <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Terapia de tratamiento en un <u>centro</u> de quimioterapia o radioterapia: \$50 de <u>copago</u> por tratamiento Equipos, servicios, medicamentos y suministros en un consultorio: Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Equipos, servicios, medicamentos y suministros en un <u>centro</u>: Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Equipos, servicios y suministros facturados por parte de una agencia de <u>cuidado de la salud en el hogar</u>: sin <u>copago</u>. <u>Medicamentos recetados</u> en una farmacia: Consulte la “<u>Tabla de beneficios de medicamentos recetados</u>” en la página 117.
Rehabilitación pulmonar y cardíaca: <u>pacientes ambulatorios</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> - Asesoramiento - Educación - Ejercicios - Condiciones cubiertas: - Recuperación de: - Cirugía de derivación gástrica - Ataque cardíaco - Trasplante de corazón <u>COPD</u>.	\$20 de <u>copago</u> por visita.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Atención quiropráctica	<u>Servicios cubiertos:</u> • Servicios durante una visita en el consultorio. <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Se limita a 15 visitas por año. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	\$25 de <u>copago</u> por visita.
Tratamiento de labio leporino y paladar hendido	<u>Servicios cubiertos:</u> • Atención para <u>pacientes hospitalizados y ambulatorios</u> para labio leporino o paladar hendido, o ambos, que comprende: ○ <u>Cirugía oral</u> ○ <u>Ortodoncia</u> ○ Tratamiento otológico, audiológico y del habla/lenguaje <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • El tratamiento otológico, audiológico y del habla/lenguaje	Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios en centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios en centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> y \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por

Beneficio	Descripción	Usted paga
	se limita a 60 visitas combinadas por año. - Todas las visitas otológicas, audiológicas y del habla/lenguaje se tienen en cuenta en los límites totales de visitas combinadas de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla como <u>paciente ambulatorio</u> para los <u>servicios de rehabilitación</u>. - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Tratamiento otológico, audiológico y del habla/lenguaje: Visita en el consultorio: \$25 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el copago de <u>centros de rehabilitación para pacientes ambulatorios</u>, que es \$35 de <u>copago</u> por visita.
Ensayos clínicos	<u>Servicios cubiertos:</u> <u>Costos de rutina</u> únicamente - El ensayo clínico debe ser para el cáncer u otra <u>enfermedad o afección que representa un peligro para la vida</u>. - El motivo o propósito del ensayo clínico debe ser la evaluación de un artículo o servicio que se encuentre dentro de una categoría de beneficios (por ejemplo, <u>pruebas de diagnóstico</u>) y que no esté excluido de la cobertura (como los procedimientos optativos). <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Análisis de laboratorio: \$10 de <u>copago</u> por visita Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>ER</u>, que es \$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>, y no se aplica si se lo admite como <u>paciente hospitalizado</u> en el mismo <u>hospital</u>; en su lugar, paga el <u>costo compartido de paciente hospitalizado</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes</u>

Beneficio	Descripción	Usted paga
		hospitalizados, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u> .
<u>Pruebas de detección preventiva de cáncer colorrectal</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Consulte la sección “<u>Beneficios de atención preventiva</u>” en la página 123. • Colonoscopia: una vez cada 10 años. El proceso de la <u>prueba de detección</u> preventiva comprende: ○ Consulta antes de la <u>prueba de detección</u> si su médico determina que sería lo adecuado para usted ○ Servicios de anestesia con la colonoscopia si el médico que lo atiende determina que sería lo adecuado para usted ○ Extracción de pólipos durante la <u>prueba de detección</u> ○ Servicios de patología para determinar si los pólipos son malignos • Colonoscopia por CT (tomografía computarizada): cada cinco años. • Prueba inmunoquímica fecal (“FIT”): cada 12 meses. • Prueba de sangre oculta en heces (“FOBT”): cada 12 meses. • FIT-ADN: cada tres años. ○ Se requiere una orden médica. • Sigmoidoscopia. ○ Una vez cada tres años. ○ Una vez cada cinco años con FOBT cada 12 meses. ○ Una vez cada 10 años con FIT cada 12 meses. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para FIT, FIT-ADN ni FOBT. • Se requiere para colonoscopias, colonoscopias por CT o sigmoidoscopias.	Sin <u>copago</u> .

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<u>Limitaciones:</u> • Se limita al programa de <u>pruebas de detección</u> del <u>USPSTF</u> (Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos). • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Servicios de anticoncepción	<u>Servicios cubiertos:</u> • Asesoramiento, uso de anticonceptivos y atención de seguimiento (como administración, evaluación, modificaciones y extracción o interrupción). • La cobertura de servicios quirúrgicos comprende lo siguiente: ○ Capuchón cervical ○ Varilla implantable ○ Cirugía de esterilización ○ Implante de esterilización quirúrgica para mujeres • Las histerectomías están cubiertas con un <u>costo compartido</u> regular. • La <u>cobertura para medicamentos recetados</u> comprende: ○ Anticonceptivos orales (píldora combinada) ○ Anticonceptivos orales (progestina únicamente) ○ Anticonceptivos orales de uso prolongado o continuo ○ Parche ○ Esponja ○ Preservativo femenino ○ Espermicida ○ Inyección ○ Anillo vaginal anticonceptivo	Sin <u>copago</u> .

Beneficio	Descripción	Usted paga
	○ Anticonceptivos de emergencia (Plan B/Plan B One Step/Next Choice) ○ Anticonceptivo de emergencia (Ella) • Los servicios y artículos sin costo comprenden visitas gratuitas en un consultorio o un <u>centro</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para visitas en el consultorio: ○ Diafragma ○ DIU de cobre ○ DIU de progestina ○ Inyecciones • Se requiere para todos los demás entornos de tratamiento y servicios. • Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> para obtener información acerca de los <u>medicamentos recetados</u>. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Reversión de esterilización quirúrgica voluntaria • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
<u>Cirugía reconstructiva y estética</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Servicios quirúrgicos para <u>pacientes ambulatorios</u>. • <u>Servicios hospitalarios</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Las cirugías estéticas se limitan a lo siguiente:	Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	○ Reconstrucción de seno después de una mastectomía ○ Mejora del funcionamiento de una parte del cuerpo deforme ○ Reparación debido a una lesión accidental • Las <u>cirugías reconstructivas</u> se limitan a lo siguiente: ○ Reducción de senos ○ Malformaciones craneofaciales para mejorar el funcionamiento, o intentar crear una apariencia normal, de una estructura anormal causada por defectos de nacimiento o anomalías en el desarrollo ○ La cirugía y el tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo debido a defectos de nacimiento, accidentes, lesiones o afecciones médicas ○ Cirugía reconstructiva después de una mastectomía para restaurar o lograr simetría, incluido el tratamiento de complicaciones físicas ○ Trauma, infección, tumores o enfermedad • Los servicios de odontología y procesos dentales en los dientes y el tejido circundante se limitan a lo siguiente: ○ Cirugía para mejorar el funcionamiento de la mandíbula, la boca o el rostro debido a un defecto de nacimiento. No incluye los trabajos dentales. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u>	Se incluye en el <u>copago de centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Atención dental: anestesia	<u>Servicios cubiertos:</u> - Anestesia - Anestesiólogo - El <u>hospital</u> o <u>centro</u> quirúrgico requerido para los procedimientos dentales <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - La anestesia general o sedación intravenosa para los servicios dentales se limita a los <u>miembros</u> que: - Tienen una afección médica o emocional que requiere <u>hospitalización</u> o anestesia general para la atención dental. - Están gravemente discapacitados - A juicio del médico que los trata, no tienen el desarrollo emocional suficiente como para someterse a un procedimiento dental <u>necesario desde el punto de vista médico sin anestesia</u> - Requieren servicios para <u>pacientes hospitalizados</u> o <u>ambulatorios</u> debido a una afección médica y un estado clínico subyacentes o debido a la gravedad del procedimiento dental. - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Corrección de defectos oclusivos de mandíbula, implantes dentales o injertos de arcos alveolares.	Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	• Odontología general o preventiva. • Procedimientos que no son de emergencia relacionados con los dientes o sus estructuras de soporte. • Tratamiento de tejidos blandos para la preparación de procedimientos dentales o dentaduras postizas. • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Atención dental: emergencias	<u>Servicios cubiertos:</u> • Atención para lesiones accidentales en la mandíbula, dientes naturales sanos, la boca o el rostro. <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Servicios de <u>ER</u> para el tratamiento de lesiones accidentales en la mandíbula, dientes naturales sanos, la boca o el rostro. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • El reemplazo, el reimplante y la atención de seguimiento de esos dientes, incluso si los dientes no se salvan con estabilización de emergencia. • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Se incluye en el <u>copago</u> de <u>ER</u>, que es \$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>, y no se aplica si se lo admite como <u>paciente hospitalizado</u> en el mismo <u>hospital</u>; en su lugar, paga el <u>costo compartido</u> de <u>paciente hospitalizado</u>.
Atención para diabéticos	• Atención médica para: ○ Prediabetes ○ Diabetes insulino dependiente (tipo I) ○ Diabetes no insulino dependiente (tipo II)	Consulte a continuación.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	○ Niveles elevados de glucosa en sangre durante el embarazo ● Consulte a continuación.	
Atención para diabéticos: suministros para diabéticos	<u>Servicios cubiertos:</u> ● Cartuchos para personas legalmente ciegas ● Dispositivos de asistencia para inyecciones ● Jeringas ● Tiras reactivas de prueba para monitores de glucosa ● Tiras reactivas para orina y de lectura visual ● Otros equipos, suministros y servicios relacionados con la diabetes que el Oklahoma State Board of Health (Consejo de Salud del Estado de Oklahoma) determine que son <u>necesarios desde el punto de vista médico</u>, siempre y cuando estén aprobados por la <u>FDA</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> ● No se requiere para los monitores que proporcionamos. ● Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. <u>Limitaciones:</u> ● Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. ● Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> ● Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	20% de <u>coseguro</u>. Suministros en visitas en un consultorio o a un <u>centro</u>: Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Suministros facturados por una agencia de <u>cuidado de la salud en el hogar</u> o <u>servicios de cuidados paliativos</u>: Sin <u>copago</u>.
Atención para diabéticos: <u>DME</u> y suministros	<u>Servicios cubiertos:</u> ● Dispositivos para los pies para prevenir complicaciones de la diabetes ● Monitores de glucosa en sangre	20% de <u>coseguro</u>. Equipos en visitas en un consultorio o a un <u>centro</u>:

Beneficio	Descripción	Usted paga
	• Monitores de glucosa en sangre para personas legalmente ciegas • Bombas de insulina y accesorios necesarios • Dispositivos de infusión de insulina <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Los dispositivos para los pies se limitan a calzado, plantillas, soportes para arco y dispositivos de soporte para <u>miembros</u> que tengan un diagnóstico de diabetes o una enfermedad del sistema circulatorio. • Los glucómetros se limitan a dos por año. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> y \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Equipos facturados por una agencia de <u>cuidado de la salud en el hogar</u> o <u>servicios de cuidados paliativos</u>: Sin <u>copago</u>.
Atención para diabéticos: medicamentos	<u>Servicios cubiertos:</u> • Insulina • Agentes orales para el control de los niveles de azúcar en sangre <u>Requerimiento de PA:</u> • Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. <u>Limitaciones:</u> • Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Consulte la “<u>Tabla de beneficios de medicamentos recetados</u>” en la página 117.

Beneficio	Descripción	Usted paga
Atención para diabéticos: <u>Programa Nacional de Prevención de la Diabetes</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> - Servicios para <u>miembros</u> con prediabetes (que tienen niveles de azúcar en sangre más altos de lo normal, pero aún no se les ha diagnosticado diabetes). - Asistencia para aprender nuevas habilidades: - Mantenerse activos - Comer de forma saludable - Bajar de peso <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - Se limita a <u>miembros</u> mayores de 18 años de edad. - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Sin <u>copago</u> .
Atención para diabéticos: capacitación para el autocontrol, educación y nutrición médica	<u>Servicios cubiertos:</u> - Los servicios sin costo comprenden: - Visitas para el diagnóstico de diabetes - Las visitas que su médico recomiende debido a cambios en sus síntomas o en su afección que impliquen la necesidad de modificar el autocontrol - Visitas de reeducación o actualización - Puede recibir la capacitación de su médico. O su médico puede enviarnos una <u>derivación</u> para visitas con un educador en diabetes, un nutricionista o un dietista. - Podría tener que pagar el <u>costo compartido</u> de servicios de	Sin <u>copago</u> .

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<u>especialistas</u> si recibe otros servicios durante la visita. <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
<u>Pruebas de diagnóstico</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Los servicios radiológicos y de laboratorio comprenden, entre otros: ○ Análisis de sangre ○ Mamografías que no son de rutina ○ Papanicolaou que no es de rutina ○ Ecografías de rutina ○ Radiografías estándar • Cubrimos las pruebas de Papanicolaou y las mamografías de rutina como parte de la <u>atención preventiva</u>. Cubrimos las ecografías de rutina relacionadas con embarazos como parte de la atención prenatal. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para los servicios de rutina. • Se requiere para los servicios que no son de rutina. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	\$10 de <u>copago</u> por visita.
<u>DME</u>	<u>Servicios cubiertos:</u>	20% de <u>coseguro</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	• Equipo y suministros solicitados por su <u>proveedor</u> para uso diario o prolongado. • Algunos ejemplos de <u>servicios cubiertos</u> comprenden: ○ CPAP (presión positiva continua en las vías respiratorias) y suministros ○ Muletas ○ Oxígeno y equipo de oxígeno ○ Algunos equipos y suministros para el autocontrol de la diabetes ○ Silla de ruedas • Ciertos artículos, aunque sean duraderos, pueden estar comprendidos en otras categorías de cobertura. Algunos ejemplos son las prótesis y los dispositivos ortopédicos. • Determinamos si el artículo se alquilará o se comprará. Debe devolver los equipos alquilados cuando dejen de ser necesarios desde el punto de vista médico. • Costos de reemplazos, reparaciones, ajustes, mantenimiento y entrega. <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Cambios en su hogar o en su vehículo. • Dispositivos de movimiento pasivo continuo. • Dispositivos de venta libre disponibles. • Equipos que proporcionan comodidad o conveniencia.	Equipos en visitas en un consultorio o a un <u>centro</u>: Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>ER</u>, que es \$350 de <u>copago</u> por visita y \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>, y no se aplica si se lo admite como <u>paciente hospitalizado</u> en el mismo <u>hospital</u>; en su lugar, paga el <u>costo compartido</u> de <u>paciente hospitalizado</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Equipos facturados por una agencia de <u>cuidado de la salud en el hogar</u> o <u>servicios de cuidados paliativos</u>: Sin <u>copago</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	○ Por ejemplo, concentradores de oxígeno portátiles. ● Jacuzzi o bañeras de hidromasaje. ● Colchones y otro tipo de ropa de cama o alarmas para incontinencia urinaria en la cama. ● Diversos artículos de <u>DME</u> para el mismo propósito o propósitos similares. ● Vehículos eléctricos que se pueden usar como sillas de ruedas. ● Compra o alquiler de equipos o suministros para uso doméstico común, como los siguientes: ○ Máquinas de limpieza de aire o dispositivos de filtración ○ Aires acondicionados ○ Camas y sillas ○ Almohadas cervicales o lumbares ○ Barras de apoyo ○ Equipos de acondicionamiento físico ○ Asientos de inodoro elevados ○ Bancos para ducha ○ Camillas de tracción ○ Purificadores de agua ● Características para mejorar equipos básicos ● Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Medicamentos de emergencia	<u>Servicios cubiertos:</u> ● Medicamentos recetados en visitas a la <u>ER</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> ● Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. <u>Limitaciones:</u> ● Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. ● Sujetas a las limitaciones generales.	Consulte la “ <u>Tabla de beneficios de medicamentos recetados</u> ” en la página 117.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
<u>Servicios de emergencia</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Consulte la sección “<u>Atención de emergencia</u>” en la página 28. ○ Una enfermedad, una lesión o un síntoma (incluido un dolor intenso), o una afección con un nivel de gravedad que pone en serio peligro su salud si no obtiene atención médica de inmediato. Si no obtiene atención médica de inmediato podría esperar razonablemente una de las siguientes consecuencias: 1) se pondría en grave peligro su salud; 2) tendría problemas graves con sus funciones corporales; o 3) tendría daños importantes en cualquier parte u órgano del cuerpo. • Incluye servicios de observación. <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	\$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. No aplica si se lo admite para recibir atención como <u>paciente hospitalizado</u> en el departamento de <u>ER</u> del mismo <u>hospital</u>; usted paga el <u>costo compartido</u> de <u>paciente hospitalizado</u> en su lugar.
<u>Anteojos</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Anteojos para niños y adultos después de una cirugía de cataratas. <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u>	Consulte la sección “<u>Beneficios de la vista</u>” en la página 132.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	- Se limita al primer par de armazones y lentes básicos o a un set de lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas. - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Cuidado de los pies	<u>Servicios cubiertos:</u> - Atención para lesiones o afecciones relacionadas con los pies. - La atención de rutina para <u>miembros</u> con diabetes o una enfermedad del sistema circulatorio comprende: - Examen anual de pie diabético - Desbridamiento, corte y arreglo de uñas - Higiene y cuidados preventivos de los pies <u>Requerimiento de PA:</u> - No se requiere para las visitas al <u>PCP</u>. - Se requiere para otros entornos de tratamiento. <u>Limitaciones:</u> - La atención de rutina se limita a los <u>miembros</u> con diabetes o una enfermedad del sistema circulatorio. - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	<u>PCP:</u> Sin <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u> en podología, que es \$20 de <u>copago</u> por visita.
Pruebas, servicios o análisis genéticos	<u>Servicios cubiertos:</u> Pruebas de expresión genética para el tratamiento de tumores	Servicios de laboratorio: \$10 de <u>copago</u> por visita

Beneficio	Descripción	Usted paga
	malignos (por ejemplo, cáncer de seno o de próstata) • Pruebas de detección de los genes <u>BRCA 1</u> y <u>BRCA 2</u> Consulte la sección “<u>Cáncer de seno: atención preventiva</u>” en la página 61. <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Se limitan a asesoramiento y pruebas para mujeres con antecedentes familiares relacionados con un mayor riesgo de mutaciones nocivas en los genes <u>BRCA 1</u> y <u>BRCA 2</u>. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.
<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • <u>Servicios de habilitación</u> relacionados con el diagnóstico de <u>ASD</u>: ○ Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. ○ No se tiene en cuenta en las limitaciones de visitas de <u>servicios de rehabilitación</u> a las que tenga derecho. • Consulte la sección “<u>Beneficios de salud conductual</u>” en la página 42. <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Se limitan a los siguientes diagnósticos:	Servicios en el consultorio: \$25 de <u>copago</u> por visita Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centros de rehabilitación</u> para <u>pacientes ambulatorios</u>, que es \$35 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia y \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Incluido en el <u>cuidado de la salud en el hogar</u>: <u>Copago</u>, que no tiene <u>copago</u>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	○ Trastorno autista: autismo infantil, psicosis infantil y síndrome de Kanner ○ Trastorno disociativo de la infancia: síndrome de Heller ○ Síndrome de Rett ○ Trastornos generalizados del desarrollo no especificados: trastorno de Asperger, psicosis infantil atípica y psicosis límite de la infancia • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Acupuntura o acupresión. • Quinesiología o terapia de movimiento. • Terapia de masaje. • Servicios de enfermería privada. • Terapia recreativa que incluye, entre otros: ○ Terapia asistida con animales ○ Musicoterapia • Técnica de Rolf • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Servicios de audición: Cochlear®	<u>Servicios cubiertos:</u> • Un dispositivo implantable para <u>miembros</u> con discapacidad auditiva profunda y bilateral que no cuentan con el beneficio de audífonos convencionales. • Cirugía para implantar un dispositivo. <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Se limitan a <u>miembros</u> de, por lo menos, 18 meses de edad o a <u>miembros</u> con sordera prelocutiva con mínima	Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	comprensión del habla que utilizan audífonos. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Servicios de audición: audífonos y dispositivos auditivos	<u>Servicios cubiertos:</u> • Costos de reparaciones y piezas de repuesto (excepto en caso de pérdida, venta, daño o destrucción debido a un uso inadecuado o abuso), ajustes, mantenimiento y entrega. <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Un aparato por oído cada 48 meses a menos que sea <u>necesario desde el punto de vista médico</u> reemplazarlo con mayor frecuencia. • Cuatro moldes de oído adicionales por año (dos para cada oído) para niños menores de dos años de edad. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Accesorios o suministros • Características de mejora • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Audífonos y dispositivos auditivos: 20% de <u>coseguro</u>. Reparaciones, piezas de repuesto, ajustes, mantenimiento y entrega: 20% de <u>coseguro</u>. Pérdida, venta, daño o destrucción debido a un uso inadecuado o abuso: usted paga el <u>deducible</u> del fabricante por cualquier garantía incluida con su audífono estándar; no se tiene en cuenta en su <u>MOOP</u>. Características de mejora: paga el cargo que supere el costo de un audífono estándar si elige mejoras; el importe adicional no se tiene en cuenta en su <u>MOOP</u>.
Servicios de audición: pruebas de detección	<u>Servicios cubiertos:</u> • <u>Pruebas de detección</u> realizadas por su <u>PCP</u>. • Evaluación por parte de un audiólogo. <u>Requerimiento de PA:</u> • No.	Sin <u>copago</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Servicios de audición: pruebas	<u>Servicios cubiertos:</u> • Pruebas para determinar la necesidad de utilizar audífonos. • Servicios relacionados necesarios para acceder, seleccionar y ajustar o adaptar audífonos. <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u> , que es \$50 de <u>copago</u> por visita.
<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Consulte la sección “<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>” en la página 82. <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Se limita a un total de 100 visitas por año. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Servicios, medicamentos, suministros y equipos facturados por una agencia de <u>cuidado de la salud en el hogar</u>: Sin <u>copago</u>. Equipos facturados por separado: 20% de <u>coseguro</u>.
<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • <u>Servicios de cuidados paliativos</u> del plan de atención elaborado	Visita de consulta: Sin <u>copago</u> .

Beneficio	Descripción	Usted paga
	por su equipo de <u>proveedores</u> y personas a cargo de su cuidado. • Puede recibir atención en un <u>centro</u> de cuidados paliativos de un <u>hospital</u> de la <u>red</u> o en un programa de cuidados paliativos en el hogar. • Servicios ○ Visita de consulta ○ Enfermería especializada ○ Un asistente de cuidado de la salud en el hogar certificado y los servicios de trabajo doméstico bajo la supervisión de un enfermero registrado y calificado ○ Servicios por luto ○ Servicios sociales ○ Asesoría médica ○ Servicios de patología física, ocupacional y del habla para propósitos de control de síntomas o para permitirle a usted que continúe con las actividades de la vida diaria y las habilidades funcionales básicas ○ Medicamentos ▪ Productos farmacéuticos facturados por la agencia de cuidados paliativos ○ Suministros y equipos ○ Equipos y suministros médicos facturados por la agencia de cuidados paliativos para la paliación y el manejo de enfermedades terminales y afecciones relacionadas <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> para obtener información acerca de los	Servicios, medicamentos, suministros y equipos facturados por una agencia de cuidados paliativos: Sin <u>copago</u>. Equipos facturados por separado: 20% de <u>coseguro</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	medicamentos no facturados por la agencia de cuidados paliativos. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Vacunas	<u>Servicios cubiertos:</u> • Consulte la sección “<u>Beneficios de atención preventiva</u>” en la página 123. <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Se limita a los programas recomendados por los <u>CDC</u>. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • A menos que además sean un <u>servicio preventivo</u>, las vacunas que debe recibir para lo siguiente: ○ Empleo ○ Servicio militar ○ Viajes ○ Una escuela de formación profesional o un instituto de educación superior • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Sin <u>copago</u> .
<u>Servicios por infertilidad</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Pruebas y diagnóstico • Medicamentos • Tratamiento para hombres y mujeres <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para las visitas al <u>PCP</u>.	Análisis de laboratorio y <u>pruebas de diagnóstico</u>: \$10 de <u>copago</u> por visita. <u>PCP</u>: Sin <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Otros tratamientos: 50% de <u>coseguro</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	- Se requiere para todos los demás entornos de tratamiento. - Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. <u>Limitaciones:</u> - Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Costo del espermatozoides de un donante u óvulo de una donante. - Crioconservación o almacenamiento de espermatozoides (banco de espermatozoides), óvulos o embriones. - Asesoramiento genético y <u>prueba de detección</u> genética. - Procedimientos de inseminación y todos los servicios relacionados con la inseminación - Transferencia intrafalopiana de gametos (“GIFT”) - Inseminación intracervical (“ICI”) - Fertilización in vitro (“IVF”) - Transferencia intrafalopiana de cigotos (“ZIFT”) - Reversión de un procedimiento de esterilización - Servicios asociados con estos procedimientos - Gestación subrogada - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Consulte la “<u>Tabla de beneficios de medicamentos recetados</u>” en la página 117.
Medicamentos inyectables	<u>Servicios cubiertos:</u> - Medicamentos inyectables para <u>pacientes ambulatorios</u> - Medicamentos que el médico le administra en el consultorio - Medicamentos autoinyectables - Medicamentos inyectables que se compran en una farmacia	<u>PCP</u>: Sin <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Consulte la “<u>Tabla de beneficios de medicamentos recetados</u>” en la página 117.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para las visitas al <u>PCP</u>. • Se requiere para todos los demás entornos de tratamiento. • Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> para obtener información acerca de los medicamentos autoinyectables. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
<u>Centro hospitalario para pacientes hospitalizados</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Atención que recibe en un <u>hospital</u> cuando necesita ser admitido. Suele requerir hospitalización durante la noche. • La atención comprende: ○ Administración de sangre completa y plasma sanguíneo ○ Servicios de anestesia y oxígeno ○ Fármacos, medicamentos, productos biológicos ○ Atención general de enfermería ○ Comidas y dietas especiales ○ Radioterapia, terapia de inhalación, perfusión ○ Habitación y comidas ○ Servicio de enfermería especial ○ Uso de quirófano y <u>centros</u> relacionados ○ Uso de unidades y servicios de cuidados intensivos ○ Servicios de laboratorio, radiografías y otras <u>pruebas de diagnóstico</u>	\$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Traslados a la <u>ER</u> dentro del mismo <u>hospital</u>: el <u>copago</u> de <u>ER</u> no se aplica; usted paga el <u>copago</u> de <u>paciente hospitalizado</u> en su lugar.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	• <u>Servicios de rehabilitación</u> cuando prevemos que mejore significativamente en un plazo de dos meses. <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • El uso de una sala privada en un <u>hospital</u> se limita al aislamiento para prevenir contagios de acuerdo con la política de control de infecciones del <u>hospital</u>. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Servicios de laboratorio	<u>Servicios cubiertos:</u> • Servicios de laboratorio de diagnóstico y terapéuticos, como: ○ Análisis de sangre ○ Marcadores tumorales ○ Análisis de orina <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	\$10 de <u>copago</u> por visita.
Mamografía	<u>Servicios cubiertos:</u> • <u>Pruebas de detección:</u> ○ Mujeres de entre 35 y 40 años de edad. ▪ Una mamografía de rutina durante este periodo de 5 años. ○ Mujeres mayores de 40 años de edad.	Sin <u>copago</u> .

Beneficio	Descripción	Usted paga
	▪ Una mamografía de rutina cada 12 meses. • Mamografías bidimensionales y tridimensionales. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para las mamografías de rutina. • Se requiere para las mamografías que no son de rutina. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Atención de maternidad y para recién nacidos	<u>Servicios cubiertos:</u> • Embarazo, trabajo de parto y parto. Comprende la atención médica de las <u>complicaciones del embarazo</u>, de abortos cuando la vida de la madre está en riesgo o de abortos espontáneos. ○ Las náuseas matutinas no son una <u>complicación del embarazo</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para emergencias, visitas en el consultorio de su <u>OB/GYN</u> ni para el parto. • Se requiere para todos los demás servicios. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Abortos voluntarios. • Gastos relacionados con la paternidad/maternidad sustituta.	Se incluye en el <u>copago</u> de parto y servicios para <u>pacientes hospitalizados</u> para la madre, que es \$500 de <u>copago</u> por estancia. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>ER</u>, que es \$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>, y no se aplica si se lo admite como <u>paciente hospitalizado</u> en el mismo <u>hospital</u>; en su lugar, paga el <u>costo compartido de paciente hospitalizado</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes</u>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	<u>hospitalizados</u> (no de admisión por parto), que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u> .
Atención de maternidad y para recién nacidos: suministros para la lactancia	<u>Servicios cubiertos:</u> - Suministros para la lactancia. - El alquiler o la compra de equipos para la lactancia es por la duración del periodo de amamantamiento. <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - Se limita a la compra o al alquiler de una bomba sacaleches y los suministros relacionados. - Se limita a una bomba por año para mujeres que están embarazadas o amantando. - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Sin <u>copago</u> .
Atención de maternidad y para recién nacidos: parto y servicios para <u>pacientes hospitalizados</u> para la madre	<u>Servicios cubiertos:</u> - Un mínimo de 48 horas de atención para <u>pacientes hospitalizados</u> en un <u>hospital</u> o un centro de maternidad autorizado como <u>hospital</u>, después de un parto vaginal. - Un mínimo de 96 horas de atención para <u>pacientes hospitalizados</u> en un <u>hospital</u> después de un parto por cesárea. - El periodo de 48/96 horas comienza en el momento del parto. Si tiene el parto fuera del <u>hospital</u> y se la admite más adelante en relación con este (según lo determine su médico),	\$500 de <u>copago</u> por estancia.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	el periodo comienza en el momento de la admisión. • La atención comprende: ○ Pruebas clínicas correspondientes ○ Parto ○ <u>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados</u> ○ Educación para padres ○ Evaluación física ○ Capacitación o ayuda en la lactancia materna y alimentación con biberón • Otras admisiones que no sean de emergencia o que superen las 48/96 horas de atención de rutina requieren una <u>PA</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para estos servicios. • Se requiere para otras admisiones que no sean de emergencia o que superen las 48/96 horas de atención de rutina. <u>Limitaciones:</u> • Los costos en los que se incurra por un parto normal a término fuera de nuestra <u>red</u>. Un “parto normal a término” hace referencia a un parto (vaginal o por cesárea) dentro de los 30 días de la fecha de parto programada. Consulte la sección “<u>Atención de emergencia</u>” en la página 28 para obtener información acerca de las excepciones. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Programas alternativos para el parto, tales como parto en el hogar y uso de comadronas y centros de nacimientos	

Beneficio	Descripción	Usted paga
Atención de maternidad y para recién nacidos: servicios de apoyo a la lactancia	- Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales. <u>Servicios cubiertos:</u> - Servicios de apoyo a la lactancia, educación y asesoramiento: - Prenatal (antes o durante el parto) - Perinatal (periodo alrededor del momento del parto) - Periodo posparto (después del parto) - Las sesiones individuales o grupales comprenden: - Conversaciones personales - Apoyo en línea - Llamadas telefónicas - Materiales impresos - Videos <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Sin <u>copago</u>.
Atención de maternidad y para recién nacidos: servicios para recién nacidos	<u>Servicios cubiertos:</u> - Los recién nacidos hospitalizados después de la estancia aprobada de la madre de 48/96 horas requieren un <u>costo compartido</u> separado del <u>hospital</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>. <u>Pruebas de detección</u> de rutina, exámenes del recién nacido y vacunas requeridas por la ley. - Servicios <u>necesarios desde el punto de vista médico</u> hasta los primeros 31 días de vida. Sin embargo, si no inscribe al recién nacido en un <u>plan</u> de GlobalHealth, la cobertura finalizará de forma automática	Servicios para <u>pacientes hospitalizados</u> durante la estancia de 48/96 horas de la madre: se incluye en el <u>copago</u> de parto y servicios para <u>pacientes hospitalizados</u> para la madre, que es \$500 de <u>copago</u> por estancia. Servicios para <u>pacientes hospitalizados</u> después de la estancia de 48/96 horas de la madre: \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Visitas al consultorio del pediatra: Sin <u>copago</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	una vez transcurridos los 31 días. Coordinaremos los beneficios para esos 31 días si inscribe al recién nacido en otro <u>plan</u> y la fecha de entrada en vigor es entre el día del nacimiento y el día 31. Consulte la sección “<u>Cuando está cubierto por más de un plan</u>” en la página 157. • Cuando se brinda atención por maternidad a una hija <u>dependiente</u>, el recién nacido (<u>dependiente</u> de una <u>dependiente</u>) no tiene cobertura después del periodo aprobado de 48/96 horas de estancia de la madre. • Cubrimos la circuncisión de recién nacidos. • Consulte también la sección “<u>Listas de verificación de las visitas de rutina</u>” en la página 170. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para la estancia de 48/96 horas de la madre ni para visitas al pediatra. • Se requiere para admisiones que superen la estancia de 48/96 horas de la madre. <u>Limitaciones:</u> • La madre debe permanecer inscrita en GlobalHealth. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Atención de maternidad y para recién nacidos: visitas posparto	<u>Servicios cubiertos:</u> • Hasta seis semanas de atención posparto. Recomendamos, por lo menos, una visita entre las semanas 3 y 6.	\$25 de <u>copago</u> por única vez para todas las visitas posparto.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	• Si el nacimiento se produce en el hogar o en un centro de maternidad autorizado como tal, cubrimos lo siguiente: ○ Atención posparto después del parto vaginal ○ Una visita a domicilio en un plazo de 48 horas a partir del nacimiento del bebé por parte de un <u>proveedor</u> cuyo ámbito profesional incluya proporcionar atención posparto. • Las visitas comprenden: ○ Pruebas clínicas correspondientes ○ <u>Pruebas de detección</u> de depresión ○ <u>Pruebas de detección</u> de diabetes ○ Educación para padres ○ Evaluación física de la madre y del recién nacido ○ Capacitación o ayuda en la lactancia materna y alimentación con biberón <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Atención de maternidad y para recién nacidos: atención prenatal	<u>Servicios cubiertos:</u> • Servicios de <u>administración de casos</u>. Consulte la sección “Programa de Apoyo Prenatal” en la página 167. • Su médico decide cuántas visitas son adecuadas para usted y qué atención debe recibir en cada una	<u>Administración de casos:</u> Sin <u>copago</u>. Atención de rutina: Sin <u>copago</u>. Servicios prenatales de alto riesgo o que no son de rutina ni de prevención: Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	de ellas. Los servicios de rutina comprenden, entre otros: ○ Vacunas ○ Análisis de laboratorio ○ Atención de obstetricia ○ <u>Pruebas de detección</u> ○ Ecografías • Consulte la sección “<u>Listas de verificación de las visitas de rutina</u>” en la página 170. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para la <u>administración de casos</u>, la atención de rutina ni las visitas a la <u>ER</u>. • Se requiere para los servicios prenatales que no son de rutina ni de prevención o para los de alto riesgo. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Monitoreo uterino en el hogar • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Se incluye en el <u>copago</u> de <u>ER</u>, que es \$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>, y no se aplica si se lo admite como <u>paciente hospitalizado</u> en el mismo <u>hospital</u>; en su lugar, paga el <u>costo compartido</u> de <u>paciente hospitalizado</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.
Suministros y materiales médicos	<u>Servicios cubiertos:</u> • Artículos <u>OTC</u>: ○ Suministros para diabéticos ○ Suministros desechables para <u>DME</u> ○ Suministros de ostomía • El <u>costo compartido</u> de visitas en un consultorio, <u>centro</u> o agencia comprende los suministros y materiales médicos utilizados durante la visita o la admisión, como los siguientes: ○ Vendajes ○ Gasa ○ Ungüentos ○ Cabestrillos	Suministros de <u>DME</u> y ostomía: 20% de <u>coseguro</u>. Suministros para diabéticos: 20% de <u>coseguro</u>. Suministros en visitas en un consultorio o a un <u>centro</u>: <u>PCP</u>: Sin <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>ER</u>, que es \$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de</u>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<u>Requerimiento de PA:</u> • Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	<u>médicos</u>, y no se aplica si se lo admite como <u>paciente hospitalizado</u> en el mismo <u>hospital</u>; en su lugar, paga el <u>costo compartido</u> de <u>paciente hospitalizado</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en la agencia de <u>cuidado de la salud en el hogar</u> o <u>servicios de cuidados paliativos</u>: Sin <u>copago</u>.
Servicios de salud conductual o mental	<u>Servicios cubiertos:</u> • Servicios para <u>pacientes hospitalizados</u> y <u>ambulatorios</u> <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para las visitas de tratamiento de salud conductual en el consultorio o las visitas a una <u>ER</u>. • Se requiere para otros entornos de tratamiento. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u>	Consulte la “<u>Tabla de beneficios de salud conductual</u>” en la página 43.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	• Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
<u>Pruebas de detección de obesidad y asesoramiento y tratamiento para bajar de peso</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • <u>Pruebas de detección</u> y asesoramiento para todos los <u>miembros</u>. Consulte la sección “<u>Beneficios de atención preventiva</u>” en la página 123. • Beneficios para el tratamiento del control del peso en adultos para <u>miembros</u> con un IMC de 30 kg/m² o superior: ○ 12 a 26 sesiones de asesoramiento el primer año ○ Sesiones individuales o grupales para ayudar a los <u>miembros</u> ▪ Tomar decisiones de alimentación saludables ▪ Tratar los obstáculos que impiden cambiar ▪ Controlar la conducta ▪ Mantener la actividad física • Beneficios para niños mayores de 6 años de edad con un IMC en el percentil 95 o superior. ○ Sesiones centradas tanto en los padres como en el niño (por separado, juntos o ambas opciones) ○ Sesiones familiares o grupales para ayudar a los <u>miembros</u> a aprender maneras seguras y eficaces de bajar de peso • Servicios de su <u>PCP</u>, un dietista o nutricionista de la <u>red</u>, un fisioterapeuta de la <u>red</u> o un <u>BHP</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para servicios del <u>PCP</u> o del <u>BHP</u>. • Se requiere para otros entornos de tratamiento.	Sin <u>copago</u> .

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Programas comerciales o productos <u>OTC</u> para bajar de peso. • Adelgazamiento quirúrgico • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
<u>Cirugía oral</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Cirugía dentro o al lado de la cavidad oral para fines médicos únicamente • Cirugía oral y maxilofacial para: ○ Biopsia y extirpación de quistes o tumores en la mandíbula ○ Tratamiento de cáncer ○ Extracción de dientes antes de un trasplante de órgano principal ○ Radiación en la cabeza o el cuello y procedimientos para el tratamiento quirúrgico no dental por defectos congénitos • Cirugía ortognática cuando: ○ La alineación de la mordida afecta su salud física, no solo la dental, por ejemplo, si provoca problemas relacionados con: ▪ Deglución ▪ Habla ▪ Masticación ○ Sufrió un traumatismo en la boca que afecta su funcionamiento. ○ Otras formas de tratamiento no dieron resultado. <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u>	Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	- Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Dispositivos ortopédicos	<u>Servicios cubiertos:</u> - Botas u otros dispositivos relacionados con fracturas óseas. - Calzado, plantillas, soportes de arco, dispositivos de soporte, dispositivos ortopédicos, férulas y bragueros. - Reemplazos, reparaciones y ajustes. <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - El calzado se limita a lo siguiente: - Zapatos ortopédicos o correctivos unidos de forma permanente a una férula de Denis Browne para niños. - Otros dispositivos ortopédicos se limitan a lo siguiente: - Dispositivos ortopédicos para las piernas, los brazos, el cuello, la espalda o los hombros - Corsés quirúrgicos para la espalda y especiales - Férulas para las extremidades - Bragueros - Los reemplazos, las reparaciones y los ajustes se hacen únicamente debido a lo siguiente: - Desgaste normal - Un cambio significativo en su condición física - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Dispositivos <u>OTC</u> disponibles.	20% de <u>coseguro</u>. Dispositivos en visitas en un consultorio o a un <u>centro</u>: Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>ER</u>, que es \$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>, y no se aplica si se lo admite como <u>paciente hospitalizado</u> en el mismo <u>hospital</u>; en su lugar, paga el <u>costo compartido de paciente hospitalizado</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Dispositivos facturados por una agencia de <u>cuidado de la salud en el hogar</u> o <u>servicios de cuidados paliativos</u>: Sin <u>copago</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	- Equipo o dispositivos que no son médicos por naturaleza, como los siguientes: - Dispositivos ortopédicos para uso recreativo o atlético - Tapones para los oídos - Soportes y medias elásticas - Ligueros - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Servicios para <u>pacientes ambulatorios</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> - La atención comprende el diagnóstico, el tratamiento y los servicios de radiografía. No debe estar postrado en cama. - Puede recibir los servicios en el consultorio de un médico, en un <u>centro</u> fuera de un hospital o en un <u>hospital</u>. <u>Servicios de rehabilitación</u> cuando prevemos que mejore significativamente en un plazo de dos meses. <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Análisis de laboratorio, radiografías y <u>pruebas de diagnóstico</u>: \$10 de <u>copago</u> por visita. <u>Centro</u> de diagnóstico por imágenes: <u>centro preferido</u>: \$250 de <u>copago</u>. <u>Centro</u> de diagnóstico por imágenes: <u>centro no preferido</u>: \$750 de <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>ER</u>, que es \$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>, y no se aplica si se lo admite como <u>paciente hospitalizado</u> en el mismo <u>hospital</u>; en su lugar, paga el <u>costo compartido de paciente hospitalizado</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
		<u>Servicios de rehabilitación</u> en el consultorio: \$25 de <u>copago</u> por visita. <u>Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios</u>: \$35 de <u>copago</u> por visita. Tratamiento de heridas: \$50 de <u>copago</u>.
<u>Cirugía para pacientes ambulatorios</u>	<u>Servicios cubiertos</u>: • Cirugía llevada a cabo en un <u>centro para pacientes ambulatorios</u> y no durante una estancia como <u>paciente hospitalizado</u>, cuando corresponde. <u>Requerimiento de PA</u>: • Sí. <u>Limitaciones</u>: • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos)</u>: • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.
<u>Pruebas de fenilcetonuria (“PKU”)</u>	<u>Servicios cubiertos</u>: • Pruebas para recién nacidos Consulte la sección “<u>Beneficios de atención preventiva</u>” en la página 123. <u>Requerimiento de PA</u>: • No. <u>Limitaciones</u>: • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos)</u>: • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Sin <u>copago</u> .
<u>Fisioterapia</u>	<u>Servicios cubiertos</u>: • Evaluación por parte de un fisioterapeuta autorizado.	Visitas en el consultorio: \$25 de <u>copago</u> por visita.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	- El fisioterapeuta puede enviar una <u>derivación</u> por hasta 30 días de tratamiento. Los servicios que superan los 30 días requieren una <u>derivación</u> de un médico y otra autorización. - Todas las visitas de rehabilitación se tienen en cuenta en los límites totales de visitas combinadas de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla como <u>paciente ambulatorio</u> para los <u>servicios de rehabilitación</u>. - Terapia de masajes si se administra durante la visita de fisioterapia. No cubrimos la terapia de masajes si es el único propósito de la visita o si se factura por separado. <u>Requerimiento de PA:</u> - No se requiere solo para evaluaciones. - Se requiere para sesiones de tratamiento. <u>Limitaciones:</u> - Los <u>servicios de rehabilitación</u> se limitan a 60 visitas combinadas como <u>paciente ambulatorio</u> por año para: - Fisioterapia - Terapia ocupacional - Terapia del habla - El tratamiento del <u>ASD</u> se limita a los siguientes diagnósticos: - Trastorno autista: autismo infantil, psicosis infantil y síndrome de Kanner - Trastorno disociativo de la infancia: síndrome de Heller - Síndrome de Rett - Trastornos generalizados del desarrollo no especificados: trastorno de Asperger,	Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centros de rehabilitación</u> para <u>pacientes ambulatorios</u>, que es \$35 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>cuidado de la salud en el hogar</u>, que no tiene <u>copago</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	psicosis infantil atípica y psicosis limítrofe de la infancia • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Acupuntura o acupresión. • Quinesioterapia o terapia de movimiento. • Terapia de masaje. • Terapia recreativa que incluye, entre otros: ○ Terapia asistida con animales ○ Musicoterapia • Técnica de Rolf • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
<u>Servicios de médicos</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Servicios de diagnóstico, tratamiento, consulta y <u>derivación</u> proporcionados por su <u>PCP</u> o por un <u>especialista</u> • Los médicos y otros profesionales de la salud proporcionan servicios de: ○ Alopátia ○ Quiropraxia ○ Optometría ○ Osteopatía ○ Podología ○ Psicología ○ Segunda opinión quirúrgica • Ubicaciones ○ <u>ER</u> ○ Hogar ○ <u>Pacientes hospitalizados</u> ○ <u>Pacientes ambulatorios</u> ○ <u>Centro de enfermería especializada</u> • Telemedicina si su <u>proveedor</u> ofrece el servicio y tiene un contrato con nosotros para proporcionarlo. <u>Requerimiento de PA:</u>	<u>PCP:</u> Sin <u>copago</u>. Quiropráctico: \$25 de <u>copago</u> por visita. <u>Especialista:</u> \$50 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>atención de urgencia</u>, que es \$25 de <u>copago</u> por visita. <u>Servicios de cuidados paliativos</u> y de <u>cuidado de la salud en el hogar:</u> Sin <u>copago</u>. <u>Copago de ER:</u> \$50 de <u>copago</u>. <u>Paciente ambulatorio:</u> \$50 de <u>copago</u>. <u>Centro hospitalario para pacientes hospitalizados:</u> \$150 de <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro de enfermería especializada</u>, que es \$750 de <u>copago</u> por estancia.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	- No se requiere para las visitas al <u>PCP</u>, de <u>atención de urgencia</u>, de autoderivación o a una <u>ER</u>. - Se requiere para otros entornos de tratamiento. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
<u>Medicamentos recetados</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> - Productos y medicamentos recetados <u>Requerimiento de PA:</u> - Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. <u>Limitaciones:</u> - Consulte la sección “<u>Beneficios de medicamentos recetados</u>” en la página 116. - Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>. - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Consulte la “ <u>Tabla de beneficios de medicamentos recetados</u> ” en la página 117.
<u>Atención preventiva</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> - Actualizamos la lista de <u>servicios cubiertos</u> todos los años o como lo requiera la ley. Consulte la sección “<u>Beneficios de atención preventiva</u>” en la página 123. <u>Requerimiento de PA:</u> - No se requiere para la mayoría de los servicios que realiza el <u>PCP</u> u <u>OB/GYN</u> en su consultorio.	Sin <u>copago</u> .

Beneficio	Descripción	Usted paga
	- Se requiere para los <u>beneficios para adultos que exigen PA</u>. <u>Limitaciones:</u> - Consulte la sección “<u>Beneficios de atención preventiva</u>” en la página 123. - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
<u>Pruebas de detección de cáncer de próstata</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> - Una <u>prueba de detección</u> para hombres mayores de 40 años sin cargo. Puede ser un análisis de sangre para antígeno prostático específico o un examen rectal digital. <u>Requerimiento de PA:</u> - No. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Sin <u>copago</u> .
Prótesis	<u>Servicios cubiertos:</u> - Algunos ejemplos de prótesis son: - Pierna ortopédica - Prótesis ocular - Prótesis articular - Marcapasos - Implante o extracción de prótesis mamarias y sostenes después de una mastectomía - Reemplazos, reparaciones y ajustes. <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí.	Prótesis externas: 20% de <u>coseguro</u>. Prótesis externas durante visitas en el consultorio: Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Prótesis externas facturadas por una agencia de <u>cuidado de la salud en el hogar</u> o <u>servicios de cuidados paliativos</u>: Sin <u>copago</u>. Prótesis internas: Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios en centros preferidos</u>,

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<u>Limitaciones:</u> • Los reemplazos, las reparaciones y los ajustes se hacen únicamente debido a lo siguiente: ○ Desgaste normal ○ Un cambio significativo en su condición física • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Prótesis biónicas y mioeléctricas • Prendas o dispositivos OTC. • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.
<u>Centro de rehabilitación</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Atención en un <u>centro</u> que se especializa en fisioterapia, terapia ocupacional o del habla. Las visitas de rehabilitación como <u>paciente ambulatorio</u> se tienen en cuenta en los límites totales de visitas como <u>paciente ambulatorio</u> de los <u>servicios de rehabilitación</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Se limitan a 60 visitas como <u>paciente ambulatorio</u> de una combinación de terapias. Las visitas como <u>paciente ambulatorio</u> comprenden las visitas en un consultorio o en un <u>centro</u> de rehabilitación para <u>pacientes ambulatorios</u>. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Acupuntura o acupresión. • Quinesioterapia o terapia de movimiento.	<u>Centro</u> de rehabilitación para <u>pacientes ambulatorios</u>: \$35 de <u>copago</u> por visita. <u>Servicios como paciente hospitalizado:</u> Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	• Terapia de masaje. • Servicios de enfermería privada. • Terapia recreativa que incluye, entre otros: ○ Terapia asistida con animales ○ Musicoterapia • Técnica de Rolf • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Servicios y dispositivos proporcionados por un fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o del habla registrado para el tratamiento de una enfermedad o lesión <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Se limitan a 60 visitas como <u>paciente ambulatorio</u> de una combinación de terapias. Las visitas como <u>paciente ambulatorio</u> comprenden las visitas en un consultorio o en un <u>centro</u> de rehabilitación para <u>pacientes ambulatorios</u>. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Acupuntura o acupresión. • Quinesioterapia o terapia de movimiento. • Terapia de masaje. • Servicios de enfermería privada. • Terapia recreativa que incluye, entre otros: ○ Terapia asistida con animales ○ Musicoterapia • Técnica de Rolf • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Servicios en el consultorio: \$25 de <u>copago</u> por visita <u>Centro</u> de rehabilitación para <u>pacientes ambulatorios</u>: \$35 de <u>copago</u> por visita. Servicios como <u>paciente hospitalizado</u>: Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>cuidado de la salud en el hogar</u>, que no tiene <u>copago</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
Examen de rutina: adultos	<u>Servicios cubiertos:</u> • Revisión general cuando el <u>PCP</u> analiza la <u>atención preventiva</u>. Puede recibir parte de la <u>atención preventiva</u> durante la visita. Es posible que tenga que programar visitas para otros servicios. Consulte la sección “<u>Listas de verificación de las visitas de rutina</u>” en la página 170. <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Se limita a uno por año. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Sin <u>copago</u> .
Exámenes de rutina: niños	<u>Servicios cubiertos:</u> • Los beneficios para niños comprenden las visitas de niño sano. <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Se limita al programa de la American Academy of Pediatrics (Academia Estadounidense de Pediatría). • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Sin <u>copago</u> .
Tratamiento de enfermedades mentales graves	<u>Servicios cubiertos:</u> • “Enfermedades mentales graves”, de acuerdo con la definición de la American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de	Consulte la “ <u>Tabla de beneficios de salud conductual</u> ” en la página 43.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	Psiquiatría), al igual que las afecciones médicas <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
<u>Atención en centros de enfermería especializada</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Un médico del <u>plan</u> debe indicar el tratamiento. • La atención comprende: ○ Fármacos, medicamentos, productos biológicos ○ Atención general de enfermería ○ Comidas y dietas especiales ○ Atención médica ○ Habitación y comidas ○ Servicio de enfermería especial <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Se limita a 100 días por año. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	\$750 de <u>copago</u> por estancia
<u>Programas especiales</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Servicios de educación y programas de divulgación sobre enfermedades. Consulte la sección “<u>Programas especiales</u>” en la página 166. <u>Requerimiento de PA:</u>	Sin <u>copago</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	- No. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Exploraciones especializadas, exámenes por imágenes y exámenes de diagnóstico	<u>Servicios cubiertos:</u> - Se incluyen, entre otros: - CT - MRI (resonancia magnética) - Tomografías nucleares - PET (tomografía computarizada con emisión de positrones) - Estudios del sueño - SPECT (tomografía computarizada por emisión de fotón único) - Su <u>costo compartido</u> incluye los servicios de interpretación. <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	<u>Centro</u> de diagnóstico por imágenes: <u>centro preferido</u>: \$250 de <u>copago</u>. <u>Centro</u> de diagnóstico por imágenes: <u>centro no preferido</u>: \$750 de <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>ER</u>, que es \$350 de <u>copago</u> por visita y \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>, y no se aplica si se lo admite como <u>paciente hospitalizado</u> en el mismo <u>hospital</u>; en su lugar, paga el <u>costo compartido</u> de <u>paciente hospitalizado</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Estudios del sueño en el hogar: sin <u>copago</u>.
Servicios del habla	<u>Servicios cubiertos:</u> <u>Pruebas de detección</u> realizadas por su <u>PCP</u>. - Evaluación y pruebas - Terapia del habla/lenguaje - Todas las visitas de rehabilitación se tienen en cuenta en los límites totales de visitas combinadas de	<u>PCP</u>: Sin <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Tratamiento en el consultorio de rehabilitación: \$25 de <u>copago</u> por visita.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	fisioterapia, terapia ocupacional y del habla como <u>paciente ambulatorio</u> para los <u>servicios de rehabilitación</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para los servicios del <u>PCP</u>. • Se requiere para todos los demás entornos de tratamiento. <u>Limitaciones:</u> • Los <u>servicios de rehabilitación</u> se limitan a 60 visitas combinadas como <u>paciente ambulatorio</u> por año para: ○ Fisioterapia ○ Terapia ocupacional ○ Terapia del habla • El tratamiento del <u>ASD</u> se limita a los siguientes diagnósticos: ○ Trastorno autista: autismo infantil, psicosis infantil y síndrome de Kanner ○ Trastorno disociativo de la infancia: síndrome de Heller ○ Síndrome de Rett ○ Trastornos generalizados del desarrollo no especificados: trastorno de Asperger, psicosis infantil atípica y psicosis limítrofe de la infancia • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Acupuntura o acupresión. • Quinesioterapia o terapia de movimiento. • Terapia de masaje. • Terapia recreativa que incluye, entre otros: ○ Terapia asistida con animales ○ Musicoterapia • Técnica de Rolf	Se incluye en el copago de <u>centros</u> de rehabilitación para <u>pacientes ambulatorios</u>, que es \$35 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>cuidado de la salud en el hogar</u>, que no tiene <u>copago</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
Servicios para tratar el abuso de sustancias	- Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales. <u>Servicios cubiertos:</u> - Complicaciones médicas, entre ellas: - Cirrosis hepática <i>Delirium tremens</i> - Desintoxicación - Desequilibrios electrolíticos - Hepatitis - Desnutrición - Consulte la sección “<u>Beneficios de salud conductual</u>” en la página 42. <u>Requerimiento de PA:</u> - Sí. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Análisis de laboratorio y <u>pruebas de diagnóstico</u>: \$10 de <u>copago</u> por visita <u>PCP</u>: Sin <u>copago</u>. Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>ER</u>, que es \$350 de <u>copago</u> por visita más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>, y no se aplica si se lo admite como <u>paciente hospitalizado</u> en el mismo <u>hospital</u>; en su lugar, paga el <u>costo compartido de paciente hospitalizado</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Consulte la “<u>Tabla de beneficios de salud conductual</u>” en la página 43.
Trastorno de la articulación temporomandibular	<u>Servicios cubiertos:</u> - Servicios médicos profesionales y <u>servicios hospitalarios</u> <u>Requerimiento de PA:</u> - No se requiere para servicios de laboratorio y radiografías ni para visitas al <u>PCP</u> o a un <u>quiropático</u>. - Se requiere para otros servicios. <u>Limitaciones:</u> - El tratamiento no quirúrgico se limita a un máximo de por vida de \$1,500:	\$100 de <u>copago</u> por plan de tratamiento

Beneficio	Descripción	Usted paga
	○ Servicios profesionales, fisioterapia, quiropráctico, médico ○ Radiografías, servicios de laboratorio ○ Dispositivos de <u>DME</u>, dispositivos ortopédicos. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Atención dental. • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Trasplantes	<u>Servicios cubiertos:</u> • Trasplantes de órganos, tejidos, médula ósea y células madre No deben ser de naturaleza <u>experimental ni de investigación</u>. • Gastos de visitas en el consultorio, análisis de laboratorio, pruebas y <u>centros hospitalarios para pacientes hospitalizados</u> relacionados con un trasplante para el donante vivo y el receptor. ○ Cuando solo el receptor es <u>miembro</u> de GlobalHealth, los beneficios del donante se limitan a los que este no pueda acceder de ninguna otra fuente. • Debe utilizar un centro de excelencia designado por el <u>plan</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para análisis de laboratorio. • Se requiere para otros servicios. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u>	Análisis de laboratorio y <u>pruebas de diagnóstico</u>: \$10 de <u>copago</u> por visita. <u>Centro</u> de diagnóstico por imágenes preferido: \$250 de <u>copago</u> <u>Centro</u> de diagnóstico por imágenes no preferido: \$750 de <u>copago</u> Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario para pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	• Trasplantes de órganos artificiales o no humanos • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Tratamientos	<u>Servicios cubiertos:</u> • Su <u>costo compartido</u> cubre los servicios y suministros. • Medicamentos de quimioterapia y administración • Servicios de diálisis y suministros • Medicamentos para la terapia con la hormona del crecimiento (“GHT”) y administración • Terapia de oxígeno hiperbárico • Medicamentos de terapia de infusión y administración en: ○ El hogar ○ Una clínica independiente o un consultorio médico ○ Un <u>hospital</u> ○ Un <u>centro de enfermería especializada</u> ○ Un <u>centro</u> de rehabilitación • Radioterapia • Terapia respiratoria o de inhalación <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Tratamiento en un <u>centro</u> de diálisis, quimioterapia o radioterapia para <u>pacientes ambulatorios</u>: \$50 de <u>copago</u> por tratamiento Se incluye en el <u>copago</u> por visitas a <u>especialistas</u>, que es \$50 de <u>copago</u> por visita. Se incluye en el <u>copago</u> de <u>centro hospitalario</u> para <u>pacientes hospitalizados</u>, que es \$250 de <u>copago</u> por día hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia más \$150 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> de atención en un <u>centro de enfermería especializada</u>, que es un <u>copago</u> de \$750 por estancia Equipos, servicios y suministros facturados por parte de una agencia de <u>cuidado de la salud en el hogar</u>: sin <u>copago</u>. Farmacia: Consulte la “<u>Tabla de beneficios de medicamentos recetados</u>” en la página 117.
<u>Atención de urgencia</u>	<u>Servicios cubiertos:</u> • Atención en un <u>centro de atención de urgencia</u>. Consulte la sección “<u>Atención de urgencia</u>” en la página 27. ○ Cuidados proporcionados a causa de una enfermedad, lesión o afección lo	\$25 de <u>copago</u> por visita.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención médica inmediata, pero no tan grave como para requerir <u>atención en una sala de emergencias</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> - No. <u>Limitaciones:</u> - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Visión	<u>Servicios cubiertos:</u> - Servicios para adultos y niños. <u>Requerimiento de PA:</u> - No. <u>Limitaciones:</u> - Consulte la sección “<u>Beneficios de la vista</u>” en la página 131. - Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Consulte la “<u>Tabla de beneficios de la vista</u>” en la página 132 para obtener información acerca de los beneficios.
Atención para el niño sano	<u>Servicios cubiertos:</u> - Atención infantil de rutina. Consulte la sección “<u>Listas de verificación de las visitas de rutina</u>” en la página 170. <u>Requerimiento de PA:</u> - No. <u>Limitaciones:</u> - Se limita al programa de la American Academy of Pediatrics	Sin <u>copago</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	(Academia Estadounidense de Pediatría). • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Examen para la mujer sana	<u>Servicios cubiertos:</u> • Servicios de <u>atención preventiva</u> Consulte la sección “<u>Listas de verificación de las visitas de rutina</u>” en la página 170. <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para el asesoramiento y las pruebas proporcionados por su <u>PCP</u> u <u>OB/GYN</u>. <u>Limitaciones:</u> • Se limita a las pautas de la Health Resources and Services Administration, <u>HRSA</u> (Administración de Recursos y Servicios Médicos). • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Sin <u>copago</u> .
Pelucas	<u>Servicios cubiertos:</u> • Pelucas u otras prótesis capilares <u>Requerimiento de PA:</u> • Sí. <u>Limitaciones:</u> • Se limita a una peluca sintética o prótesis capilar por año si se requiere debido a la pérdida del cabello como resultado de la quimioterapia o la radioterapia.	20% de <u>coseguro</u> .

Beneficio	Descripción	Usted paga
	- Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> - Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	

Beneficios de medicamentos recetados

Servicios cubiertos

Su beneficio de medicamentos recetados cubre los medicamentos para pacientes ambulatorios que requieren una receta. “Receta médica” se refiere a una orden escrita para una sustancia medicinal que, de acuerdo con la Federal Food, Drug, and Cosmetic Act, FD&C Act (Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos), debe tener la siguiente leyenda: “Precaución: La ley federal prohíbe surtir este medicamento sin una receta médica” o “Solo con receta médica”. Los médicos u otros individuos autorizados pueden escribir recetas médicas.

También cubrimos algunos medicamentos y productos OTC. Consulte la Patient Protection and Affordable Care Act, ACA (Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio) en la página 120.

Tenga en cuenta:

- Todos los medicamentos y productos deben estar aprobados por la FDA.
- Se pueden aplicar límites de cantidades, criterios de autorización previa y terapias escalonadas. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* para obtener información sobre las posibles restricciones.
- Un proveedor de la red debe escribir la receta médica. Cubrimos medicamentos recetados por proveedores fuera de la red en los siguientes casos:
 - Proveedores de atención de urgencia o ER
 - Dentistas
- Su médico habitual debe encargarse de toda la atención de seguimiento, lo que comprende escribir recetas para sus medicamentos o resurtidos. Consulte el “Directorio de proveedores” en la página 19.
- Una farmacia de la red debe surtir los medicamentos recetados.
- Usted pagará el costo compartido o el costo del medicamento, lo que sea inferior.
- Se despachará un equivalente genérico, si está disponible, a menos que su médico especifique una marca. Si recibe un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico aprobado por la FDA disponible, y su médico no especificó “Despachar como se indica” en la receta para el medicamento de marca, deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento de marca y el genérico.

Consulte también la sección “Requisitos de cobertura” en la página 42.

Tabla de beneficios de medicamentos recetados

<u>Nivel</u>	Descripción	Usted paga Suministro para 30 días	Usted paga Suministro para 90 días
Ley ACA: Nivel cero	- Medicamentos recetados de <u>atención preventiva</u> y medicamentos <u>OTC</u> con receta (indicados en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> con las letras “<u>HCR</u>”). - Los medicamentos tienen reglas cuando se recetan para <u>atención preventiva</u>. Usted paga el <u>costo compartido</u> del <u>nivel</u> que se indica en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> si no cumple con los criterios de la cobertura de <u>atención preventiva</u>. - La lista está sujeta a cambios en función de la actualización o modificación de las pautas de la ley <u>ACA</u>.	Sin <u>copago</u> .	Sin <u>copago</u> .
<u>Nivel uno</u>	Este <u>nivel</u> incluye medicamentos genéricos de la <u>Lista de medicamentos cubiertos</u>.	\$10 de <u>copago</u> por surtido o resurtido de un medicamento recetado	\$20 de <u>copago</u> por surtido o resurtido de un medicamento recetado
<u>Nivel dos</u>	Este <u>nivel</u> incluye medicamentos de marca preferidos que aparecen en la <u>Lista de medicamentos cubiertos</u>.	\$65 de <u>copago</u> por surtido o resurtido de un medicamento recetado	\$130 de <u>copago</u> por surtido o resurtido de un medicamento recetado
<u>Nivel tres</u>	- Este <u>nivel</u> incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos de alto costo. - Si aprobamos la cobertura de medicamentos que no están en la lista de medicamentos cubiertos, pagará el <u>costo compartido</u> de este <u>nivel</u>. Consulte la sección “<u>Solicitudes de excepción</u>” en la página 37.	\$90 de <u>copago</u> por surtido o resurtido de un medicamento recetado	\$180 de <u>copago</u> por surtido o resurtido de un medicamento recetado
<u>Nivel cuatro</u>	- Este <u>nivel</u> tiene tres niveles de <u>costos compartidos</u>: <u>Medicamentos de especialidad</u> preferidos (indicados en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> con las letras “<u>PS</u>”).	Preferido: \$100 de <u>copago</u> por surtido o resurtido de un medicamento recetado	Se limita a un suministro para un mes por cada surtido.

<u>Nivel</u>	<u>Descripción</u>	<u>Usted paga Suministro para 30 días</u>	<u>Usted paga Suministro para 90 días</u>
	○ <u>Medicamentos de especialidad</u> no preferidos (indicados en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> con las letras “<u>NPS</u>”). ○ Los medicamentos de quimioterapia de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> tienen un máximo de \$100 de <u>copago</u>.	No preferido: \$200 de <u>copago</u> por surtido o resurtido de un medicamento recetado Medicamentos de quimioterapia: \$100 de <u>copago</u> por surtido o resurtido de un medicamento recetado	

Limitaciones de los medicamentos recetados:

- Los dispositivos extensores para inhaladores, los medidores de flujo espiratorio máximo, los Ana-kits y los EpiPens se limitan a tres por año.
- Se aplican las normas de límites de cantidades, criterios de autorización previa y terapias escalonadas del Pharmacy and Therapeutics Committee (Comité de Farmacia y Terapéutica).
- Los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro para un mes.
- Los productos para dejar de fumar se limitan de la siguiente manera:
 - Dos tratamientos completos de 90 días de productos para dejar de fumar aprobados por la FDA por año, si los receta su PCP.
 - Miembros de 18 años de edad como mínimo.
- Los medicamentos recetados o administrados por médicos fuera de la red en casos que no sean emergencias se limitan a los recetados por dentistas.
- Los ungüentos, las jaleas, las espumas o los dispositivos anticonceptivos de venta libre se limitan a los aprobados por la FDA y recetados para una mujer por un médico de la red.
- Los diafragmas recetados se limitan a dos por año.
- Los medicamentos recetados para uso o administración parenteral, los sueros para alergias, los agentes inmunizadores y los medicamentos inmunizadores inyectables se limitan a las vacunas cubiertas de acuerdo con las pautas de atención preventiva y administradas en una farmacia de la red.
- Los medicamentos recetados para el tratamiento de la disfunción sexual, que comprende disfunción eréctil, impotencia y anorgasmia, hiporgasmia o disminución de la libido, se limitan a los indicados después de una cirugía de próstata.

Consulte también la sección “Limitaciones generales” en la página 115.

Servicios excluidos (no cubiertos) de medicamentos recetados:

- Medicamentos para la atención no preventiva, suplementos alimenticios, fórmulas, alimentos y productos disponibles sin receta médica (OTC).
- Solución salina y medicamentos para la irrigación
- Medicamentos recetados con indicaciones, dosis o un periodo de tratamiento no aprobados por la FDA

Consulte también la sección “Servicios excluidos generales” en la página 140.

Lista de medicamentos cubiertos

Enumeramos los medicamentos preferidos en la *Lista de medicamentos cubiertos*. Seleccionamos los medicamentos de la lista tanto en función de la calidad (eficacia y seguridad) como del costo. La lista incluye medicamentos genéricos y de marca e indica la UM necesaria para cada medicamento.

Es posible que un medicamento aparezca más de una vez en la lista. Esto se debe a que se pueden aplicar distintas reglas o costos compartidos al medicamento recetado por su proveedor en función de lo siguiente:

- La concentración (por ejemplo, 10 mg o 100 mg)
- La cantidad (por ejemplo, uno al día o dos al día)
- La forma (por ejemplo, tabletas o líquido)

Comité de Farmacia y Terapéutica:

El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) supervisa la Lista de medicamentos cubiertos.

El comité se reúne, como mínimo, una vez cada tres meses. El comité revisa las reglas de la UM, por lo menos, una vez al año.

Todos los medicamentos nuevos aprobados por la FDA se revisan en un plazo de 90 días. Dentro de los 180 días de su lanzamiento al mercado, el comité decide si añadirá los medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos cubiertos.

El comité está integrado por:

- Médicos en ejercicio
- Farmacéuticos en ejercicio autorizados para recetar medicamentos
- Otros profesionales en ejercicio autorizados para recetar medicamentos

Niveles de los medicamentos:

La *Lista de medicamentos cubiertos* le indica el nivel de cada medicamento y las reglas de UM correspondientes. El costo compartido y la descripción de cada nivel se mantienen durante todo el año. En el transcurso del año, los medicamentos pueden cambiar de nivel. Deberá pagar el nuevo costo compartido del nivel una vez que reciba nuestro aviso con 60 días de anticipación. La *Lista de medicamentos cubiertos* se actualiza ocasionalmente. Puede acceder al cuadernillo más reciente en nuestro sitio web. Está actualizado a la fecha que se indica en la parte inferior de la primera página.

El costo compartido para los medicamentos recetados por vía oral contra el cáncer no es mayor que el de los medicamentos que se administran por vía intravenosa o mediante inyección.

Si tiene preguntas con respecto a su cobertura, llame al número de teléfono de GlobalHealth impreso en su tarjeta de identificación de miembro.

Modificaciones:

La lista de medicamentos puede cambiar en el transcurso del año.

- La FDA puede presentar nuevos medicamentos de marca o genéricos.
- Cancelaremos o reduciremos la cobertura de un medicamento únicamente si la FDA presenta:

- Un medicamento nuevo o más económico con el mismo efecto y propósito
- Información que indique que el medicamento no es seguro o no es eficaz
- Si hacemos modificaciones a un medicamento que toma, le avisaremos, por lo menos, 60 días antes de que el cambio entre en vigor. Los cambios pueden ser los siguientes:
 - Eliminar un medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos.
 - Agregar reglas nuevas para obtener un medicamento.
 - Pasar el medicamento a un nivel más elevado.
- Si la FDA determina que un medicamento incluido en nuestra Lista de medicamentos cubiertos no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos de nuestra Lista de medicamentos cubiertos de inmediato y se lo notificaremos en un plazo de 30 días.

Exclusiones:

No cubrimos algunos medicamentos recetados si hay otros medicamentos con el mismo propósito y efecto que:

- Son seguros.
- Presentan menos riesgos para la salud.
- Tienen costos de atención médica generales más bajos.

Publicamos un aviso en nuestro sitio web 60 días antes de que la exclusión entre en vigor.

LEY ACA

Algunos productos están disponibles sin costo. Otros tienen costos compartidos. Esto ocurre cuando hay varios artículos aprobados por la FDA que tienen el mismo propósito. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* para obtener una lista de los medicamentos cubiertos con y sin costos compartidos. Los medicamentos que no tienen costos compartidos se indican con las letras “HCR” en el nivel “0”.

Los beneficios se restringen a los límites de recetas médicas recomendados.

Cáncer de seno:

Los médicos pueden recetar medicamentos para reducir el riesgo a las mujeres que tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de seno y un bajo riesgo de presentar efectos secundarios del medicamento. Los ejemplos son tamoxifeno o raloxifeno.

Colesterol:

Los médicos pueden recetar estatinas para adultos de entre 40 y 75 años de edad que presenten un mayor riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (CVD).

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para mujeres:

Cubrimos, por lo menos, un artículo o un producto aprobado por la FDA de cada método anticonceptivo. Esto quiere decir que las mujeres pueden acceder a píldoras, inyecciones, anillo, implantes anticonceptivos, diafragmas, capuchones cervicales y métodos anticonceptivos permanentes, como la ligadura de trompas. Cubrimos algunos de estos métodos como parte de sus beneficios médicos. Consulte la sección “Servicios de anticoncepción” en la página 66.

- Los beneficios de medicamentos recetados requieren una receta médica por escrito, incluso si son OTC. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* para obtener información sobre las posibles reglas para obtener un artículo.
- Si la FDA aprueba distintos servicios y artículos de un mismo método, decidiremos cuáles cubrir sin costo compartido. Sin embargo, si su médico le recomienda un servicio o un artículo aprobado por la FDA en particular, lo cubriremos sin costo compartido. Respetamos las decisiones de su médico. Consulte la sección “Solicitudes de excepción” en la página 37 para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos recetados.

OTC:

Cubrimos algunos medicamentos y productos OTC aprobados por la FDA sin costo. No todos los productos de cada tipo están incluidos.

Medicamento o producto	Población elegible
Aspirina	Para adultos de hasta 60 años de edad
Anticonceptivos	Para mujeres con posibilidad de quedar embarazadas
Suplementos de ácido fólico	Para mujeres que están planificando un embarazo o con posibilidad de quedar embarazadas
Suplementos de hierro	Para niños desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad
Suplementos orales de flúor	Para niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad
Productos para dejar el tabaco	Para adultos de 18 años de edad y mayores
Suplemento de vitamina D	Para adultos de 65 años de edad y mayores

Para obtener beneficios, debe hacer lo siguiente:

- Utilizar una farmacia de la red.
- Tener una receta de su médico.

Vacunas:

Cubrimos las vacunas enumeradas en la “Tabla de beneficios de atención preventiva” en la página 117 sin costo. Las vacunas requeridas por motivos de trabajo, estudio o viajes no se cubren, a menos que también sean vacunas de atención preventiva. Consulte con su PCP primero.

Debe recibir las vacunas de proveedores de la red, lo que incluye farmacias. Consulte nuestro sitio web para obtener una lista de las farmacias que administran vacunas.

Usos no autorizados

El “uso no autorizado” es cualquier utilización de un medicamento distinta a lo indicado en su etiqueta, según lo aprobado por la FDA. Para estar cubierto, el medicamento se debe utilizar para los siguientes aspectos aprobados por la FDA:

- Enfermedad o afección médica
- Dosis
- Duración del tratamiento

Además, el medicamento se debe recetar en el marco de las pautas de seguridad de la FDA:

- Normas de seguridad y eficacia en estudios clínicos
- Advertencias, precauciones y posibles interacciones con otros medicamentos

En general, no cubrimos los usos no autorizados. Hay dos excepciones:

1. Cubrimos usos no autorizados de medicamentos para el estudio o el tratamiento del cáncer.
2. También podemos cubrir ciertos usos de investigación de la quimioterapia para el tratamiento del cáncer. Los medicamentos se le deben administrar como parte de un ensayo clínico aprobado.

Medicamentos compuestos

No cubrimos medicamentos compuestos.

Recetas médicas recibidas en una ER o en un centro de atención de urgencia

Puede obtener medicamentos recetados por médicos de una ER o de atención de urgencia en cualquier farmacia de la red. Usted pagará el costo compartido de los medicamentos recetados. Pueden aplicarse reglas de la UM. Su médico habitual debe recetar los resurtidos, si es necesario.

Opioides: abuso de medicamentos recetados y consumo de heroína

El abuso de opioides es un problema grave de salud pública. Los medicamentos pueden ser:

- Recetados, como OxyContin® o hidrocodona.
- Ilegales, como la heroína

Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* comprende muchos medicamentos analgésicos que no son opioides. Trabaje en conjunto con su médico para seleccionar estos medicamentos cuando corresponda.

Cubrimos los medicamentos recetados que son parte de programas de tratamiento asistidos por medicamentos. Consulte la página 48. Consulte también la sección “Tratamiento para el abuso de sustancias” en la página 52. Si necesita asistencia con estos servicios, llame a Beacon Health Options. Puede consultar los recursos que Beacon tiene disponibles para sus miembros en <https://www.beaconhealthoptions.com/members/opioid-treatment-resources/>.

También cubrimos beneficios médicos y otros beneficios de salud conductual para el tratamiento del dolor:

- Consulte la sección “Asesoramiento” en la página 44.
- Consulte la sección “Atención quiropráctica” en la página 63.
- Consulte la sección “Fisioterapia” en la página 100.

Consulte con su médico para obtener información sobre estos servicios y determinar si serían apropiados para usted.

Sobredosis:

Llame al 911. Cubrimos algunos productos a base de naloxona sin costo como productos de atención preventiva.

Eliminación de medicamentos:

Asegúrese de desechar los medicamentos de forma segura.

- Siga las instrucciones de la etiqueta del medicamento recetado o la información para pacientes que viene con el medicamento. No arroje los medicamentos al inodoro ni al lavabo, a menos que las instrucciones así lo indiquen.
- Utilice programas que le permitan llevar medicamentos no utilizados a una ubicación central para su correcta eliminación. Llame a las agencias locales de orden público para averiguar si patrocinan programas de devolución de medicamentos. Comuníquese con su servicio local de recolección de basura y reciclaje para informarse sobre las opciones de eliminación de medicamentos y las pautas aplicables a su zona.
- Lleve sus medicamentos sin utilizar a recolectores registrados en la Drug Enforcement Administration, DEA (Administración para el Control de Drogas). Los sitios autorizados pueden ser tiendas minoristas, hospitales, farmacias clínicas y centros de orden público. Algunos ofrecen programas de devolución por correo o buzones de recolección. Visite el sitio web de la DEA en <https://www.deadiversion.usdoj.gov/index.html> o llame al 1-800-882-9539 para obtener más información y encontrar un recolector autorizado en su zona.
- Participe en el “Día Nacional de Devolución”. Es un programa de la DEA destinado a proporcionar formas de eliminación de medicamentos recetados seguras, convenientes y responsables. Para obtener más información, visite su sitio web en https://www.deadiversion.usdoj.gov/drug_disposal/takeback/index.html.

Beneficios de atención preventiva

Servicios cubiertos

El gobierno federal cuenta con tres agencias responsables de decidir qué servicios preventivos debemos cubrir sin costo alguno para usted. Cada agencia establece pautas.

Agencia	Descripción de pautas
Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF)	• Artículos o servicios basados en pruebas • Tienen una clasificación de “A” o “B” • Para obtener información más detallada sobre cada servicio, consulte el sitio web del <u>USPSTF</u> en http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/.
Health Resources and Services Administration, <u>HRSA</u> (Administración de Recursos y Servicios de Salud)	• Exámenes, <u>pruebas de detección</u>, vacunas y asesoramiento basados en la evidencia proporcionada • Comprenden <u>atención preventiva</u> y <u>pruebas de detección</u> para mujeres
Centros para el Control de Enfermedades (<u>CDC</u>)	• Vacunas recomendadas por el Advisory Committee on Immunization Practices (Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización). • Prevención con respecto al individuo involucrado

La lista de servicios preventivos puede cambiar si se actualizan las pautas. Utilizaremos una administración médica razonable para determinar la cobertura cuando las pautas no especifiquen:

- Frecuencia
- Método
- Tratamiento
- Entorno

Consulte también la sección “Requisitos de cobertura” en la página 42.

Tabla de beneficios de atención preventiva

Población	Descripción de los beneficios	Usted paga
Beneficios para adultos	No necesita una <u>PA</u>. • <u>Prueba de detección</u> de consumo indebido de alcohol y asesoramiento. • Uso de aspirina para hombres y mujeres de determinadas edades con ciertos riesgos de salud. Consulte la sección “<u>Ley ACA</u>” en la página 120. • <u>Prueba de detección</u> de presión arterial para todos los adultos, que comprende obtener mediciones fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico. • Intervenciones de asesoramiento conductual intensivo para la salud cardiovascular para adultos obesos y con sobrepeso. • <u>Prueba de detección</u> de colesterol para adultos de ciertas edades o con mayor riesgo. • <u>Pruebas de detección</u> de cáncer colorrectal para adultos de entre 50 y 75 años de edad (FIT, FIT-ADN, FOBT). Consulte la sección “<u>Pruebas de detección preventiva de cáncer colorrectal</u>” en la página 65. • <u>Prueba de detección</u> de depresión para adultos. • <u>Prueba de detección</u> de diabetes para adultos como parte de la evaluación de riesgos de <u>CVD</u> para personas de 40 a 70 años obesos o con sobrepeso. • Asesoramiento sobre dieta para adultos con mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas. • Asesoramiento para la prevención de caídas y medicamentos preventivos para adultos mayores de 65 años de edad. • Asesoramiento para una dieta y actividad física saludable para adultos con mayor riesgo de padecer una <u>CVD</u>. • <u>Prueba de detección</u> de hepatitis B para los adultos con mayor riesgo de infección. • <u>Prueba de detección</u> de infección con el virus de hepatitis C para adultos con mayor riesgo y <u>prueba de detección</u> por única vez para adultos nacidos entre 1945 y 1965. • <u>Prueba de detección</u> del VIH (examen) para todos los adultos de 65 años o mayores con un riesgo más alto. • Vacunas para adultos: las dosis, las edades y las poblaciones recomendadas varían. Esta lista es	Sin <u>copago</u> .

Población	Descripción de los beneficios	Usted paga
	representativa y puede no ser exhaustiva. Consulte el sitio web de los <u>CDC</u>: https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/adult.html. Consulte la sección “<u>Ley ACA</u>” en la página 120. ○ Hepatitis A ○ Hepatitis B ○ Virus del papiloma humano (“HPV”) ○ Influenza (vacuna contra la gripe) ○ Sarampión, paperas, rubéola (“MMR”) ○ Meningococo (meningitis) ○ Neumococo (neumonía) ○ Tétanos, difteria, tos ferina (“TDaP”) ○ Varicela ○ Zostavax (culebrilla) • <u>Prueba de detección</u> de obesidad para todos los adultos con intervenciones conductuales intensivas que obtengan un resultado positivo. Consulte la sección “<u>Pruebas de detección de obesidad y asesoramiento y tratamiento para bajar de peso</u>” en la página 96. • Asesoramiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual (“STI”) para adultos con mayor riesgo. • Asesoramiento conductual sobre el cáncer de piel para adultos jóvenes hasta los 24 años de edad que presentan mayor riesgo. • Uso de estatinas como prevención principal de <u>CVD</u> para adultos de entre 40 y 75 años de edad que presenten un mayor riesgo. Consulte la sección “<u>Ley ACA</u>” en la página 120. • <u>Prueba de detección</u> de sífilis para todos los adultos con mayor riesgo. • <u>Prueba de detección</u> de consumo de tabaco para todos los adultos y <u>medicamentos recetados</u> e intervenciones conductuales para los consumidores de tabaco. Consulte también la sección “<u>Tratamiento para dejar el tabaco</u>” en la página 175. • <u>Prueba de detección</u> de infección por tuberculosis para todos los adultos con mayor riesgo.	
Beneficios para mujeres	No necesita una <u>PA</u>. Consulte la sección “<u>Atención de maternidad y para recién nacidos</u>” en la página 88 para obtener información relacionada con el embarazo y el posparto. • <u>Prueba de detección</u> de anemia de manera rutinaria para mujeres embarazadas. • Aspirina como medicamento preventivo después de 12 semanas de gestación en mujeres que tienen alto riesgo	Sin <u>copago</u> .

Población	Descripción de los beneficios	Usted paga
	de preeclampsia. Consulte la sección “<u>Ley ACA</u>” en la página 120. • Mamografía como <u>prueba de detección</u> de cáncer de seno cada 1 a 2 años para mujeres mayores de 40 años de edad. Consulte la sección “<u>Mamografía</u>” en la página 87. • <u>Prueba de detección</u> de cáncer de cuello uterino para mujeres sexualmente activas. • <u>Prueba de detección</u> de infección por clamidia para mujeres jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo. • Anticonceptivos: Métodos anticonceptivos aprobados por la <u>FDA</u> y educación y asesoramiento para pacientes, a excepción de medicamentos abortivos. Consulte la sección “<u>Servicios de anticoncepción</u>” en la página 66. • <u>Prueba de detección</u> de depresión para mujeres embarazadas y en el periodo posparto. • <u>Prueba de detección</u> de diabetes después del embarazo. • <u>Prueba de detección</u> de violencia doméstica e interpersonal para todas las mujeres de 14 a 46 años de edad con servicios de intervención para quienes obtengan un resultado positivo. • Suplementos de ácido fólico para mujeres que pueden quedar embarazadas. Consulte la sección “<u>Ley ACA</u>” en la página 120. • <u>Prueba de detección</u> de diabetes gestacional para mujeres embarazadas de 24 a 28 semanas y para aquellas con mayor riesgo de presentar diabetes gestacional en la primera visita prenatal. • <u>Prueba de detección</u> de gonorrea para todas las mujeres con mayor riesgo. • <u>Prueba de detección</u> de hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal. • <u>Prueba de detección</u> del VIH (examen) y asesoramiento para mujeres sexualmente activas y para todas las embarazadas. • Prueba de ADN del virus del papiloma humano (HPV) cada tres años para mujeres mayores de 30 años de edad con resultados de citología normales. • <u>Pruebas de detección</u> de osteoporosis para mujeres mayores de 60 años en función de los factores de riesgo. Consulte la sección “<u>Prueba de densidad ósea</u>” en la página 59. • <u>Prueba de detección</u> de preeclampsia para mujeres embarazadas con presión arterial alta.	

Población	Descripción de los beneficios	Usted paga
	• <u>Prueba de detección</u> de incompatibilidad de Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo. • Asesoramiento sobre STI para mujeres sexualmente activas. • <u>Prueba de detección</u> de sífilis para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo. • <u>Prueba de detección</u> de consumo de tabaco e intervenciones para todas las mujeres, y asesoramiento extendido para embarazadas consumidoras de tabaco. Consulte la sección “<u>Tratamiento para dejar el tabaco</u>” en la página 175; • <u>Prueba de detección</u> de incontinencia urinaria. • <u>Prueba de detección</u> de infecciones en el tracto urinario u otras infecciones para mujeres embarazadas. • Visitas de mujer sana para recibir los <u>servicios preventivos</u> recomendados para las mujeres menores de 65 años de edad. Es posible que deba programar varias visitas para recibir todos los servicios. Algunos servicios no se requieren todos los años o se pueden recibir en otras visitas al <u>PCP</u>. ○ Prueba de Papanicolaou de rutina ○ Prueba de detección del virus del papiloma humano (“HPV”) ○ Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual ○ Asesoramiento o <u>prueba de detección</u> del VIH ○ Métodos anticonceptivos y asesoramiento ○ Asesoramiento o <u>prueba de detección</u> de violencia interpersonal y doméstica	
Beneficios para adultos que requieren <u>PA</u>	• Una única <u>prueba de detección</u> de aneurisma aórtico abdominal para hombres de edades especificadas que han fumado alguna vez. • Asesoramiento sobre la prueba genética del <u>BRCA</u> y pruebas para mujeres con mayor riesgo. Consulte la sección “<u>Cáncer de seno: atención preventiva</u>” en la página 61. • Asesoramiento sobre la quimioprevención del cáncer de seno para mujeres con mayor riesgo. Consulte la sección “<u>Ley ACA</u>” en la página 120. • Asesoramiento y apoyo integral para la lactancia brindado por <u>proveedores</u> capacitados, así como acceso a suministros para la lactancia, para mujeres embarazadas y que estén amamantando. • <u>Prueba de detección</u> de cáncer colorrectal para adultos de entre 50 y 75 años de edad (colonoscopia por CT o	Sin <u>copago</u> .

Población	Descripción de los beneficios	Usted paga
	colonoscopia virtual, sigmoidoscopia). Consulte la sección “<u>Pruebas de detección preventiva de cáncer colorrectal</u>” en la página 65. • Procedimientos de esterilización anticonceptiva. Consulte la sección “<u>Servicios de anticoncepción</u>” en la página 66. • <u>Prueba de detección</u> de cáncer de pulmón (tomografía computarizada de dosis baja) para adultos de 55 a 80 años de edad con antecedentes de consumo de tabaco en los últimos 15 años.	
Beneficios para niños de las edades enumeradas	Estos servicios se prestan como parte de los servicios para recién nacidos al momento del nacimiento o en las visitas de niño sano. No necesita una <u>PA</u>. • Evaluaciones del consumo de alcohol y drogas para adolescentes. • <u>Prueba de detección</u> de autismo para niños de 18 a 24 meses de edad. • Evaluaciones conductuales para niños de 0-11 meses de edad, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años. • <u>Prueba de detección</u> de presión arterial para niños de 0-11 meses de edad, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años. • <u>Prueba de detección</u> de displasia cervical para mujeres sexualmente activas. • <u>Prueba de detección</u> de hipotiroidismo congénito para recién nacidos. • <u>Prueba de detección</u> de caries dentales para niños desde el nacimiento hasta los cinco años de edad. • <u>Prueba de detección</u> de depresión para adolescentes de 12 a 18 años de edad. • <u>Prueba de detección</u> de problemas en el desarrollo para niños menores de tres años y supervisión durante la niñez. • <u>Prueba de detección</u> de dislipidemia para niños con alto riesgo de presentar trastornos de lípidos de 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años. • Suplementos para la quimioprevención con flúor para niños sin flúor en su fuente de agua. • Medicamento preventivo contra la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos. • <u>Prueba de detección</u> auditiva para todos los recién nacidos. • Mediciones de estatura, peso e índice de masa corporal para niños de 0-11 meses de edad, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años.	Sin <u>copago</u> .

Población	Descripción de los beneficios	Usted paga
	• <u>Prueba de detección</u> de hematocritos o hemoglobina para niños. • <u>Prueba de detección</u> de hemoglobinopatías o células falciformes para recién nacidos. • <u>Prueba de detección</u> de hepatitis B para adolescentes con mayor riesgo de 11 a 17 años de edad. • <u>Prueba de detección</u> del VIH (examen) para niños mayores de 15 años y adolescentes de menor edad con mayor riesgo. • Vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años; las dosis, las edades y las poblaciones recomendadas varían. Esta lista es representativa y puede no ser exhaustiva. Consulte el sitio web de los CDC: https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html. ○ Difteria, tétanos, tos ferina (“DTaP”) ○ Haemophilus influenzae tipo b (“Hib”) ○ Hepatitis A ○ Hepatitis B ○ Virus del papiloma humano (“HPV”) ○ Virus de la poliomielitis (vacuna inactivada) ○ Influenza (vacuna contra la gripe) ○ Sarampión, paperas, rubéola (“MMR”) ○ Meningococo (meningitis) ○ Neumococo (neumonía) ○ Rotavirus (“RV”) ○ Varicela • Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses de edad con riesgo de padecer anemia. • <u>Prueba de detección</u> de plomo para niños con riesgo de exposición. • Historia clínica para todos los niños durante el desarrollo, de 0-11 meses de edad, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años. • <u>Prueba de detección</u> de obesidad, asesoramiento e intervenciones conductuales intensivas e integrales para niños de 6 a 17 años. • Evaluaciones de riesgos de salud oral para niños de 0-11 meses de edad, 1-4 años, 5-10 años. • <u>Prueba de detección</u> de fenilcetonuria (“PKU”) para este trastorno genético en recién nacidos. • <u>Prueba de detección</u> de STI y asesoramiento para su prevención para adolescentes de 12 a 18 años con mayor riesgo. • Asesoramiento conductual sobre el cáncer de piel para niños, adolescentes y adultos jóvenes.	

Población	Descripción de los beneficios	Usted paga
	• <u>Prueba de detección</u> de infección por sífilis para adolescentes con mayor riesgo. • Intervenciones para el uso de tabaco, que comprenden educación o asesoramiento breve, para niños y adolescentes en edad escolar, de 10 a 17 años. • Prueba de la tuberculina para niños con mayor riesgo de presentar tuberculosis de 0-11 meses de edad, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años. • <u>Prueba de detección</u> de problemas de la vista para todos los niños.	

Limitaciones de la atención preventiva:

- Se limita a las pautas del USPSTF, de la HRSA y de los CDC.

Servicios excluidos (no cubiertos) de atención preventiva:

- Servicios de pruebas de detección solicitados exclusivamente por usted, como gammagrafías cardíacas promocionadas comercialmente

Cómo recibir servicios

Programe una cita con su PCP a principio de año para su examen de rutina de adulto o para el examen de niño sano de su hijo. Su PCP decidirá qué servicios son adecuados para usted y prestará algunos servicios en ese momento. Puede hablar acerca de otros servicios que podría necesitar y programar visitas de atención preventiva adicionales.

Su PCP nos enviará las derivaciones que usted necesite. Hay cuatro excepciones:

1. Tiene acceso directo a su OB/GYN para los servicios que administra.
2. Tiene acceso directo a un centro de diagnóstico por imágenes para hacerse mamografías.
3. Tiene acceso directo a su BHP para los servicios que administra.
4. Puede recibir vacunas y servicios preventivos en ferias de salud contratadas en el sitio y patrocinadas por su empleador.

Debe pagar su costo compartido habitual si el objetivo principal del servicio es de tratamiento en lugar de atención preventiva. Los servicios son preventivos cuando no hay síntomas previos de una afección. Los servicios son de tratamiento cuando usted tiene síntomas, le diagnosticaron una afección o necesita más pruebas después de haber obtenido un resultado positivo en una prueba de detección preventiva.

Hay dos excepciones. Puede recibir estos servicios sin costo incluso si tuvo síntomas previos:

1. Puede visitar a su PCP para un examen físico de rutina anual.
2. En ciertas situaciones, las mujeres pueden acceder a pruebas del BRCA. Consulte la sección “Cáncer de seno: atención preventiva” en la página 61.

No necesitará todos los servicios preventivos. Cada servicio tiene límites respecto a cuándo y con qué frecuencia está cubierto si tiene factores de riesgo promedio. Hable con su médico sobre los factores

de riesgo que impliquen la necesidad de someterse a pruebas de detección más tempranas o con mayor frecuencia.

Cuando un médico determina que un servicio preventivo es adecuado para un individuo, lo cubrimos sin costo compartido, independientemente del sexo asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado en GlobalHealth. Por ejemplo, cubrimos mamografías y pruebas de Papanicolaou para hombres transexuales que tienen tejidos mamarios residuales o el cuello uterino intacto.

Atención de seguimiento

Cubrimos la atención de seguimiento para las afecciones detectadas mediante servicios de atención preventiva a través de nuestros procesos de atención regular. Su médico programará una cita o nos enviará una derivación, si es necesario, para que reciba tratamiento. Ninguna parte del servicio de atención preventiva que condujo al diagnóstico tiene costo, pero debe pagar su costo compartido habitual para la atención de seguimiento si su médico detecta algo sospechoso en el proceso de las pruebas de detección. La atención de seguimiento comienza cuando el médico le indica que necesita realizarse más pruebas o iniciar un tratamiento.

Tipo de servicio	Descripción
<u>Atención preventiva:</u> <u>sin costo</u>	• Consulta previa para los servicios que requieren <u>PA</u> • Servicio o procedimiento de <u>atención preventiva</u> enumerado, incluida la extracción de tejidos • Servicios auxiliares (anestesiología, patología, etc.) • <u>Centro</u>
<u>Atención de seguimiento:</u> <u>con costo compartido</u> <u>regular</u>	• <u>Pruebas de diagnóstico</u> para <u>pruebas de detección</u> con resultados positivos • Atención para las enfermedades recientemente descubiertas • Atención para síntomas o enfermedades existentes

Beneficios de la vista

Servicios cubiertos

Cubrimos servicios de cuidados de la vista para detectar y tratar enfermedades o lesiones.

Puede tener una visita con un optometrista o un oftalmólogo de la red para que le hagan un examen de la vista. Puede visitar a un proveedor de lentes de la red para obtener anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. Cubrimos las cirugías de cataratas como beneficios de cirugía para pacientes ambulatorios y de acuerdo con los requisitos de cobertura.

Puede hacerse el examen de la vista y obtener sus lentes de contacto o anteojos en distintas fechas o ubicaciones. Sin embargo, debe obtener su par de anteojos completo de una sola vez y de un único proveedor. Puede elegir anteojos o lentes de contacto, pero no las dos cosas.

Consulte también la sección “Requisitos de cobertura” en la página 42.

Tabla de beneficios de la vista

Beneficio	Descripción	Usted paga
Examen de rutina	<u>Servicios cubiertos:</u> • El examen de la vista de rutina completo comprende: ○ Dilatación, según sea necesaria ○ Evaluación de la percepción de profundidad, la visión de color, el movimiento de los músculos oculares, la visión periférica y la respuesta de las pupilas a la luz ○ Evaluación del enfoque, los movimientos y el funcionamiento de los ojos en conjunto ○ Evaluación de la salud ocular ○ Examen de refracción <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Se limita a uno por año. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	\$50 de <u>copago</u> por visita
Examen de la vista por diabetes	<u>Servicios cubiertos:</u> • Dilatación en <u>pruebas de diagnóstico</u>. • Se puede combinar con un examen de rutina o de glaucoma en una visita con un <u>copago</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Se limita a uno por año. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	\$50 de <u>copago</u> por visita

Beneficio	Descripción	Usted paga
Examen de glaucoma	<u>Servicios cubiertos:</u> • Los exámenes para <u>miembros</u> con alto riesgo pueden comprender: ○ El ángulo del ojo donde el iris se une con la córnea ○ Campo completo de visión ○ Presión interna del ojo ○ Forma y color del nervio óptico ○ Grosor de la córnea • Se puede combinar con un examen de rutina o por diabetes en una visita con un <u>copago</u>. <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Se limita a uno por año. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	\$50 de <u>copago</u> por visita
Pruebas de diagnóstico y tratamientos complementarios	<u>Servicios cubiertos:</u> • Pruebas de seguimiento después de exámenes de la vista • Tratamiento para enfermedades o lesiones • Cirugía de cataratas <u>Requerimiento de PA:</u> • No se requiere para las <u>pruebas de diagnóstico</u>. • Se requiere para otros servicios. <u>Limitaciones:</u> • El tratamiento de entrenamiento ortóptico o de la vista se limita al diagnóstico de estrabismo leve. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Programas de computadora de cualquier tipo, entre ellos, los que ayudan con la terapia de la vista	<u>Pruebas de diagnóstico:</u> \$10 de <u>copago</u> por visita <u>Cirugía:</u> Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros preferidos</u>, que es \$250 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>. Se incluye en el <u>copago</u> para <u>pacientes ambulatorios</u> en <u>centros no preferidos</u>, que es \$750 de <u>copago</u> más \$50 de <u>copago</u> por única vez por <u>servicios de médicos</u>.

Beneficio	Descripción	Usted paga
	• LASIK, INTACS, queratotomía radial y otras cirugías refractivas • Lentes multifocales especiales de implante ocular • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	
Armazones	<u>Servicios cubiertos:</u> • Armazones básicos después de una cirugía de cataratas <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Se limita al primer par de armazones y lentes básicos o a un set de lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas. • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Sin <u>copago</u> .
Lentes de anteojos recetadas	<u>Servicios cubiertos:</u> • Lentes monofocales después de una cirugía de cataratas • Lentes estándar de plástico, vidrio o policarbonato <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Mejoras de las lentes • Lentes no recetadas • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	Sin <u>copago</u> .
Lentes de contacto recetadas	<u>Servicios cubiertos:</u> • Lentes blandas y lentes de contacto para el tratamiento posterior a una cirugía de cataratas:	Sin <u>copago</u> .

Beneficio	Descripción	Usted paga
	○ Un par o un suministro anual de lentes desechables en lugar de anteojos <u>Requerimiento de PA:</u> • No. <u>Limitaciones:</u> • Sujetas a las limitaciones generales. <u>Servicios excluidos (no cubiertos):</u> • Seguro para lentes de contacto • Sujetos a los <u>servicios excluidos</u> generales.	

Servicios excluidos y limitaciones

Todos los beneficios de todos los tipos de servicios descritos a continuación están excluidos o limitados en este plan. Cubrimos algunos beneficios únicamente de la siguiente manera. Usted paga los servicios adicionales.

Limitaciones

Beneficio	Limitación
Servicios de salud conductual	• El análisis conductual aplicado se limita a los siguientes diagnósticos: ○ Trastorno autista: autismo infantil, psicosis infantil y síndrome de Kanner ○ Trastorno disociativo de la infancia: síndrome de Heller ○ Síndrome de Rett ○ Trastornos generalizados del desarrollo no especificados: trastorno de Asperger, psicosis infantil atípica y psicosis límite de la infancia • Las <u>pruebas de detección</u> de autismo y las <u>pruebas de detección</u> de problemas en el desarrollo se limitan a las visitas de niño sano. • La educación psicológica se limita a la enseñanza de habilidades sociales y de la vida diaria.
Atención quiropráctica	• Se limita a 15 visitas por año.
Servicios estéticos	• Los tratamientos, artículos, suministros, medicamentos, procedimientos o cualquier parte de un procedimiento realizado principalmente para mejorar la apariencia física se limitan a lo siguiente: ○ Reconstrucción de seno después de una mastectomía ○ Mejora del funcionamiento de una parte del cuerpo malformada ○ Reparación debido a una lesión accidental
Servicios dentales	• Los servicios de odontología y procesos dentales en los dientes y el tejido circundante se limitan a lo siguiente:

Beneficio	Limitación
	○ Servicios de <u>ER</u> para el tratamiento de lesiones accidentales en la mandíbula, dientes naturales sanos, la boca o el rostro. ○ Cirugía para mejorar el funcionamiento de la mandíbula, la boca o el rostro debido a un defecto de nacimiento. No incluye los trabajos dentales. • La anestesia general o sedación intravenosa para los servicios dentales se limita a los <u>miembros</u> que: ○ Tienen una afección médica o emocional que requiere <u>hospitalización</u> o anestesia general para la atención dental. ○ Están gravemente discapacitados ○ A juicio del <u>profesional</u> que los trata, no tienen el desarrollo emocional suficiente como para someterse a un procedimiento dental <u>necesario desde el punto de vista médico</u> sin el uso de anestesia. ○ Requieren servicios para <u>pacientes hospitalizados</u> o <u>ambulatorios</u> debido a una afección médica y un estado clínico subyacentes o debido a la gravedad del procedimiento dental.
<u>DME</u> , dispositivos ortopédicos y prótesis	• Las bombas sacaleches se limitan a una por año para mujeres que están embarazadas o amamantando. ○ Se limita a la compra o al alquiler de una bomba sacaleches y los suministros relacionados. • Las lentes correctivas y los accesorios se limitan al primer par de armazones y lentes básicas o a un set de lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas. • El calzado se limita a lo siguiente: ○ Calzado, plantillas, soportes para arco y dispositivos de soporte para <u>miembros</u> que tengan un diagnóstico de diabetes o una enfermedad del sistema circulatorio. ○ Zapatos ortopédicos o correctivos unidos de forma permanente a una férula de Denis Browne para niños. • Los glucómetros se limitan a dos por año. • Los audífonos se limitan a lo siguiente: ○ Un aparato por oído cada 48 meses a menos que sea <u>necesario desde el punto de vista médico</u> reemplazarlo con mayor frecuencia. ○ Cuatro moldes de oído adicionales por año para niños menores de dos años de edad • Los dispositivos ortopédicos se limitan a lo siguiente: ○ Dispositivos ortopédicos para las piernas, los brazos, el cuello, la espalda o los hombros ○ Corsés quirúrgicos para la espalda y especiales ○ Férulas para las extremidades ○ Bragueros • Los reemplazos, las reparaciones y los ajustes de aparatos ortopédicos y prótesis se limitan a lo siguiente: ○ El desgaste normal

Beneficio	Limitación
	○ Un cambio significativo en su condición física • Las pelucas y prótesis capilares se limitan a una peluca sintética o una prótesis capilar por año si se requiere debido a la pérdida del cabello como resultado de la quimioterapia o la radioterapia.
Cuidado de los pies	• La atención de rutina se limita a los <u>miembros</u> con diabetes o una enfermedad del sistema circulatorio.
Atención general o servicios hospitalarios	• El uso de una sala privada en un <u>hospital</u> se limita al aislamiento para prevenir contagios de acuerdo con la política de control de infecciones del <u>hospital</u>.
Limitaciones generales	• Los medicamentos, artículos, dispositivos y procedimientos que son <u>experimentales o de investigación</u> se limitan a lo siguiente: ○ Usos no autorizados de ciertos medicamentos utilizados para el estudio o el tratamiento del cáncer ○ Ciertos usos de investigación de medicamentos, como quimioterapia para el tratamiento del cáncer, si se administran como parte de un <u>ensayo clínico aprobado</u>. • Los servicios de disfunción sexual se limitan a los medicamentos y suministros para indicaciones después de una cirugía de próstata.
Pruebas, servicios o análisis genéticos	• Se limitan a asesoramiento y pruebas para mujeres con antecedentes familiares relacionados con un mayor riesgo de mutaciones nocivas en los genes <u>BRCA 1</u> y <u>BRCA 2</u>.
Servicios de audición	• Se limitan a <u>miembros</u> de, por lo menos, 18 meses de edad o a <u>miembros</u> con sordera prelocutiva con mínima comprensión del habla que utilizan audífonos.
<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	• Se limita a 100 visitas por año.
Atención de obstetricia	• Los costos en los que se incurra por un parto normal a término fuera de nuestra <u>red</u> se limitan a emergencias.
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	• Los <u>servicios de rehabilitación</u> se limitan a 60 visitas combinadas como <u>paciente ambulatorio</u> por año para: ○ Fisioterapia ○ Terapia ocupacional ○ Terapia del habla • Los <u>servicios de habilitación</u> se limitan a lo siguiente: ○ Tratamiento del <u>ASD</u>: servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla para los siguientes diagnósticos: ▪ Trastorno autista: autismo infantil, psicosis infantil y síndrome de Kanner ▪ Trastorno disociativo de la infancia: síndrome de Heller ▪ Síndrome de Rett ▪ Trastornos generalizados del desarrollo no especificados: trastorno de Asperger, psicosis infantil atípica y psicosis límite de la infancia

Beneficio	Limitación
<u>Medicamentos recetados</u>	• Los medicamentos recetados o administrados por médicos <u>fuera de la red</u> en casos que no sean emergencias se limitan a los recetados por dentistas. • Los dispositivos extensores para inhaladores, los medidores de flujo espiratorio máximo, los Ana-kits y los EpiPens se limitan a tres por año. • Los medicamentos recetados para uso o administración parenteral, los sueros para alergias, los agentes inmunizadores y los medicamentos inmunizadores inyectables se limitan a las vacunas cubiertas de acuerdo con las pautas de <u>atención preventiva</u> y administradas en una farmacia de la <u>red</u>. • Los ungüentos, las jaleas, las espumas o los dispositivos anticonceptivos de venta libre se limitan a los aprobados por la <u>FDA</u> y recetados para una mujer por un médico de la red. • Los <u>medicamentos recetados</u> para el tratamiento de la disfunción sexual, que comprende disfunción eréctil, impotencia y anorgasmia, hiporgasmia o disminución de la libido, se limitan a los indicados después de una cirugía de próstata. • Los diafragmas recetados se limitan a dos por año. • Se aplican las normas de límites de cantidades, criterios de autorización previa y terapias escalonadas del Pharmacy and Therapeutics Committee (Comité de Farmacia y Terapéutica). • Los productos para dejar de fumar se limitan de la siguiente manera: ○ Dos tratamientos completos de 90 días de productos para dejar de fumar aprobados por la <u>FDA</u> por año, si los receta su <u>PCP</u>. ○ <u>Miembros</u> de 18 años de edad como mínimo. • Los <u>medicamentos de especialidad</u> se limitan a un suministro para un mes.
<u>Atención preventiva</u>	• Se limita a las pautas del <u>USPSTF</u>, de la <u>HRSA</u> y de los <u>CDC</u>. • Los exámenes de rutina para adultos se limitan a uno por año. • Los exámenes de rutina para niños y la atención del niño sano se limitan al programa de la American Academy of Pediatrics, AAP (Academia Estadounidense de Pediatría). • Los servicios para dejar el tabaco se limitan a dos intentos por año.
<u>Atención en centros de enfermería especializada</u>	• Se limita a 100 días por año.
<u>Trastorno de la articulación temporomandibular</u>	• El tratamiento no quirúrgico se limita un máximo de por vida de \$1,500.
<u>Visión</u>	• Los exámenes de la vista por diabetes se limitan a uno por año. • Los exámenes de glaucoma se limitan a uno por año. • Los servicios de rutina se limitan a una revisión de rutina por año (comprende refracción ocular).

Beneficio	Limitación
	El tratamiento de entrenamiento ortóptico o de la vista se limita al diagnóstico de estrabismo leve.

Servicios excluidos

No cubrimos los siguientes beneficios: Podemos pagar la atención mientras decidimos si pertenece a los servicios excluidos que se enumeran a continuación. Si más adelante se determina que la atención está excluida de su cobertura, recuperaremos el importe que hayamos autorizado para los beneficios. Debe proporcionarnos todos los documentos necesarios para el ejercicio de nuestros derechos.

Beneficio	<u>Servicios excluidos</u>
Servicios de salud conductual	Educación, instrucción y servicios ofrecidos a través de una escuela o de una institución académica con fines de diagnóstico o tratamiento de discapacidades de aprendizaje, trastornos de conducta perturbadora, de control de impulsos u otros trastornos de conducta.
Servicios dentales	- Corrección de defectos oclusivos de mandíbula, implantes dentales o injertos de arcos alveolares. - Odontología general o preventiva. - Procedimientos que no son de emergencia relacionados con los dientes o sus estructuras de soporte. - El reemplazo, el reimplante y la atención de seguimiento de los dientes, incluso si no se salvan con estabilización de emergencia. - Tratamiento de tejidos blandos para la preparación de procedimientos dentales o dentaduras postizas.
<u>DME</u>, dispositivos ortopédicos y prótesis	- Vendajes, toallas sanitarias o pañales - Prótesis biónicas y mioeléctricas - Cambios en su hogar o en su vehículo. - Ropa y dispositivos <u>OTC</u> - Dispositivos de movimiento pasivo continuo. - Equipos que proporcionan comodidad o conveniencia. - Por ejemplo, concentradores de oxígeno portátiles. - Equipo o dispositivos que no son médicos por naturaleza, como los siguientes: - Dispositivos ortopédicos para uso recreativo o atlético - Tapones para los oídos - Soportes y medias elásticas - Ligeros - Jacuzzi o bañeras de hidromasaje. - Colchones y otro tipo de ropa de cama o alarmas para incontinencia urinaria en la cama. - Diversos artículos de <u>DME</u> para el mismo propósito o propósitos similares. - Vehículos eléctricos que se pueden usar como sillas de ruedas. - Compra o alquiler de equipos o suministros para uso doméstico común, como los siguientes:

Beneficio	<u>Servicios excluidos</u>
	○ Máquinas de limpieza de aire o dispositivos de filtración ○ Aires acondicionados ○ Camas y sillas ○ Almohadas cervicales o lumbares ○ Barras de apoyo ○ Equipos de acondicionamiento físico ○ Asientos de inodoro elevados ○ Bancos para ducha ○ Camillas de tracción ○ Purificadores de agua ● Características para mejorar equipos básicos ● Funciones mejoradas, accesorios o suministros para audífonos
<u>Servicios excluidos generales</u>	● Atención o servicios proporcionados fuera del <u>área de servicio</u> de GlobalHealth si la necesidad de recibir dicha atención o servicios se pudo haber previsto antes de salir del <u>área de servicio</u> ● Cargos por lesiones resultantes de guerra o actos de guerra (ya sea declarada o no) mientras presta servicio en las fuerzas armadas o en una unidad adicional agregada a las fuerzas armadas o que trabaja en área de guerra ya sea voluntariamente o a solicitud de un empleador ● Atención de apoyo, cuidado temporal de reemplazo, servicios de ama de casa o atención en el hogar ● Medicamentos, terapias y tecnologías: ○ Antes de que se conozca o se compruebe el efecto a largo plazo ○ Que no sean más eficaces que el tratamiento estándar ● Medicamentos, lentes, dispositivos, aparatos, equipos, tratamientos dentales u otros artículos faltantes o que se hayan extraviado, vendido o robado ● Medicamentos u otros artículos que se hayan dañado o hayan quedado inutilizables por una manipulación indebida o abuso ● Los procedimientos, servicios, suministros o medicamentos de mejora electiva, que incluyen, pero sin limitarse a los que tienen los siguientes fines: ○ Antienvjecimiento ○ Rendimiento atlético ○ Fines estéticos ○ Crecimiento del cabello ○ Desempeño sexual ● Alojamiento y comidas ● Nuevos procedimientos, servicios, suministros y medicamentos que no han sido revisados y aprobados por GlobalHealth ● Artículos personales o de comodidad ● Servicios de enfermería privada. ● Servicios de <u>pruebas de detección</u> solicitados exclusivamente por usted, como gammagrafías cardíacas promocionadas comercialmente

Beneficio	<u>Servicios excluidos</u>
	• Cargos adicionales por citas canceladas o a las que no asistió, multas o cargos financieros, mantenimiento o conservación de registros, copia de expedientes o servicios de <u>administración de casos</u> • Servicios con fines de viaje, seguro, obtención de licencias, empleo, escuela, campamento, deportes, prematrimoniales o antes de una adopción • Servicios que no sean <u>servicios hospitalarios</u> para la salud conductual, para los que usted no permita la divulgación de información a GlobalHealth • Servicios recibidos fuera de los Estados Unidos (los 50 estados y el Distrito de Columbia) • Servicios recibidos sin autorización cuando esta es necesaria • Complicaciones que surgen de esos servicios • Servicios ocasionados total o parcialmente por una condición, un artículo o un servicio excluidos • Servicios que se proporcionan como resultado de la Workers' Compensation Law (Ley de Compensación de Trabajadores) o de leyes similares • Tratamiento de lesiones o enfermedades que resultan del intento o la perpetración de un delito, o como resultado de estar involucrado en una ocupación ilegal • Tratamiento de cualquier tipo que sea excesivo o que no sea <u>necesario desde el punto de vista médico</u> • Tratamiento de cualquier tipo recibido antes de la fecha de inicio de su cobertura o después de que termine la cobertura, incluso si está autorizado • Tratamiento, suministros, medicamentos y dispositivos por los cuales no se efectuó ningún cobro • Tratamiento, suministros, medicamentos y dispositivos para los que no se solicitaría un pago si usted no tuviera esta cobertura • Tratamiento por lesiones ocasionadas por actividades extremas que incluyen, pero no se limitan a las siguientes: ○ Caída libre ○ Puentismo ○ Monta de toros ○ Carreras de carros ○ Paracaidismo ○ Acrobacias en motocicleta • Tratamiento por discapacidades relacionadas con el servicio militar al que tiene derecho legalmente y al que tiene accesibilidad razonable (es decir, servicios a través de una agencia gubernamental federal). • Tratamiento para el cual el costo es recuperable con cualquier otra cobertura, incluidas la Workers' Compensation Law (Ley de Compensación para los Trabajadores), la Occupational Disease Law (Ley

Beneficio	<u>Servicios excluidos</u>
	de Enfermedades Ocupacionales), una institución escolar/académica o cualquier agencia gubernamental o estatal.
Pruebas, servicios o análisis genéticos	• Asesoramiento genético para la planificación familiar
Vacunas	• A menos que además sean un <u>servicio preventivo</u>, las vacunas que debe recibir para lo siguiente: ○ Empleo ○ Servicio militar ○ Viajes ○ Una escuela de formación profesional o un instituto de educación superior
Servicios obstétricos y por <u>infertilidad</u>	• Programas alternativos para el parto, tales como parto en el hogar y uso de comadronas y centros de nacimientos • Costo del espermato de un donante u óvulo de una donante. • Crioconservación o almacenamiento de espermato (banco de espermato), óvulos o embriones. • Abortos voluntarios. • Gastos relacionados con la paternidad/maternidad sustituta. • Asesoramiento genético y <u>prueba de detección</u> genética. • Monitoreo uterino en el hogar • Procedimientos de inseminación y todos los servicios relacionados con la inseminación ○ Transferencia intrafalopiana de gametos (“GIFT”) ○ Fertilización in vitro (“IVF”) ○ Inseminación intracervical (“ICI”) ○ Transferencia intrafalopiana de cigotos (“ZIFT”) • Reversión de un procedimiento de esterilización • Servicios asociados con estos procedimientos
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	• Acupuntura o acupresión. • Quinesioterapia o terapia de movimiento. • Terapia de masaje. • Terapia recreativa que incluye, entre otros: ○ Terapia asistida con animales ○ Musicoterapia • Técnica de Rolf
<u>Medicamentos</u> <u>recetados</u>	• Medicamentos recetados con indicaciones, dosis o un periodo de tratamiento no aprobados por la <u>FDA</u> • Medicamentos para la atención no preventiva, suplementos alimenticios, fórmulas, alimentos y productos disponibles sin receta médica (<u>OTC</u>). • Solución salina y medicamentos para la irrigación
Trasplantes	• Trasplantes de órganos artificiales o no humanos
Transporte	• Transporte público o comercial. • Servicios de furgoneta para camillas. • Servicios de furgoneta para sillas de ruedas.

Beneficio	<u>Servicios excluidos</u>
Visión	• Programas de computadora de cualquier tipo, entre ellos, los que ayudan con la terapia de la vista • Seguro para lentes de contacto • LASIK, INTACS, queratotomía radial y otras cirugías refractivas • Mejoras de las lentes • Lentes no recetadas • Lentes multifocales especiales de implante ocular
Adelgazamiento	• Programas comerciales o productos <u>OTC</u> para bajar de peso. • Adelgazamiento quirúrgico

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Elegibilidad

Su agencia de empleo determina su elegibilidad. En términos generales, usted es elegible para inscribirse en GlobalHealth si cumple con las siguientes condiciones:

- Vive o trabaja en nuestra área de servicio (el suscriptor o su cónyuge).
- Es ciudadano o residente de los Estados Unidos, o no es ciudadano, pero se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
 - Espera de manera razonable convertirse en ciudadano o residente.
 - Estará legalmente en el país durante el periodo completo para el cual solicita la inscripción.
- No está en prisión.
- Cumple con los requisitos de elegibilidad definidos por su empleador.

El empleado es el suscriptor del plan. Su cónyuge e hijos son dependientes.

Debe comunicarse con el coordinador del seguro o con el coordinador de beneficios para inscribirse durante el periodo de opción o para hacer cambios en su cobertura si cambian su estado familiar o su cobertura.

A menos que sean elegibles conforme a la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA (Ley Federal de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado), los dependientes de un empleado solo pueden inscribirse si cumplen con las siguientes condiciones:

- El empleado también está inscrito en el mismo plan.
- Cumplen con los requisitos de elegibilidad del empleador.

Cónyuges

Su cónyuge puede inscribirse en nuestro plan, siempre que cumpla con los requisitos de elegibilidad del grupo, si vive o trabaja en nuestra área de servicio.

Hijos

Sus hijos pueden ser dependientes hasta el final del mes en el que cumplen 26 años de edad, independientemente de lo siguiente:

- | | |
|--|--|
| • Dependen de usted para su apoyo económico. | • Tienen un empleo. |
| • Viven con usted. | • Están casados. |
| • Asisten a la escuela. | • Son elegibles para recibir otra cobertura. |
| | • Pueden reunir una combinación de estos factores. |

También consulte las terminaciones por edad en “Terminaciones de cobertura”, en la página 151.

Dependientes discapacitados

Un dependiente inscrito que alcanza los 26 años de edad puede permanecer inscrito en el plan si cumple con las siguientes condiciones:

- Vive con usted o con su cónyuge separado o divorciado.

- No es capaz de mantenerse en un empleo por motivos de discapacidad mental o física.
- Depende principalmente de usted para manutención y apoyo.
- La afección mental o física existió de manera permanente antes de que cumpliera los 26 años de edad.

Dependientes de dependientes

Los dependientes de sus dependientes no están cubiertos. No cubrimos al cónyuge ni a los hijos de su hijo dependiente, incluidos los recién nacidos que hayan pasado la admisión de rutina de 48/96 horas en el hospital.

Área de servicio

Nuestra área de servicio incluye los 77 condados de Oklahoma en su totalidad.

Para inscribirse, los suscriptores y sus cónyuges deben vivir o trabajar en nuestra área de servicio. Si está lejos de nuestra área de servicio por más de seis meses, comuníquese con el coordinador del seguro o el coordinador de beneficios. Existe un cambio de mitad de año en el que puede inscribirse en otro plan que incluya su ubicación nueva en su área de servicio. Debe estar cerca de la red de proveedores de su plan para que sea fácil obtener la atención que necesita.

Dependientes que viven fuera del área

Los dependientes menores de 26 años de edad que viven fuera de nuestra área de servicio pueden inscribirse. Deben tener un PCP de la red asignado que administre la atención de rutina o crónica. La cobertura fuera de la red es únicamente para servicios de emergencia y atención de urgencia, a menos que autoricemos una cobertura específica fuera de la red. Consulte la sección “Facturación de saldos por un proveedor fuera de la red” en la página 155.

Periodos de inscripción

Para obtener cobertura, una persona elegible debe inscribirse en el plan. Debe presentar su inscripción a través de su coordinador del seguro o coordinador de beneficios. Realice la contribución de su prima a través de su empleador. Debemos recibir su inscripción durante el periodo de la inscripción abierta o dentro de los periodos que se indican abajo.

Periodo de inscripción abierta

Usted puede inscribirse durante el periodo de opción de cada año. Este es el lapso en el que los empleados elegibles pueden:

- Inscribirse en la cobertura.
- Cambiar de plan o abandonar la cobertura.
- Agregar o quitar dependientes de la cobertura.

Cambio de mitad de año

Puede inscribirse fuera de su periodo de opción en circunstancias limitadas. Para ser elegible para un cambio de mitad de año, debe tener uno de los eventos de la vida que califican que se mencionan a continuación. Si se encuentra en alguna de las circunstancias, consulte con su coordinador del seguro o coordinador de beneficios para averiguar si es elegible.

- Tendrá 30 días para inscribirse si tiene un cambio en el estado familiar o en la cobertura.
- Tendrá 60 días para inscribirse si tiene un cambio en la elegibilidad para Medicaid o CHIP

(Programa de Seguro de Salud para Niños). Consulte el “Aviso sobre Medicaid y CHIP” en la página 186.

Cambio en el estado familiar:

Su prima se modificará si cambia su tipo de cobertura (por ejemplo, de solo empleado a empleado más cónyuge). Su coordinador del seguro o coordinador de beneficios le informará cuáles son sus opciones de plan.

Tipo de dependiente	Descripción
Hijos adoptivos	• Cubrimos a los hijos adoptivos desde la fecha de colocación en el hogar. • En conformidad con la sección “<u>Servicios excluidos y limitaciones</u>” de la página 135, cubrimos los costos médicos relacionados con el nacimiento de un hijo que tiene 18 meses de edad o menos. ○ Envíenos copias de las facturas y los expedientes médicos relacionados con el nacimiento del niño. ○ Envíenos un comprobante de que ha pagado o de que es responsable de pagar esas facturas, y de que el costo no fue cubierto por otro <u>plan</u>, incluido Medicaid.
Hijos en cuidado temporal	• Cubrimos a los hijos en cuidado temporal desde la fecha de colocación en el hogar.
Recién nacidos	• Cubrimos a su hijo recién nacido desde la fecha de nacimiento. • Cubrimos a los hijos recién nacidos durante los primeros 31 días de vida para todos los servicios <u>necesarios desde el punto de vista médico</u>. Si no agrega a un recién nacido como <u>dependiente</u> durante los primeros 31 días, la cobertura del recién nacido termina el día 31. • Si tiene un cambio de mitad de año debido a un cambio en la elegibilidad para Medicaid o <u>CHIP</u>, e inscribe a su hijo recién nacido en el plazo de 60 días, cubriremos al recién nacido desde la fecha de nacimiento. • Cubrimos a los recién nacidos de los hijos <u>dependientes</u> por la estancia aprobada de 48/96 horas de la madre (su <u>dependiente</u>).
<u>Dependientes</u> nuevos como resultado de un matrimonio	• Si se casa, cubrimos a los nuevos miembros de la familia desde el primer día del mes posterior al matrimonio.
Orden médica calificada de manutención de menores	• Cubrimos a los hijos para cumplir con una orden médica calificada de manutención de menores. Si se emite una orden relacionada con su hijo, comuníquese con nosotros. Debemos seguir determinados procedimientos. • Usted debe mantener a su hijo inscrito, a menos que ya no sea elegible para ser <u>miembro del plan</u> o nos envíe evidencia escrita de que: ○ La orden administrativa o del tribunal ha finalizado. ○ El niño está o estará inscrito en una cobertura de salud a través de otra aseguradora. Esta debe entrar en vigor a más tardar el último día de la cobertura en este <u>plan</u>. No puede haber una brecha en la cobertura.

Tipo de dependiente	Descripción
Fallecimiento, divorcio o separación legal	• Cubrimos a los <u>suscriptores</u> nuevos y a sus <u>dependientes</u> desde el primer día del mes posterior a la inscripción si califican a través de la ley <u>COBRA</u> o del <u>plan</u> de GlobalHealth. • Usted debe inscribirse en el plazo de 30 días después de perder la cobertura como <u>dependiente</u> a través de un cónyuge o de uno de sus padres.

Cambio en la cobertura:

Usted puede inscribirse en las siguientes situaciones:

- Se muda del área de servicio de su plan.
- Pierde la cobertura de Medicaid o la elegibilidad para la Parte A libre de prima de Medicare.
- Pierde la cobertura limitada de Medicaid no reconocida como cobertura esencial mínima.
- Obtiene la presencia legal en los Estados Unidos. Consulte la sección “Elegibilidad” en la página 144.
- Está inscrito en un plan para el que no califica debido a errores de inscripción.
- Rechazó la cobertura por escrito cuando fue elegible por primera vez porque tenía otra cobertura y ya no tiene la otra cobertura debido a que:
 - Usted o los miembros elegibles de su familia han agotado la cobertura en virtud de COBRA con otro plan de salud colectivo.
 - Las horas de trabajo del suscriptor finalizan o se reducen.
 - Finaliza cualquier otra cobertura de plan de salud.
 - El empleador dejó de pagar una parte de su prima.
 - Fallecimiento, divorcio o separación legal del suscriptor.
- Ya no está en prisión.
- Pierde la cobertura esencial mínima.
- Se encuentra en circunstancias excepcionales, como en el caso de un hijo con un padre en prisión.
- Usted es un dependiente que queda discapacitado y comienza a depender económicamente del suscriptor.

Cambio de empleo:

Usted puede inscribirse en las siguientes situaciones:

- Lo contratan.
- Llega a ser elegible por motivo de las horas trabajadas.

Para solicitar un cambio de mitad de año o para obtener más información, consulte con su coordinador del seguro o coordinador de beneficios.

Cuándo se inicia la cobertura

La cobertura para usted y sus dependientes elegibles comienza a partir de las 12:01 a. m. de la fecha de entrada en vigor de su inscripción. Su empleador debe certificar su elegibilidad.

El periodo de cobertura se extiende desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre si usted se inscribió durante el periodo de opción.

Si se une a un plan después de la fecha de entrada en vigor colectiva porque califica para un cambio de mitad de año o porque lo contrataron recientemente, consulte con su coordinador del seguro o coordinador de beneficios para averiguar cuándo comienzan sus beneficios. Sus beneficios finalizan el 31 de diciembre.

Continuación o transición del cuidado

Si autorizamos su cuidado de transición a través de un proveedor fuera de la red mientras transferimos su atención a un proveedor dentro de la red, pagaremos al menos las cantidades usuales y acostumbradas de sus servicios. Usted paga su costo compartido dentro de la red.

Estos son algunos ejemplos de condiciones que pueden requerir la continuidad o la transición del cuidado:

- Tiene afecciones de salud conductual durante el tratamiento activo.
- Está actualmente hospitalizado.
- Actualmente toma medicamentos para los que necesitamos una revisión de la UM.
- Se encuentra actualmente en la lista para recibir un trasplante.
- Requiere una hospitalización inminente.
- Se encuentra en el segundo o tercer trimestre de embarazo.
- Tiene una enfermedad terminal.
- Recibe quimioterapia o radioterapia.

Estas cláusulas aprobadas finalizan cuando:

- Se cambia a un proveedor de la red.
- Alcanza las limitaciones de beneficios.
- La atención es excesiva o no es necesaria desde el punto de vista médico.

Las cláusulas se aplican únicamente a la afección y al proveedor que figuran en el formulario de solicitud. Un proveedor dentro de la red debe tratar todas las demás afecciones. Si necesita servicios de derivación, podemos autorizar a proveedores dentro de la red únicamente.

Estas son otras personas que pueden ayudarlo con este proceso:

- Su médico o su farmacéutico.
- El padre o la madre de un niño menor de 18 años.
- Su representante con poder notarial y autoridad para tomar decisiones médicas. Debemos tener una copia del formulario de poder notarial firmado en nuestros registros.
- Su representante autorizado. Consulte la sección “Designación de un representante autorizado” en la página 165. Deberá completar el formulario si desea que compartamos su PHI con alguna otra persona; por ejemplo:
 - Uno de sus padres, si tiene menos de 18 años de edad
 - Su cónyuge
 - La persona a cargo de su cuidado, un amigo, un vecino u otra persona

Si no aprobamos la atención permanente a través del proveedor fuera de la red, usted puede apelar la decisión. Consulte la sección “Apelaciones y quejas” en la página 161.

Transición del cuidado médico y de salud conductual

Si se está inscribiendo en GlobalHealth y se está cambiando de otra compañía de seguro de salud, puede ser elegible para recibir la atención de su proveedor actual mientras transferimos su atención a un proveedor dentro de la red.

Deberá completar el *formulario de solicitud de transición del cuidado de GlobalHealth*. Esto es necesario, incluso si su PCP también es un proveedor de GlobalHealth. Algunos especialistas y centros actualmente programados para su atención pueden no pertenecer a nuestra red. Puede encontrar el formulario en nuestro sitio web.

Debe obtener nuestra aprobación para continuar la atención con su proveedor actual. Una aprobación de la compañía de seguro de salud que tenía antes no es lo mismo que una autorización de nuestra parte.

Las solicitudes de atención médica permanente se revisan caso por caso. Una vez que tengamos la solicitud, revisaremos su caso. Para ser considerado, debe haber recibido servicios del proveedor solicitado en virtud de un plan de tratamiento en curso dentro de los 90 días anteriores a la fecha de entrada en vigor de la cobertura con nosotros.

Les informaremos a usted y a su proveedor si hacemos lo siguiente:

- Autorizamos los servicios continuos. Es posible que esté 30 días en tratamiento constante.
- Transferimos su atención a uno de nuestros proveedores de la red. Le informaremos sobre su derecho a apelar la decisión.

Si se aprueba el cuidado de transición, cubrimos la atención por 30 días como máximo mientras transferimos la atención a un proveedor dentro de la red. Si está embarazada, cubrimos el cuidado de transición hasta seis semanas después del parto, incluso si se superan los 30 días. Si permanece inscrito en el mismo plan durante varios años calendario, estos periodos se aplican a cada año calendario.

Transición del cuidado: medicamentos recetados

Si es nuevo en GlobalHealth, puede solicitarnos que cubramos lo siguiente:

- Medicamentos que no están en la lista de medicamentos cubiertos.
- Medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos que tienen restricciones.

Debe realizar la solicitud dentro de los primeros 90 días de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Le recomendamos que trabaje con su médico y con el Departamento de Farmacia lo antes posible para realizar la transición a nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.

1. Complete el *formulario de solicitud de transición del cuidado de GlobalHealth: medicamentos recetados* en nuestro sitio web.
2. Verificaremos las terapias de medicamentos anteriores.
3. Le informaremos nuestra decisión, sea a su favor o no. Consulte la sección “Solicitudes de excepción” en la página 37. Si se aprueba, recibirá un surtido de medicamento recetado de 30 días por medicamento.

Salud conductual y continuación médica del cuidado

Si actualmente es miembro de GlobalHealth y su proveedor deja la red, puede continuar recibiendo la atención de ese proveedor en determinados casos mientras transferimos su atención a un proveedor dentro de la red. El tratamiento de la afección se debe haber realizado durante los 30 días anteriores.

Usted debe estar en tratamiento activo. “Tratamiento activo” significa:

- Tratamiento constante para una enfermedad o afección que representa un peligro para la vida.
- Tratamiento constante para una afección aguda grave.
- El periodo desde el segundo o tercer trimestre de embarazo hasta el periodo de posparto.
- Un tratamiento constante para el que un médico tratante u otro proveedor dan fe de que transferir la atención a otro médico o proveedor empeoraría la afección o el resultado previsto.

Si se aprueba el cuidado continuo, cubrimos la atención por 90 días como máximo mientras trabajamos para transferir su atención. Si está embarazada, cubrimos el cuidado continuo hasta seis semanas después del parto, incluso si se superan los 90 días. Si permanece inscrito en el mismo plan durante varios años calendario, estos periodos se aplican a cada año calendario.

Debe obtener una aprobación de parte nuestra para continuar la atención. No cubriremos la atención continua cuando:

- El contrato del proveedor finalizó debido a problemas con la calidad de la atención.
- El proveedor no cumplió con las regulaciones u otros requisitos del contrato.

Cambios en la inscripción

Es su responsabilidad notificarnos sobre cualquier cambio que afecte su elegibilidad. Los cambios que debe informar incluyen, entre otros:

- Números del Seguro Social de los dependientes nuevos.
- Si obtiene o pierde cualquier otra cobertura de salud colectiva.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Cambio en:
 - Nombre
 - Dirección de correo y código postal
 - Número de teléfono (casa y trabajo)
 - PCP
 - Estado de discapacidad
 - Estado de Medicare
 - COBRA
 - Estado familiar
 - Jubilación
 - Fallecimiento
 - Divorcio

Debe hacer cualquier cambio tan pronto como sea posible, pero siempre dentro de los 30 días. Consulte la sección “Periodos de inscripción” en la página 145 para conocer las fechas límite de los cambios de mitad de año. Llame a su coordinador del seguro o coordinador de beneficios.

Hable con su empleador sobre las opciones de cobertura si deja de trabajar debido a lo siguiente:

- Discapacidad
- Periodo de inactividad temporal
- Permiso de ausencia
- Terminación de empleo

- Jubilación

O si ocurre algo que cambie su vida como lo siguiente:

- Fallecimiento de un cónyuge
- Su hijo dependiente ya no es elegible debido a la edad
- Divorcio

Consulte la sección “Derechos de continuación de la cobertura en virtud de COBRA” en la página 178.

Cambios en su plan de GlobalHealth

Si alguna ley federal o estatal exige un cambio de beneficios, es posible que cambiemos el contrato o determinados beneficios. Le enviaremos un aviso escrito al menos 60 días antes. También le indicaremos cuándo comenzará el cambio.

GlobalHealth y la Office of Management and Enterprise Services, OMES (Oficina de Administración y Servicios Empresariales) pueden hacer cambios en el contrato o en los beneficios sin su consentimiento o acuerdo. Su empleador es responsable de notificarle por escrito en un término de 72 horas sobre cualquier cambio en su plan.

Terminaciones de cobertura

Una terminación se produce cuando termina su cobertura. Terminar la cobertura puede o no ser su decisión. Si no fue su decisión, le informaremos cuándo y por qué terminó su cobertura. Le enviaremos por correo un aviso en un término de cinco días hábiles.

La cobertura finaliza a las 12:00 de la medianoche del día en que la terminación entra en vigor. Si la cobertura de un dependiente termina, esto no afecta la cobertura de los otros miembros de la familia. Si la cobertura del suscriptor termina, la membresía de todos los dependientes finaliza también. Consulte la sección “Derechos de continuación de la cobertura en virtud de COBRA” en la página 178.

A menos que se disponga lo contrario, su cobertura finaliza no bien se produce cualquiera de los siguientes eventos:

Motivo	Descripción	Cuándo finaliza la cobertura
Edad	• Sus hijos son elegibles para la cobertura de <u>dependientes</u> hasta el final del mes en que cumplen 26 años de edad. • Le enviaremos un aviso de que su cobertura finalizará e información sobre cómo seleccionar un <u>plan</u> nuevo. Debe recibir el aviso antes del mes en que se cancelará su inscripción. • Debe solicitar la cobertura continua de los <u>dependientes</u> discapacitados.	El último día del mes en que cumplen 26 años de edad

Motivo	Descripción	Cuándo finaliza la cobertura
Fallecimiento	• Si el <u>suscriptor</u> fallece, finaliza la cobertura de ese <u>miembro</u>, así como la cobertura de todos los <u>dependientes</u>. • Si fallece un <u>dependiente</u>, finaliza solo la cobertura de ese <u>miembro</u>.	<u>Suscriptor</u>: La fecha del fallecimiento <u>Dependientes</u>: El último día del mes en que falleció el <u>suscriptor</u>.
Elegibilidad	• Su empleador define la elegibilidad de los empleados y los <u>dependientes</u>. • Es responsabilidad de su empleador informarle cuándo dejará de ser elegible.	El último día del mes en que se pagó la <u>prima</u> .
El empleador solicitó las terminaciones	• El empleador toma las decisiones de terminación para los grupos del empleador. • Es responsabilidad de su empleador informarle si nos solicita que finalicemos su cobertura colectiva. Debe notificárselo al menos 60 días antes de que terminen sus beneficios.	El último día del mes en que se pagó la <u>prima</u> .
<u>Fraude</u>	• Podemos suspender su cobertura si usted comete <u>fraude</u>. Por ejemplo, se considera fraude si usted deliberadamente entregó su tarjeta de identificación de <u>miembro</u> a otra persona para que esta pudiera obtener servicios. Consulte la sección “<u>Fraude y abuso</u>” en la página 185. • Podemos tomar medidas que tengan efectos graves en su cobertura. Estas incluyen, entre otras: ○ Pérdida retroactiva de la cobertura. ○ Pérdida de la cobertura a futuro. ○ Denegación de los beneficios. ○ Recuperación de las cantidades que ya pagamos. ○ También podemos denunciar casos de <u>fraude</u> ante las autoridades penales. • Le enviaremos un aviso escrito al menos 3 días antes de que terminemos su cobertura. Esto le dará tiempo para <u>apelar</u>. ○ Si decidimos que la terminación sigue vigente, le devolveremos la <u>prima</u> de ese periodo, en caso de que la hayamos recibido. Usted puede solicitar una <u>revisión externa</u>. • Las terminaciones retroactivas pueden ser de hasta 30 días más el mes en curso. Esto significa que una terminación no puede ser por más de 60 días anteriores al momento en que se lo informamos.	La fecha de entrada en vigor es variable

Motivo	Descripción	Cuándo finaliza la cobertura
Medicaid/CHIP	La Oklahoma Health Care Authority (Autoridad de Atención Médica de Oklahoma) define la elegibilidad.	El día anterior al que inicia la cobertura nueva con Medicaid/CHIP.
Mudanza fuera del área de servicio	Debe inscribirse en un <u>plan</u> que tenga una <u>red</u> de <u>proveedores</u> en su nueva <u>área de servicio</u>.	El último día del mes en que se pagó la <u>prima</u> .
Incumplimiento de pago de la prima	- Usted no es elegible para un cambio de mitad de año por pérdida de la <u>cobertura esencial mínima</u>: - Si su cobertura o la cobertura de sus <u>dependientes</u> finaliza por incumplimiento de pago de la <u>prima</u> de <u>COBRA</u>. - Si su cobertura o la cobertura de sus <u>dependientes</u> finaliza por no inscribirse en la cobertura en virtud de <u>COBRA</u> dentro del periodo para elegir esta cobertura.	El último día del mes en que se pagó la <u>prima</u> .
Error del plan	Es posible que nos demos cuenta de que lo inscribimos cuando no era elegible.	El mismo día que la fecha original de entrada en vigor

Si se encuentra en alguna de estas situaciones, puede ser elegible para un cambio de mitad de año para inscribirse en otra compañía de seguro de salud. O bien, puede optar por la continuación de la cobertura o por COBRA, en caso de que califique.

Continuación de la cobertura

Es posible que pueda mantener la cobertura en el mismo plan por 63 días después de estos periodos. Debe seguir pagando su prima.

La continuación de la cobertura puede no estar disponible:

- Si usted no cumple con los pagos de la prima de manera puntual.
- Si la cobertura colectiva termina en su totalidad durante su periodo de continuidad.
- Si tiene derecho a una cobertura similar de otra fuente durante el periodo de continuación de la cobertura.
- Si intencionalmente hace un uso indebido de su tarjeta de identificación de miembro o comete fraude.

Privilegio de conversión

Si pierde la cobertura colectiva de GlobalHealth, puede ser elegible para la continuación de la cobertura en virtud de COBRA. Consulte con su coordinador del seguro o coordinador de beneficios.

Si desea adquirir un seguro de salud a través del Mercado de Seguros Médicos de la ley ACA, visite www.HealthCare.gov. Este es un sitio web proporcionado por el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) que proporciona información sobre el Mercado, que incluye cómo inscribirse.

Si usted está hospitalizado cuando la cobertura termina

Puede continuar recibiendo beneficios mientras esté hospitalizado y con la atención de un médico.

- Cubrimos a las mujeres que dan a luz durante el parto y el alta.
- Si su cobertura colectiva termina debido a que su empleador termina el contrato, su cobertura finaliza en la fecha de terminación del contrato.
- Si su cobertura colectiva finaliza debido a que nosotros terminamos el contrato, su cobertura continuará hasta el alta del hospital o el vencimiento de los beneficios de acuerdo con su contrato.

Los servicios deben cumplir con los “Requisitos de cobertura” que se describen en la página 42.

Cubrimos los servicios que son únicamente para la enfermedad, lesión o afección por la cual está hospitalizado.

Insolvencia

En el caso poco probable de nuestra insolvencia, seguiremos brindándole sus beneficios:

- Durante el periodo para el cual se han pagado las primas.
- Si está confinado en un hospital en la fecha de insolvencia, hasta que le den el alta o terminen sus beneficios.
- Si está embarazada, hasta el parto y el alta.

Consulte la sección “Aviso sobre la protección proporcionada por la Asociación de Garantía de Seguros de Salud y Vida de Oklahoma” en la página 192.

RECLAMOS Y PAGOS

Responsabilidad de pago

Cuándo	Costo
Usted es responsable de:	- Sus <u>copagos</u> o su <u>coseguro</u> por los <u>servicios cubiertos</u> aprobados hasta que usted alcance el <u>MOOP</u>. - El costo de los servicios prestados por un médico o un <u>centro</u> sin una <u>derivación</u> autorizada. - El costo de los servicios no incluidos en los beneficios de su <u>plan</u> de GlobalHealth. - La atención no está cubierta de acuerdo con este <i>Manual para miembros</i>. - La atención se describe en la sección “<u>Servicios excluidos y limitaciones</u>”. <u>Facturación de saldos</u> para <u>atención de urgencia</u> o <u>servicios de emergencia</u> brindados por un <u>proveedor fuera de la red</u>, incluso si el servicio se presta en un <u>centro</u> de la red. - Los cargos se facturarán en su totalidad cuando: - Los servicios fueron servicios no cubiertos. - Los servicios no fueron de urgencia ni de emergencia, se recibieron <u>fuera de la red</u> y no fueron autorizados por nosotros. - Obtuvo los servicios a través de un <u>fraude</u> que usted mismo cometió.
Usted no es responsable de:	- Toda cantidad que le adeudemos a un <u>proveedor</u> por servicios <u>necesarios desde el punto de vista médico</u> aprobados que están cubiertos por este <u>plan</u>. - Toda cantidad solicitada como <u>facturación de saldos</u> (después de que hayamos pagado la <u>cantidad permitida</u> contratada), siempre que se cumpla lo siguiente: - Los servicios fueron <u>servicios cubiertos</u>. - Los servicios fueron aprobados por nosotros. - Los servicios fueron prestados por un <u>proveedor de la red</u>. - Usted ha pagado su <u>costo compartido</u> requerido, si lo hubo.

Facturación de saldos por un proveedor fuera de la red

La facturación de saldos se produce cuando un proveedor le pide que pague la diferencia entre el cobro facturado y la cantidad total que el proveedor recibió de su costo compartido dentro de la red y de nuestro pago. Es posible que los proveedores dentro de la red no le facturen los saldos. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle los saldos y es posible que usted deba pagar la diferencia.

Situaciones especiales

Contamos con una red completa de proveedores. Como regla general, usted debe obtener atención de estos proveedores. Sin embargo, hay algunas situaciones limitadas en las que puede consultar a un proveedor fuera de la red. Usted paga su costo compartido regular. Nosotros pagamos al menos

el reembolso usual y acostumbrado. No obstante, es posible que el proveedor le envíe una factura si ocurre lo siguiente:

- Usted debe buscar atención de urgencia cuando se encuentre fuera de nuestra área de servicio.
- Lo tratan por servicios de emergencia mientras se encuentra fuera de la red.

Si considera que un proveedor le ha facturado los saldos por error, llámenos.

Si recibe una factura

Si recibe una factura por servicios que ya pagó, envíe una factura detallada y un comprobante de pago. Asegúrese de enviarlos al lugar correcto. Debe conservar copias, para sus registros, de los documentos que envíe a Beacon Health Options, Magellan Rx Management o a nosotros.

Salud conductual

Los proveedores de salud conductual de la red facturarán directamente a Beacon Health Options por los servicios.

Si debe presentar un reclamo por servicios de emergencia fuera de la red, envíe el reclamo por correo a Beacon Health Options.

Método de contacto	Información de contacto
Línea gratuita	1-888-434-9203
Correo	Beacon Health Options PO Box 1850 Hicksville, NY 11802-1850

Servicios médicos

Los proveedores de la red nos facturan a nosotros directamente por los servicios prestados. Sin embargo, si recibe atención de urgencia o de emergencia fuera de nuestra red, es posible que reciba una factura de esos proveedores.

Si la factura es por servicios de emergencia que usted ya pagó, comuníquese con nosotros para obtener indicaciones dentro de los 120 días a partir de la fecha del servicio. Pagaremos de acuerdo con nuestro reembolso usual y acostumbrado.

Método de contacto	Información de contacto
Línea gratuita	1-877-280-5600
Correo	GlobalHealth, Inc. Claims PO Box 2328 Oklahoma City, OK 73101-2328

Decisión de cobertura:

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos algún otro dato acerca de usted. Revisaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura. Usted debe cumplir con los “Requisitos de cobertura” que se describen en la página 42.

- Si decidimos que la atención está cubierta y que usted siguió todas las reglas para recibir la atención, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio, le enviaremos por correo

el pago de nuestra parte del costo. Si aún no pagó el servicio, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.

- Si decidimos que la atención no está cubierta o que usted no siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos por los que no le enviamos el pago y una copia de los Derechos de apelación dentro de los 30 días después de haber recibido el reclamo. Consulte la sección “Apelaciones y quejas” en la página 161.

Medicamentos recetados

Por lo general, la farmacia le factura directamente a Magellan Rx Management. Sin embargo, si surte una receta médica sin su tarjeta de identificación de miembro, es posible que la farmacia le exija que pague. Si esto sucede, llame a Magellan Rx Management. Deberá completar un formulario de reclamo impreso y enviar los recibos.

Método de contacto	Información de contacto
Línea gratuita	1-800-424-1789
TTY	711
Correo	Magellan Health Services Attn: Claims Department 11013 W Broad St, Ste #500 Glen Allen, VA 23060

Cuando está cubierto por más de un Plan

Debe informarnos si tiene otra cobertura de atención médica.

Otras coberturas de atención médica incluyen las siguientes:

- Cobertura de seguro colectiva e individual y cobertura del suscriptor.
- Acuerdos sin seguro de cobertura colectiva o cobertura del tipo colectiva.
- Cobertura colectiva e individual a través de planes que ya no aceptan miembros nuevos.
- Cobertura del tipo colectiva.
- Beneficios de atención médica de cobertura de atención prolongada, como atención de enfermería especializada.
- Cobertura de beneficios médicos en la cobertura del seguro de automóvil “sin culpa” y “con culpa” tradicional.
- Medicare u otros beneficios del gobierno, según lo permita la ley, excepto por lo establecido en un plan del estado en virtud de Medicaid. Ese tipo de plan puede estar limitado a beneficios médicos, quirúrgicos y hospitalarios del programa del gobierno.
- Cobertura de seguro colectiva e individual y cobertura del suscriptor que paga o reembolsa el costo de la atención dental.

Si tiene una cobertura de atención médica además de su plan de GlobalHealth, ya sea como dependiente o suscriptor, coordinaremos los beneficios. Esto significa que determinaremos qué plan pagará como primario (primero) y qué plan pagará como secundario (segundo). Usted debe cumplir con los “Requisitos de cobertura” que se describen en la página 42, ya sea que paguemos en primer o segundo lugar.

COB de salud conductual y cobertura médica

Los beneficios que pagamos están sujetos a la COB (coordinación de beneficios). Aplicamos las reglas de COB según los lineamientos y las leyes estatales vigentes de la National Association of Insurance Commissioners (Asociación Nacional de Comisionados de Seguros). Su caso puede ser diferente, por ejemplo, cuando inscribe a un recién nacido en otra cobertura que no sea la de GlobalHealth, dentro de los primeros 31 días.

Cláusulas	Reglas para determinar el orden de los beneficios en la <u>COB</u>
Solo un <u>plan</u> tiene cláusulas de <u>COB</u>.	• Por lo general, el <u>plan</u> sin una cláusula de <u>COB</u> paga primero. • El <u>plan</u> con una cláusula de <u>COB</u> paga en segundo lugar.
Ambos <u>planes</u> tienen cláusulas de <u>COB</u>.	• El <u>plan</u> que cubre al <u>miembro</u> como <u>suscriptor</u> paga primero. • El <u>plan</u> que cubre al <u>miembro</u> como <u>dependiente</u> paga en segundo lugar.
Ambos <u>planes</u> tienen cláusulas de <u>COB</u>: hijos <u>dependientes</u>, padres no separados ni divorciados.	• La “regla del cumpleaños”: ○ El <u>plan</u> del padre cuya fecha de nacimiento sea anterior en el año calendario, independientemente del año de nacimiento, paga primero. ○ Si alguno de los dos <u>planes</u> no sigue la regla del cumpleaños, entonces se aplican las reglas del <u>plan</u> que no tiene la cláusula de la regla del cumpleaños.
Ambos <u>planes</u> tienen cláusulas de <u>COB</u>: hijo <u>dependiente</u>, padres separados o divorciados.	• Un hijo <u>dependiente</u> cuyos padres están separados o divorciados y el padre con custodia no se ha vuelto a casar: ○ El <u>plan</u> del padre con custodia paga primero. ○ El <u>plan</u> del padre sin custodia paga en segundo lugar. • Un hijo <u>dependiente</u> cuyos padres están divorciados y el padre con custodia se ha vuelto a casar: ○ El <u>plan</u> del padre con custodia paga primero. ○ El <u>plan</u> del padrastro o la madrastra paga en segundo lugar. ○ El <u>plan</u> del padre sin custodia del <u>dependiente</u> paga en tercer lugar. • En el caso de un hijo <u>dependiente</u> cuyos padres están separados o divorciados y la sentencia de un tribunal establece la responsabilidad de los gastos de atención médica, el <u>plan</u> del padre con dicha responsabilidad paga primero.

Cuando pagamos en segundo lugar:

1. El pagador primario paga su parte.
2. Usted paga los costos compartidos del plan de GlobalHealth, si los hubiera.
3. Nosotros pagamos el resto de la factura, hasta nuestra cantidad permitida.

Notificación:

Cuando necesitemos la verificación de otra cobertura para procesar un reclamo, le solicitaremos que complete un *formulario de coordinación de beneficios (COB)*. Envíe el formulario completo cuando se lo soliciten para que el reclamo no se retrase ni sea denegado. Es posible que le pidamos que complete un formulario cada año.

Método de contacto	Información de contacto
Correo	GlobalHealth, Inc. Enrollment & Eligibility

Método de contacto	Información de contacto
	PO Box 2328 Oklahoma City, OK 73101-2328
Correo electrónico	eligibility@globalhealth.com

COB de cobertura para medicamentos recetados

Si usted tiene la cobertura de más de un plan, coordinaremos sus beneficios de medicamentos recetados. Entregue ambas tarjetas de medicamentos recetados al personal de farmacia. Infórmele quién paga primero. El personal de farmacia ingresará la información. Usted paga su costo compartido para ese plan. A la cobertura secundaria se le facturará el costo restante.

Su plan de GlobalHealth y Medicare

Si es beneficiario de Medicare, ya sea por su propia cuenta o por su cónyuge, coordinaremos los beneficios con Medicare. Si los beneficios de Medicare pagan primero, nosotros pagaremos en segundo lugar los beneficios menos el monto que pague Medicare. Si tiene preguntas sobre Medicare, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o visite www.medicare.gov.

Usted debe cumplir con los “Requisitos de cobertura” que se describen en la página 42, ya sea que paguemos en primer o segundo lugar.

Cuando los beneficios de GlobalHealth son secundarios:

1. El pagador primario paga su parte.
2. Usted paga los costos compartidos del plan de GlobalHealth, si los hubiera.
3. Nosotros pagamos el resto de la factura, hasta nuestra cantidad permitida.

Responsabilidad de terceros

Compensación para los trabajadores

Nuestros beneficios no reemplazan ni duplican ningún beneficio que usted recibe en virtud de la Ley de Compensación de Trabajadores. Debe informarle a su empleador sobre su condición a fin de solicitar los beneficios de la compensación para los trabajadores.

Responsabilidad de terceros

Si usted se lesiona a través de un acto o una omisión de un tercero (como un accidente de automóvil) y tiene derecho a la cobertura de atención médica, usted acepta:

- Presentar un reclamo.
- Pagarnos el costo de la atención médica que nosotros pagamos si usted recibió una recuperación o un arreglo monetario.
- Que nuestro derecho al pago sea el reclamo de primera prioridad contra cualquier tercero. Esto significa que recibiremos el pago antes del pago de cualquier otro reclamo, incluido cualquier reclamo de su parte por daños generales.

Podemos cobrar las ganancias de cualquier arreglo o juicio que usted obtenga, sin importar si fue compensado totalmente o no.

Si usted libera a la parte responsable de un acto incorrecto o de una negligencia, podemos retrasar o denegar el reclamo. Es posible que renunciemos a nuestra opción de denegar el reclamo por una buena causa en determinados casos específicos.

Nota: Consulte la sección “Subrogación, recuperación y reembolso de terceros” en la página 202.

Notifique a GlobalHealth

Infórmenos sobre la posible responsabilidad de terceros o situaciones de compensación para los trabajadores tan pronto como sea posible. Cuando otro pagador con responsabilidad de terceros sea el primario, se seguirán aplicando las reglas de autorización y de la red de GlobalHealth.

Si su reclamo es denegado

Si denegamos cualquier parte de un reclamo presentado para pago, revisaremos el reclamo tras recibir la solicitud escrita de apelación. Consulte la sección “Apelaciones y quejas” en la página 161.

Recuperación del pago de reclamos

Si pagamos un reclamo por servicios que usted recibió y no era elegible para la cobertura en el momento en que se prestaron los servicios, podemos solicitarle un reembolso. Entonces, usted será responsable de pagarle al proveedor. El pago se deberá efectuar cuando se lo notifiquemos. Además, tenemos el derecho exclusivo de determinar que cualquier pago en exceso, pago incorrecto o pago de franquicia que se haya efectuado para usted sea una deuda que podemos recuperar. No renunciamos a nuestros derechos, incluso si aceptamos sus primas o pagamos los beneficios.

Solicitaremos un reembolso de su proveedor en un periodo de 24 meses después de que hayamos hecho el pago, a menos que:

- El pago se haya realizado porque usted o el proveedor de atención médica habían cometido fraude.
- Usted o el proveedor de atención médica hayan, de otra manera, acordado hacernos un reembolso por el pago en exceso de un reclamo.

APELACIONES Y QUEJAS

Reclamos y quejas

Puede presentar un reclamo comunicándose con nosotros. Una queja es un reclamo más formal que usted o su representante autorizado hacen por escrito.

Puede ser sobre cualquiera de los siguientes temas:

- Acceso
- Cualquier aspecto de las operaciones del plan
- Actitud o servicio
- Facturación o finanzas
- Pólizas
- Procedimientos
- La calidad de la atención
- Calidad del sitio del consultorio del proveedor
- Otros asuntos

Envíe las quejas por escrito a la dirección de Apelaciones y quejas de GlobalHealth que figura en la página 4. Debe incluir:

- Nombre y dirección del miembro.
- Número de identificación de miembro de GlobalHealth.
- Proveedor de servicios, si corresponde.
- Una descripción del reclamo y la resolución deseada.
- Copias de reclamos, registros u otra información relevante.

Si desea presentar un reclamo o una queja, proporciónenos tanta información sobre el asunto como sea posible.

Le enviaremos una carta en un plazo de cinco días después de recibir su solicitud de queja. Esta carta le permitirá saber cuándo puede esperar una respuesta por escrito de nosotros. Recibirá una respuesta final en un término de 30 días, a menos que se especifique lo contrario.

Para obtener ayuda con las quejas relacionadas con la discriminación, consulte el “Aviso de no discriminación” en la página 190.

Apelaciones de salud conductual

Beacon Health Options paga los reclamos por sus beneficios de salud conductual. Sin embargo, nuestro departamento de Servicio al cliente maneja todas las apelaciones de salud conductual. Siga el proceso de apelaciones médicas que se describe a continuación.

Apelaciones médicas

Usted tiene el derecho de apelar cualquier decisión que tomemos que:

- Deniegue el pago de su reclamo.
- Deniegue su solicitud de cobertura de atención médica. Consulte la sección “Autorización previa de servicios” en la página 33.
- Modifique o reduzca un plan de tratamiento aprobado. Consulte la sección “Revisión concurrente” en la página 35.

Usted no puede apelar si el cambio de beneficio se debe a que su plan se modificó o terminó.

Usted puede pedir más explicaciones cuando denegamos su reclamo o su solicitud de cobertura, o si no cubrimos su atención por completo. Usted no deberá pagar ningún costo por solicitar una apelación inicial o una revisión externa.

Llámenos cuando:

- No entienda el motivo de la denegación.
- No entienda por qué no cubrimos por completo la atención médica.
- No entienda por qué denegamos una solicitud de cobertura de atención médica.
- No pueda encontrar la sección correspondiente en este *Manual para miembros* o en otros documentos del plan.
- Desea una copia (gratuita) de los documentos, registros y otra información relacionada con su reclamo.
- Desea una copia (sin costo) de los lineamientos, los criterios o las razones clínicas que se utilizaron para tomar nuestra decisión.
- No esté de acuerdo con la denegación o la cantidad no cubierta y desee apelar.

Si su reclamo fue denegado a causa de información faltante o incompleta, usted o su proveedor pueden volver a enviarnos el reclamo con la información necesaria.

La solicitud de apelación se debe presentar por escrito a la dirección de apelaciones y quejas de GlobalHealth que figura en la página 4 **en un término de 180 días** a partir del aviso de determinación adversa 4. Debe incluir lo siguiente:

- Nombre y dirección del miembro.
- Número de identificación de miembro de GlobalHealth.
- Proveedor de servicios.
- Fecha de servicio si apela un reclamo denegado.
- Descripción del servicio denegado y por qué se solicita la apelación.
- Copias de la documentación para respaldar la solicitud de apelación (por ejemplo, reclamos, expedientes médicos, declaraciones del médico y cualquier otra información relevante).

Puede obtener los formularios de solicitud de apelación en nuestro sitio web o comunicándose con nosotros. No es obligatorio que use el formulario, pero debe incluir toda la información del formulario en su carta.

Revisión completa y justa

Haremos una revisión completa y justa de su reclamo o de su solicitud de cobertura de atención médica. Personas asociadas con nosotros, que no se involucraron en la denegación inicial, o sus subordinados llevan a cabo la revisión. Usted puede suministrarnos más información, evidencia o testimonio que se relacionen con su reclamo o con su atención médica. Puede solicitarnos copias de información que nosotros tengamos relacionada con sus reclamos o su atención médica.

Le informaremos de nuestra decisión por escrito dentro de los 30 días después de haber recibido su apelación. Le proporcionaremos toda evidencia nueva o adicional que hayamos usado y, si pregunta, le diremos por qué la usamos. Se la proporcionaremos sin cargo. Puede preguntar quiénes son los expertos médicos o de otra especialidad a los que les pedimos asesoramiento, independientemente de que hayamos usado o no su asesoramiento para tomar la determinación.

Proceso inicial de apelaciones

En un plazo de cinco días hábiles, le enviaremos una carta en la que le informaremos que recibimos su solicitud. Esta carta le permitirá saber cuándo podemos enviarle una determinación por escrito. Por lo general, concluimos las apelaciones en un plazo de 30 días después de recibir su solicitud. Si no recibe nuestra decisión dentro de los 30 días, puede solicitar una revisión externa.

Podemos extender este periodo una vez por 15 días como máximo, si sucede lo siguiente:

- Es necesario debido a cuestiones fuera de nuestro control.
- Le informamos, antes de que finalice el periodo inicial de 30 días, por qué es necesario.
- Le informamos la fecha en la que esperamos tomar una decisión.

Si se necesita tiempo adicional porque no tenemos información suficiente para decidir sobre el reclamo, en el aviso le indicaremos qué información necesitamos. Usted tendrá 45 días a partir de la recepción del aviso para enviarla.

Según la naturaleza de la determinación adversa, existen dos tipos diferentes de revisión interna:

1. Revisión general (por ejemplo, para el procesamiento de reclamos o errores administrativos).
2. Revisión interna independiente (por ejemplo, necesidad médica adversa o determinaciones de cobertura). Esta revisión es realizada por personas que no estaban involucradas en la decisión original.

Apelación acelerada

Puede solicitar una revisión interna rápida de nuestra denegación en los siguientes casos:

- Tiene una afección médica que pondría su vida o su salud en grave peligro o que pondría en peligro su capacidad para recuperar la función máxima si no recibe atención de inmediato.
- Está relacionada con lo siguiente:
 - Disponibilidad de atención.
 - Estancia continua.
 - Servicios de emergencia y no le dieron el alta en el centro.
 - Estancia en el hospital.

Usted o alguien autorizado para actuar en su representación pueden solicitarnos una revisión interna rápida. Envíe la solicitud a la dirección que figura en la página 4. También puede llamarnos para solicitarla.

Si aceptamos procesar su apelación como una revisión interna acelerada, tomaremos una determinación dentro de las 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si su apelación no califica para una revisión rápida, se lo informaremos y procesaremos la apelación en el periodo estándar.

Revisión externa

Si hemos denegado su solicitud para la prestación o el pago de atención médica, tiene derecho a que profesionales de atención médica independientes, que no tienen ninguna relación con nosotros, revisen nuestra decisión si esta implicó lo siguiente:

- Una determinación de que el servicio o el tratamiento es experimental o de investigación.
- Idoneidad.
- Entorno de atención médica.
- Qué tan eficaz es el tratamiento o el servicio de atención médica.
- Nivel de atención.
- Necesidad médica.

Debe solicitar por escrito una revisión externa **dentro de los cuatro meses** posteriores al aviso de determinación de apelación final.

Método de contacto	Información de contacto
Local	(405) 521-2828
Línea gratuita	1-800-522-0071
Correo	Oklahoma Insurance Department ATTN: External Review Request Five Corporate Plaza 3625 NW 56th St, Suite 100 Oklahoma City, OK 73112-4511
Sitio web	www.ok.gov/oid/Consumers/External_Review_Process

Si su solicitud cumple con los requisitos para una revisión externa, el Departamento de Seguros seleccionará aleatoriamente una Organización de revisión independiente (IRO) calificada para llevar a cabo la revisión externa. Usted debe autorizar la divulgación de los expedientes médicos. La IRO debe revisarlos para poder llegar a una decisión. La IRO le notificará cuál es su decisión en un plazo de **45 días** después de haber recibido la solicitud de revisión.

Revisión externa acelerada

Puede solicitar una revisión externa rápida de nuestra denegación en los siguientes casos:

- Tiene una afección que pondría su vida o su salud en peligro o que pondría en peligro su capacidad para recuperar la función máxima si no recibe tratamiento de inmediato.
- Está relacionada con lo siguiente:
 - Disponibilidad de atención.
 - Estancia continua.
 - Servicios de emergencia y no le dieron el alta en el centro.
 - Estancia en el hospital.
- Determinamos que la atención médica es experimental o de investigación. Su médico debe certificar por escrito que la atención médica sería considerablemente menos eficaz si no se iniciara de inmediato.

Para solicitar una revisión externa acelerada, llame al Departamento de Seguros de Oklahoma antes de enviar la documentación. Le darán instrucciones sobre la manera más rápida de presentar su solicitud e información de respaldo.

Si su solicitud cumple con los requisitos para una revisión externa, el comisionado de seguros seleccionará aleatoriamente una IRO. La IRO tomará la determinación en un periodo de 72 horas después de la recepción de su solicitud de una revisión externa acelerada.

Nota: Es posible que no obtenga una revisión externa rápida si denegamos el pago de servicios que ya recibió.

Avisos

Le enviaremos por correo una determinación de apelación por escrito después de cada nivel en el proceso de apelación. Incluye otros derechos de apelación, si corresponde.

Designación de un representante autorizado

Otra persona puede pedir una apelación, solicitud de excepción, o continuidad o transición del cuidado por usted. Puede nombrar a un familiar, amigo, defensor, abogado, médico u otra persona para que actúe como su representante autorizado. Si quiere que alguien actúe en su nombre, debe enviarnos una declaración por escrito en la que autorice a esa persona a hacerlo. Tanto usted como la persona que designe deben firmar y fechar este documento. Puede encontrar un formulario de Designación de un representante autorizado en nuestro sitio web o comunicándose con nosotros.

Debemos tener un formulario firmado en el expediente antes de que la apelación, queja, solicitud de excepción, o continuidad o transición del cuidado pueda proceder si alguien más está actuando en su nombre.

Apelaciones de medicamentos recetados

Magellan Rx Management paga los reclamos por sus medicamentos recetados. Sin embargo, nuestro departamento de Servicio al cliente maneja todas las apelaciones de medicamentos recetados. Siga el proceso de apelaciones médicas que empieza en la página 161.

Preguntas sobre apelaciones

Si tiene alguna pregunta o desearía tener una copia de las disposiciones de la póliza de beneficios, los lineamientos, el protocolo u otros criterios utilizados para tomar una determinación, comuníquese con nosotros. Su médico se puede comunicar con nuestro director médico para analizar las denegaciones.

PROGRAMAS ESPECIALES

Administración de la atención

Consideramos que administrar y guiar la atención médica debería ser más sencillo. Nuestras principales áreas de interés son las siguientes:

- Mantener a los miembros sanos.
- Manejar a los miembros con un riesgo emergente.
- miembros o los resultados que presentan en diferentes entornos.
- Controlar varias enfermedades crónicas.

Usted es la parte más importante en el control de su salud.

- Debe entender su salud y ayudar en la decisión sobre cuál es el mejor plan de tratamiento.
- Asista a las citas con el médico y tome los medicamentos.
- Tome decisiones para tener un estilo de vida saludable, como esforzarse por alcanzar los objetivos de alimentación y de ejercicios.

Trabajamos para apoyarlo e incluso podemos proporcionarle los servicios de un administrador de casos que se centrará en lo siguiente:

- Conocerlo a usted y conocer sus necesidades médicas.
- Ayudarlo a programar citas con su médico.
- Ayudarlo a obtener otro tipo de atención que necesite.
- Responder preguntas antes o después de su cita con el médico.

Contamos con diversos programas que pueden ayudarlo a obtener la atención adecuada; estos incluyen:

Programa de Administración de Terapia con Medicamentos

Si está tomando varios medicamentos para afecciones crónicas, nuestros farmacéuticos y miembros del personal pueden apoyarlo con un servicio personalizado. Nuestro equipo revisará los medicamentos que toma para asegurarse de que la atención que reciba sea segura y adecuada; estas revisiones son especialmente importantes si hay más de un proveedor que le receta medicamentos.

En estas revisiones, buscamos posibles problemas como los siguientes:

- Errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios debido a que usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o a su sexo.
- Combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo.
- Medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico.

Si observamos que podría haber un problema, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

Finalmente, estas son las metas de este programa:

- Retardar el avance de la enfermedad ayudando a que tome los medicamentos correspondientes.
- Eliminar los medicamentos duplicados.

- Reducir las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos.
- Ayudarlo a aprovechar sus beneficios al máximo informándole cuáles son las alternativas menos costosas.

Programa Nacional de Prevención de la Diabetes

Los administradores de casos trabajan con usted si tiene prediabetes. Es decir, tiene niveles de azúcar en sangre más altos de lo normal, pero aún no se le ha diagnosticado diabetes. Recibirá apoyo para lo siguiente:

- Tener una dieta saludable.
- Llevar un estilo de vida activo.
- Bajar de peso.

El objetivo es evitar que tenga diabetes. Al hacer estos cambios, puede reducir hasta la mitad el riesgo de tener diabetes. Nuestro administrador de casos lo ayudará a encontrar un programa de prevención de la diabetes y a inscribirse en este.

Programa de Apoyo Prenatal

La atención prenatal los ayuda a usted y a su bebé a mantenerse sanos. El médico puede identificar y tratar problemas de salud con anterioridad y, quizás, evitar que ocurran.

Hay muchas cosas que puede hacer para asegurarse de tener el mejor embarazo posible, y nosotros queremos ayudarla a lo largo de este camino. Tendrá su propio administrador de casos, que la llamará cuando nos enteremos de que está embarazada. O bien, puede llamarnos usted si no desea esperar.

Tenga en cuenta que la atención prenatal de rutina no tiene ningún costo para usted. Consulte la sección “Atención de maternidad y para recién nacidos” en la página 88.

Acciones	Descripción
Lo que debe hacer	• Programe las citas con el médico de atención prenatal y asista a ellas. Programe la primera cita dentro del primer trimestre. Hable con su médico sobre lo siguiente: ○ Pruebas, análisis de laboratorio y vacunas. ○ Clases sobre parto para usted y su pareja. ○ Cuánto peso debe aumentar. ○ Ejercicios. ○ Cualquier pregunta que tenga. • Infórmese. Lea libros, vea videos, vaya a una clase sobre parto y hable con las madres que conoce. • Esté atenta a las mediciones del azúcar en sangre y de la presión arterial. • Tome las vitaminas prenatales todos los días. • Descanse y duerma bien. • Consuma alimentos saludables y beba abundante agua. • Encuentre formas de controlar el estrés. • Hable sobre las visitas posparto y las visitas de niño sano, y prepárese para ellas.

Acciones	Descripción
Lo que <u>no</u> debe hacer	• No consuma drogas, no beba alcohol ni fume. Manténgase alejada del humo de segunda mano. • No comience a tomar ni deje de tomar medicamentos (incluidos los medicamentos <u>OTC</u> y los productos herbarios) sin consultar primero con su médico. • No se tome radiografías sin informarle al médico o al dentista que está embarazada. • No coma carne de vaca o de pescado cruda o a medio cocer. No coma pescado que contenga muchas cantidades de mercurio. • No use productos químicos como insecticidas, solventes, plomo, mercurio y pintura, incluso si en la etiqueta no hay ninguna advertencia sobre el embarazo. • No esté cerca de roedores (incluso si son mascotas) ni de excrementos de gato.

Ayuda proactiva

Lo ayudamos a administrar su atención médica a través del Programa de Ayuda Proactiva de GlobalHealth. El objetivo es reducir la cantidad de admisiones de pacientes hospitalizados, readmisiones y visitas innecesarias a la ER trabajando con usted y con su médico con el fin de:

- Evaluar los riesgos para la salud.
- Verificar o crear un plan de atención factible.
- Ayudarlo a seguir los lineamientos y el plan de atención de su médico, y a tomar los medicamentos según las indicaciones.
- Coordinar la atención.

El Programa de Ayuda Proactiva le ofrece dos tipos de apoyo:

1. Ayuda para el alta

Le brinda apoyo si recientemente ha pasado por una transición del cuidado. El equipo de alta trabaja con usted para respaldar y reforzar los planes de tratamiento, con el fin de evitar la readmisión y las visitas innecesarias a la ER.

2. Administración de casos

Consiste en lo que se conoce tradicionalmente como administración de casos y control de enfermedades. El objetivo es promover resultados rentables y de calidad. Nuestro administrador de casos trabaja con usted, con sus médicos o con el BHP para lograr lo siguiente:

- Eliminar las barreras sociales, culturales y económicas.
- Crear un plan de manejo de la salud.
- Coordinar la atención.
- Ayudarlo a comprender los factores de riesgo, los signos y síntomas, y las opciones de tratamiento de la enfermedad.
- Comunicarse con usted para supervisarlos, hacerle un seguimiento y responder sus preguntas.

Cómo inscribirse

Cada uno de estos programas es un trabajo de equipo, que está integrado por usted, el encargado de su cuidado (si usted desea), sus médicos y los miembros de nuestro equipo de GlobalHealth.

Si reúne los requisitos, lo inscribiremos automáticamente en estos programas, excepto en el Programa de Administración de Terapia con Medicamentos. Usted, el encargado de su cuidado, el coordinador del alta o su médico pueden pedirnos que lo inscribamos en cualquiera de estos programas. La participación es voluntaria, confidencial, y está disponible sin costo para usted. Puede dejar de participar en cualquier momento.

Llámenos si tiene alguna pregunta.

Programa de Mejoramiento de la Calidad (QIP)

El QIP nos ayuda a mejorar nuestras funciones y los servicios que usted recibe de los proveedores de la red. Proporciona un enfoque sistemático e integrado para medir y mejorar la calidad. El QIP:

- Cumple con los requisitos obligatorios.
- Cumple con otras normas, lineamientos y requisitos contractuales.
- Identifica problemas que nosotros usamos como oportunidades de mejorar. Los grupos de trabajo, conformados por empleados, miembros y proveedores de la red:
 - Supervisan los indicadores de desempeño.
 - Analizan datos.
 - Identifican prácticas que redundan en resultados positivos para la salud.
 - Implementan cambios para mejorar el desempeño.
 - Supervisan el progreso.

Los objetivos del QIP son los siguientes:

- Mejorar los procesos, la seguridad de los pacientes y los resultados de la atención.
- Satisfacer las necesidades de los miembros y de los proveedores.
- Reducir el costo de la atención médica.

Usted puede hacer preguntas sobre nuestro QIP y el plan de trabajo. Llámenos y pida hablar con el Departamento de Calidad o envíe un mensaje por correo electrónico a quality@globalhealth.com.

Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (NCQA)

Nos comprometemos a brindar la mejor atención posible a través de la mejora continua. Para demostrar nuestro compromiso, GlobalHealth está acreditado por el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (NCQA). El NCQA es una organización independiente, privada, sin fines de lucro, que se dedica a mejorar la calidad de la atención médica. El sitio web del NCQA (www.ncqa.org) contiene información para ayudar a los consumidores, empleadores y otras personas a tomar decisiones informadas con respecto a la atención médica. El NCQA realiza auditorías y encuestas para asegurarse de que trabajemos teniendo en cuenta la calidad de la atención en todo lo que hacemos.

Usted marca una diferencia en nuestra acreditación con el NCQA. Es posible que lo invitemos a participar en encuestas. Las encuestas nos ayudan a entender sus necesidades y su experiencia con nosotros. Esperamos superar sus expectativas.

Encuesta sobre salud:

Cada año, es posible que le enviemos una HRA con preguntas sobre su salud actual. Si no la recibe, puede hacer lo siguiente:

- Completarla en línea.

- Descargar una copia de nuestro sitio web para enviarla por correo.
- Pedirnos que le enviemos una HRA.
- Solicitar ayuda para completarla por teléfono.

Sus respuestas nos ayudan a determinar de qué manera podemos brindarle un mejor servicio y satisfacer mejor sus necesidades de atención médica. La información que nos brinde será confidencial. Solo divulgamos la información de la HRA a su PCP para que este pueda abordar sus necesidades de salud. No se usará en su contra de ninguna manera ni impedirá que obtenga atención médica.

Encuestas de satisfacción:

Repartimos encuestas de satisfacción de los miembros para conocer cómo consideran que los médicos y nosotros respondemos ante sus necesidades. Estas pueden incluir lo siguiente:

- Llamada de satisfacción de los miembros.
- Estudio de satisfacción del cliente.
- CAHPS[®].

Aunque no es obligatorio, es muy importante que las complete y las envíe. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar.

Auditoría de HEDIS[®]:

Llevamos a cabo una auditoría aprobada por el NCQA que se denomina HEDIS[®]. Esta mide la calidad de la atención preventiva que brindan nuestros proveedores de la red. Usted puede ayudar solicitando servicios de atención preventiva.

Listas de verificación de las visitas de rutina:

En este cuadro se muestran los servicios de atención preventiva que puede analizar o recibir durante las visitas de rutina a su PCP u OB/GYN, o que su hijo recién nacido puede recibir en el hospital. Puede imprimir una copia descargada de nuestro sitio web para llevarla con usted.

No todos los servicios serán adecuados para usted. Su PCP u OB/GYN recomendarán servicios. Es posible que los servicios requieran más de una visita o PA. Para obtener información adicional, consulte la sección “Beneficios de atención preventiva” en la página 123.

Población	<u>Atención preventiva por analizar</u>
Hombres, durante el examen de rutina (anual)	☐ Aneurisma aórtico abdominal ☐ Uso indebido de alcohol, medicamentos recetados o drogas ilegales ☐ Consumo de aspirina ☐ Presión arterial ☐ Colesterol ☐ Cáncer colorrectal ☐ Depresión, ansiedad, trauma y violencia doméstica o interpersonal ☐ Diabetes ☐ Dieta saludable y actividad física ☐ Prevención de caídas ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

Población	<u>Atención preventiva por analizar</u>
	☐ VIH ☐ Vacunas ☐ Cáncer de pulmón ☐ Obesidad ☐ Próstata ☐ Prevención de STI ☐ Cáncer de piel ☐ Consumo de estatina ☐ Sífilis ☐ Consumo de tabaco ☐ Tuberculosis ☐ Visión
Mujeres, durante el examen de rutina (anual)	☐ Uso indebido de alcohol, medicamentos recetados o drogas ilegales ☐ Consumo de aspirina ☐ Presión arterial ☐ Cáncer de seno y mamografías ☐ Colesterol ☐ Cáncer colorrectal ☐ Depresión, ansiedad, trauma y violencia doméstica o interpersonal ☐ Diabetes ☐ Dieta saludable y actividad física ☐ Prevención de caídas ☐ Ácido fólico ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C ☐ VIH ☐ Vacunas ☐ Cáncer de pulmón ☐ Obesidad ☐ Osteoporosis ☐ Prevención de STI ☐ Cáncer de piel ☐ Consumo de estatina ☐ Sífilis ☐ Consumo de tabaco ☐ Tuberculosis ☐ Visión
Mujeres, durante las visitas prenatales (primeras 28 semanas: cada 4 semanas; semana 32-36: cada	☐ Uso indebido de alcohol, medicamentos recetados o drogas ilegales ☐ Anemia ☐ Aspirina ☐ Presión arterial ☐ Análisis de sangre ☐ Lactancia materna ☐ Diabetes gestacional

Población	<u>Atención preventiva por analizar</u>
2 o 3 semanas; desde la semana 37 en adelante, hasta el parto: todas las semanas)	☐ Hepatitis B ☐ VIH/STI ☐ Vacunas ☐ Incompatibilidad de Rh ☐ Seguridad ☐ Consumo de tabaco ☐ Ecografías ☐ Infección en el tracto urinario u otras infecciones ☐ Peso
Mujeres, durante la visita para la mujer sana (anual)	☐ <u>BRCA</u> ☐ Quimioprevención del cáncer de seno ☐ Cáncer de seno y mamografías ☐ Cáncer de cuello uterino ☐ Anticoncepción ☐ Violencia doméstica e interpersonal ☐ VIH/STI ☐ HPV
Niños; servicios para recién nacidos en el momento del nacimiento (<u>paciente hospitalizado</u>)	☐ Hipotiroidismo congénito ☐ Medicamento preventivo contra la gonorrea para los ojos ☐ Audición ☐ Estatura y peso ☐ Hemoglobinopatías o células falciformes ☐ Vacunas ☐ Fenilcetonuria (PKU)
Niños, durante la visita de niño sano (al momento del nacimiento y a los 2, 4, 6, 9, 12, 15 y 18 meses de edad; de los 2 a los 6 años, una vez por año; de los 8 a los 18 años, cada dos años)	☐ Uso indebido de alcohol, medicamentos recetados o drogas ilegales ☐ Autismo ☐ Evaluaciones conductuales ☐ Presión arterial ☐ Displasia cervical ☐ Dental ☐ Depresión, ansiedad, trauma y violencia doméstica o interpersonal ☐ Desarrollo ☐ Dislipidemia ☐ Flúor ☐ Dieta saludable y actividad física ☐ Audición ☐ Estatura, peso e índice de masa corporal ☐ Hematocritos o hemoglobina ☐ VIH ☐ Vacunas ☐ Hierro ☐ Plomo ☐ Historia clínica ☐ Obesidad

Población	Atención preventiva por analizar
	☐ Evaluación de riesgos para la salud bucal ☐ Prevención de STI ☐ Cáncer de piel ☐ Sífilis ☐ Intervenciones para el consumo de tabaco ☐ Tuberculina ☐ Visión

Apoyo para llevar una vida saludable

Estamos entusiasmados por nuestros recursos de salud y bienestar. Además de la línea de información y enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, podrá encontrar una amplia variedad de información y herramientas en www.GlobalHealth.com. Esperamos que use estos recursos para mejorar su salud y la de su familia.

Línea de ayuda de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Únicamente su médico debe diagnosticar, recetar o brindar asesoramiento médico. Sin embargo, nuestros enfermeros pueden ayudarlo a tomar decisiones seguras. No siempre es fácil decidir cuándo se debe buscar atención de emergencia, cuándo tratar los síntomas usted mismo o cuándo visitar a un PCP. Llame al 1-877-280-5600 en cualquier momento, sin costo. Si considera que se trata de una emergencia, llame al 911.

La línea de ayuda de enfermería le brinda:

- Enfermeros que aplican lineamientos comprobados desde el punto de vista clínico para ayudarlo a decidir qué debe hacer a continuación.
- Acceso las 24 del día, los 7 días de la semana.

GlobalHealth.com

En nuestro sitio web, hay vínculos a información y herramientas interactivas sobre salud. Muchos de los temas están disponibles en inglés y en español. Comuníquese con nosotros si desea obtener una copia impresa gratuita de cualquiera de los materiales.

Categoría	Información disponible
MyGlobal™: llámenos para configurar el inicio de sesión	• Comuníquese con nosotros a través de un sistema seguro de mensajería: ○ Solicite o vuelva a pedir tarjetas de identificación de <u>miembro</u>. ○ Cambie su <u>PCP</u>. • Vea detalles del <u>plan</u> (beneficios, <u>costo compartido</u>). • Vea <u>reclamos de servicios médicos</u>. • Vea <u>derivaciones</u>.
Mantener su salud	• Lea sobre: ○ Alimentación saludable. ○ La importancia del ejercicio. ○ <u>Pruebas de detección</u> para una <u>atención preventiva</u>. Consulte las listas de verificación de prevención para todos los grupos de edades. • Use las sugerencias y las herramientas interactivas para incorporar una dieta saludable y ejercicio a la vida diaria.

Categoría	Información disponible
	• Encuentre vínculos a lineamientos clínicos. • Responda cuestionarios para saber si va por buen camino.
Mejorar su salud	• Lea material educativo y use herramientas interactivas. • Encuentre vínculos sobre temas como los siguientes: ○ Abuso de alcohol o drogas ○ Dejar de consumir tabaco ○ Seguir el plan de atención ○ Estrés y depresión
Controlar afecciones a largo plazo	• Lea sobre las <u>afecciones crónicas</u> y cómo controlarlas. Obtenga información sobre opciones de tratamiento para analizar con su médico. • Inscribáse en un programa patrocinado por GlobalHealth. ○ Administración de terapia con medicamentos ○ Programa Nacional de Prevención de la Diabetes ○ Apoyo Prenatal ○ Programa de Ayuda Proactiva
Herramientas o calculadoras	• Incluye: ○ La <u>HRA</u> anual. ○ Una calculadora del índice de masa corporal (“BMI”). ○ Una guía de medicamentos.

Lineamientos sobre la práctica clínica

Usamos los lineamientos de práctica clínica de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ). Los lineamientos incluyen, pero no se limitan a:

Lineamientos sobre la práctica clínica	Enfermedad
Atención preventiva	• Cáncer de seno • Cáncer colorrectal • Hipertensión • Evaluación de la obesidad
Afecciones médicas	• <u>COPD</u> • Diagnóstico, evaluación y control de la <u>CHF</u> (insuficiencia cardíaca congestiva) • Lineamientos sobre la práctica clínica de la <u>CAD</u> (enfermedad de las arterias coronarias) • Diabetes mellitus
Salud conductual	• Evaluación y control del <u>ADHD</u> • Tratamiento del <u>ASD</u> • Tratamiento y manejo de la depresión en adultos

Contamos con lineamientos sobre la salud preventiva con base empírica para todas las edades:

- Perinatal
- Niños hasta los 24 meses de edad
- Niños de 2 a 19 años de edad
- Adultos de 20 a 64 años de edad
- Adultos mayores de 65 años de edad

Podrá encontrar los lineamientos sobre la práctica clínica y los lineamientos sobre la salud preventiva en nuestro sitio web.

Tratamiento para dejar el tabaco

Usted o su dependiente de 18 años de edad o más son elegibles para recibir ayuda para dejar de consumir tabaco. El consumo de tabaco se define de la siguiente manera:

- El consumo de cualquier producto de tabaco que no sea para usos religiosos o ceremoniales.
- Haber consumido en promedio cuatro o más veces por semana en los últimos seis meses.

Los productos de tabaco comprenden los siguientes:

- Productos similares a golosinas que contienen tabaco
- Cigarrillos
- Cigarros
- Tabaco sin humo
- Tabaco para fumar
- Rapé

Beneficio	Descripción
Promover la salud	El consumo de tabaco es una de las causas de muerte y enfermedad en los Estados Unidos que más se puede prevenir. Nuestros objetivos con respecto a dejar el tabaco son los siguientes: • Reducir la cantidad de <u>miembros</u> que consumen productos de tabaco. • Aumentar la concienciación sobre los programas para dejar el tabaco. • Mejorar la salud general de los <u>miembros</u>.
Pasos para dejar el tabaco	1. Encuentre <u>su</u> motivación. 2. Llame a su <u>PCP</u>, al <u>BHP</u> o a la línea de ayuda Oklahoma Tobacco Helpline para obtener apoyo y determinar un plan para dejar el tabaco. 3. Hable con su médico sobre los medicamentos que pueden ayudarlo a dejar de fumar. 4. Determine una fecha para dejar de fumar dentro de las siguientes dos semanas. 5. Haga pequeños cambios. Por ejemplo: • Deseche los ceniceros en su casa, vehículo y oficina para que no sienta la tentación de fumar. 6. Haga que su casa y vehículo estén libres de humo. 7. Si tiene amigos que fuman, pídeles que no fumen a su alrededor. 8. Planifique cómo manejará los desafíos como los antojos. Lo más importante para recordar es que debe seguir intentando. En nuestro sitio web hay más consejos útiles.
Intentos para dejar de fumar	Los estudios demuestran que la forma más eficaz para dejar de fumar abarca lo siguiente: • Asesoramiento

Beneficio	Descripción
	• Apoyo social. • El uso de medicamentos para dejar de fumar. Tanto el asesoramiento como los medicamentos sirven para tratar la dependencia al tabaco. Usarlos en conjunto da mejores resultados que usar solo uno de ellos. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar por año. Un intento se considera lo siguiente: • Cuatro sesiones de asesoramiento para dejar el tabaco. • Medicamentos para dejar el tabaco aprobados por la <u>FDA</u> (incluidos los medicamentos recetados y los medicamentos <u>OTC</u>). No necesita una <u>PA</u>. Usted paga otros tratamientos o los medicamentos no genéricos.
Asesoramiento	Puede asistir a sesiones de asesoramiento individuales, grupales o telefónicas por 10 minutos como mínimo cada una a través de su <u>PCP</u> o del <u>BHP</u>. También puede llamar a la línea de ayuda Oklahoma Tobacco Helpline al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669). Hablará con un experto con capacitación para ayudar a dejar de fumar. Esta persona diseñará un plan para usted.
Medicamentos recetados	Los productos para dejar de fumar están limitados a dos tratamientos completos de 90 días por año de cualquier producto para dejar de fumar aprobado por la <u>FDA</u>. Su <u>PCP</u> o su <u>BHP</u> emitirán una receta médica. Este beneficio está disponible para usted y para sus <u>dependientes</u> inscritos que tengan 18 años de edad como mínimo. Los medicamentos cubiertos se enumeran en la <u>Lista de medicamentos cubiertos</u> e incluyen: • Bupropion SR 150 mg (genérico de Zyban®). • Chantix™ (vareniclina). • Inhalador Nicotrol® (nicotina). • Aerosol nasal Nicotrol® (nicotina). También cubrimos los productos <u>OTC</u> aprobados por la <u>FDA</u> con una receta médica escrita por su médico: • Gomas de mascar. • Inhaladores. • Pastillas. • Aerosoles nasales. • Parches de nicotina.

Beneficio	Descripción
	La <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> le indicará si el medicamento es parte de los <u>servicios preventivos</u> sin costo. Sin embargo, si su <u>proveedor</u> nos informa que usted necesita un medicamento no preventivo como parte de sus intentos para dejar de fumar, cubriremos ese medicamento sin costo. Consulte la sección “<u>Solicitudes de excepción</u>” en la página 37. No todos los productos que se pueden usar para dejar el tabaco están incluidos. Por ejemplo, no cubrimos los cigarrillos electrónicos (e-cigarettes) ni los vaporizadores.
Inscripción	Puede inscribirse comunicándose con nosotros o visitando nuestro sitio web.

DIVULGACIONES Y AVISOS LEGALES

Puede encontrar muchos de estos documentos en nuestro sitio web.

Instrucciones anticipadas

Las instrucciones anticipadas son un documento escrito que les informa a los médicos y a otras personas sus deseos de recibir, rechazar o suspender su atención médica de soporte vital. Esto puede incluir un testamento en vida, el nombramiento de un apoderado para las decisiones médicas, o ambos.

¿Quién puede tener una instrucción anticipada?

Cualquier persona en su sano juicio y de 18 años de edad como mínimo puede tener instrucciones anticipadas. Estas comienzan cuando se lo notifica a su médico y cuando usted ya no puede tomar decisiones sobre la obtención de tratamiento de soporte vital.

Puede cancelar sus instrucciones anticipadas por completo o parcialmente en cualquier momento:

- Cuando se lo informa a su médico o a otro proveedor.
- A través de un testigo de la revocación.

No es obligatorio que usted tenga una instrucción anticipada. Esa es su decisión.

Información útil

- Si se lo admite en un hospital, proporcione una copia al hospital.
- Pídale a su médico que la incluya en su expediente médico.
- Guarde una segunda copia en un lugar seguro en donde sea fácil encontrarla.
- Si ha nombrado a un apoderado para las decisiones de atención médica, entréguele una copia.
- Tenga una tarjeta pequeña en su cartera o billetera que indique que usted tiene una instrucción anticipada y la ubicación de esta. Indique quién es su apoderado para tomar decisiones de atención médica si tiene uno.

Para obtener más información, pregúntele a su PCP o comuníquese con nosotros.

Derechos de continuación de la cobertura en virtud de la ley COBRA

Es posible que esta disposición no se aplique a su cobertura del plan. Verifique con su empleador para determinar si su plan está sujeto a las regulaciones de COBRA.

Sección	Descripción
Introducción	El derecho de continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u> fue creado por la ley federal Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, <u>COBRA</u> (Ley Federal de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado) de 1985. La continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u> puede estar disponible para usted cuando de otra manera perdería su cobertura de salud colectiva. También puede estar disponible para otros miembros de su familia que estén cubiertos por el <u>plan</u> cuando

Sección	Descripción
	de otra manera perderían su cobertura de salud colectiva. Para obtener información adicional sobre sus derechos y obligaciones en virtud del <u>plan</u> y de la ley federal, debe comunicarse con su empleador. Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura médica colectiva. Por ejemplo, usted podría ser elegible para comprar un <u>plan</u> individual a través del <u>Mercado de Seguros Médicos</u>. Al inscribirse en la cobertura a través del <u>Mercado</u>, puede calificar para costos menores de sus <u>primas</u> mensuales y gastos de bolsillo más bajos. Además, usted puede calificar para un <u>periodo de inscripción especial</u> de 30 días para otro <u>plan</u> de salud colectivo para el cual es elegible (como el <u>plan</u> del cónyuge), incluso si el <u>plan</u>, por lo general, no acepta inscripciones tardías.
¿Qué es la continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u>?	La continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u> es una continuación de la cobertura del <u>plan</u> cuando la cobertura termina debido a un evento de vida. Esto también se llama “evento que califica”. Después de un evento que califica, se debe ofrecer la continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u> a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos <u>dependientes</u> podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura en virtud del <u>plan</u> se pierde debido a un evento que califica. Conforme al <u>plan</u>, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u> tienen que pagarla. Si usted es un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura del <u>plan</u> debido a cualquiera de los siguientes eventos que califican: • Su horario laboral se reduce. • Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave. Si usted es cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura del <u>plan</u> debido a cualquiera de los siguientes eventos que califican: • Su cónyuge fallece. • Las horas de trabajo de su cónyuge se reducen. • El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave. • Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (la Parte A, la Parte B o ambas). • Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge. Sus hijos <u>dependientes</u> se convertirán en beneficiarios calificados si pierden su cobertura del <u>plan</u> debido a cualquiera de los siguientes eventos que califican: • El padre empleado fallece. • Las horas de trabajo del padre empleado se reducen. • El empleo del padre finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave.

Sección	Descripción
	• El padre empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (la Parte A, la Parte B o ambas). • Los padres se divorcian o se separan legalmente. • El hijo deja de ser elegible para la cobertura en virtud del <u>plan</u> como “hijo <u>dependiente</u>”.
¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u>?	El <u>plan</u> ofrecerá la continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u> a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al empleador de que ha ocurrido un evento que califica. Cuando el evento que califica es la terminación del empleo, la reducción de horas de trabajo, la muerte del empleado, o si el empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se tiene que informar al administrador del <u>plan</u> sobre el evento que califica.
Debe dar aviso de algunos eventos que califican	Para los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o un hijo <u>dependiente</u> que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo <u>dependiente</u>), debe notificar al empleador dentro de los 60 días a partir del momento en que ocurre el evento que califica.
¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u>?	Una vez que el empleador recibe el aviso de que ha ocurrido un evento que califica, la continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u> se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u>. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u> en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u> en nombre de sus hijos. La continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u> es una continuación de cobertura provisional que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el periodo de cobertura inicial, pueden permitir a un beneficiario que reciba una cobertura máxima de treinta y seis (36) meses. Existen también formas en las que este periodo de 18 meses de continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u> se puede extender. <u>Extensión por discapacidad del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura:</u> Si el Seguro Social determina que usted o alguien en su familia cubierto por el <u>plan</u> está discapacitado y usted informa a su empleador de manera oportuna, usted y toda su familia pueden obtener el derecho de recibir hasta 11 meses más de continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u>, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tiene que haber empezado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u> y debe durar, como mínimo, hasta el final del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura.

Sección	Descripción
	<u>Extensión por un segundo evento que califica del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura:</u> Si su familia experimenta otro evento que califica durante los 18 meses de continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u>, el cónyuge y los hijos <u>dependientes</u> de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u>, durante un máximo de 36 meses, si se avisa oportunamente al <u>plan</u> sobre el segundo evento que califica. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos <u>dependientes</u> que reciben la continuación de la cobertura si el empleado o el ex empleado fallece, se le otorga el derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcia o se separa legalmente, o bien si el hijo <u>dependiente</u> deja de ser elegible en virtud del <u>plan</u> como hijo <u>dependiente</u>. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento que califica ocasionó que el cónyuge o el hijo <u>dependiente</u> perdiera la cobertura del <u>plan</u> si no hubiera ocurrido el primer evento que califica.
¿Existen otras opciones además de la continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u>?	Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u>, podría haber otras opciones para usted y su familia a través del <u>Mercado de Seguros Médicos</u>, Medicaid u otras opciones de cobertura del <u>plan</u> de salud colectivo (como el <u>plan</u> del cónyuge) a través de lo que se conoce como un “<u>periodo de inscripción especial</u>”. Algunas de estas opciones podrían costar menos que la continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u>. Puede obtener más información acerca de muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.
Si tiene alguna pregunta	Las preguntas sobre su <u>plan</u> o sus derechos de continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u> debe dirigir las a su empleador. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Employee Retirement Income Security Act, <u>ERISA</u> (Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados) de 1974, incluidas la ley <u>COBRA</u>, la Patient Protection and Affordable Care Act, ACA (Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio) y otras leyes que afectan los <u>planes</u> de salud colectivos, comuníquese con la oficina regional o de distrito de la Employee Benefits Security Administration, <u>EBSA</u> (Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados) del U.S. Department of Labor (Departamento de Trabajo de los EE. UU.) en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Los números de teléfono y las direcciones de las oficinas regionales y de distrito de la <u>EBSA</u> están disponibles en el sitio web de la <u>EBSA</u>). Para obtener más información acerca del <u>Mercado</u>, visite www.healthcare.gov.
Mantenga informado a su <u>plan</u> sobre los cambios en la dirección	Para proteger los derechos de su familia, informe a su empleador y a GlobalHealth sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe a su empleador.
Información de contacto del <u>plan</u>	Para obtener información sobre el <u>plan</u> y la continuación de la cobertura en virtud de <u>COBRA</u>, envíe una solicitud a su empleador.

Avisos de divulgación de cobertura acreditable

Aviso de divulgación de cobertura acreditable para los miembros elegibles de Medicare

Aviso importante acerca de su cobertura para medicamentos recetados y Medicare

Lea este aviso atentamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso incluye información sobre su cobertura para medicamentos recetados actual y sobre sus opciones en virtud de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si considera inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y sus costos, con la cobertura y los costos de los planes que ofrece la cobertura para medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar una decisión sobre la cobertura para medicamentos recetados.

Existen dos puntos importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura para medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura para medicamentos recetados de Medicare entró en vigor en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o si se inscribe en un plan Medicare Advantage (como HMO o PPO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. GlobalHealth ha determinado que se espera que esta cobertura para medicamentos recetados pague, en promedio para todos los participantes del plan, tanto como la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare y, por eso, se considera una cobertura acreditable. Como su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagará una prima más alta (una multa) si luego decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando llega a ser elegible por primera vez para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde la cobertura para medicamentos recetados acreditable actual y no es su culpa, también será elegible para un periodo de inscripción especial (“SEP”) de dos meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual no se verá afectada. Puede mantener esta cobertura si elige la Parte D y este plan se coordinará con la cobertura de la Parte D.

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y abandonar la cobertura actual, recuerde que usted y sus dependientes podrán obtener esta cobertura de nuevo.

¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) por unirse a un plan de medicamentos de Medicare?
También debe saber que si deja o pierde la cobertura actual y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos después de que su cobertura actual haya terminado, es posible que tenga que pagar una prima más alta (multa) por unirse a un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin una cobertura para medicamentos recetados acreditable, su prima mensual puede subir al menos un 1% con respecto a la prima mensual de beneficiario base de Medicare por cada mes que no tuvo cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin una cobertura acreditable, su prima puede ser, al menos, un 19% más alta que la prima de beneficiario base de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (multa) mientras tenga la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura para medicamentos recetados actual...

Comuníquese con nosotros para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo periodo en que pueda unirse a un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones en virtud de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare...

Puede encontrar más información detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para medicamentos recetados en el manual “Medicare & You” (Medicare y Usted). Recibirá una copia de este manual por correo cada año de parte de Medicare. Además, es posible que otros planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

Para obtener más información sobre la cobertura para medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Para obtener ayuda personalizada, llame al Programa de Asistencia en Seguros de Salud de su estado (consulte la contracubierta interna de su copia del manual “Medicare & You” [Medicare y Usted] para obtener el número de teléfono).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, se ofrece ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información acerca de esta ayuda adicional, visite el sitio web de la Administración del Seguro Social en www.socialsecurity.gov, o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que le pidan que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para mostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar o no una prima más alta (multa).

Derechos de la ley ERISA

Puede tener determinados derechos y protecciones en virtud de la ley ERISA. Estos derechos solo se aplican a los miembros inscritos a través de un plan de salud colectivo regido por la ley ERISA. Verifique con el administrador del plan (su empleador) para saber si su plan de salud colectivo está regido por la ley ERISA.

La ley ERISA estipula que todos los participantes del plan tendrán derecho a lo siguiente:

Derecho	Descripción
Recibir información sobre su <u>plan</u> y sus beneficios	En la oficina del <u>administrador del plan</u> y en otros lugares especificados, como lugares de trabajo y salones sindicales, examine, sin cargo, todos los documentos que rigen el <u>plan</u>, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos colectivos de negociación. A solicitud, obtenga del <u>administrador del plan</u> copias de los documentos que rigen el funcionamiento del <u>plan</u>, incluidos los contratos de seguro, los acuerdos colectivos de negociación y material actualizado sobre el <u>plan</u>. El <u>administrador del plan</u> puede cobrar un cargo razonable por las copias. Reciba un resumen del informe financiero anual del <u>plan</u>. Por ley, el <u>administrador del plan</u> tiene la obligación de proporcionarle a cada participante una copia del resumen de este informe anual. <u>Continuación de la cobertura del plan de salud colectivo</u> Continúe con la cobertura de atención médica para usted mismo, su cónyuge o sus <u>dependientes</u> si pierde la cobertura del <u>plan</u> como resultado de un evento que califica. Es posible que usted o sus <u>dependientes</u> tengan que pagar dicha cobertura. Consulte la sección “<u>Derechos de continuación de la cobertura en virtud de COBRA</u>” en la página 178.
Acciones prudentes de los fiduciarios del <u>plan</u>	Además de crear derechos para los participantes del <u>plan</u>, la ley <u>ERISA</u> impone obligaciones a las personas que son responsables del funcionamiento del <u>plan</u> de beneficios para empleados. Las personas que dirigen su <u>plan</u>, denominadas “fiduciarios” del <u>plan</u>, tienen la obligación de hacerlo de forma prudente en beneficio de usted y de otros participantes y beneficiarios del <u>plan</u>. Nadie, ni siquiera su empleador, su sindicato ni ninguna otra persona, puede despedirlo ni discriminarlo, de algún otro modo, de manera que impida que usted obtenga un beneficio o ejerza sus derechos en virtud de la ley <u>ERISA</u>.
Haga cumplir sus derechos	Si su <u>reclamo</u> por beneficios es denegado o ignorado, parcial o totalmente, usted tiene derecho a saber la razón, a obtener copias sin cargo de los documentos relacionados con la decisión y a <u>apelar</u> cualquier denegación, todo dentro de determinados plazos. De acuerdo con la ley <u>ERISA</u>, existen medidas que puede tomar para hacer cumplir los derechos mencionados anteriormente. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del <u>plan</u> o del último informe anual del <u>administrador del plan</u> y no lo recibe en un plazo de 30 días, usted puede presentar una acción judicial en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal le puede exigir al <u>administrador</u>

Derecho	Descripción
	del <u>plan</u> que proporcione los materiales y pague hasta \$110 por día hasta que usted reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado debido a razones que están fuera del control del <u>administrador del plan</u>. Si tiene un <u>reclamo</u> por beneficios que es denegado o ignorado, total o parcialmente, puede presentar una acción judicial en un tribunal federal o estatal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del <u>plan</u> o la ausencia de esta en relación con el estado calificado de una orden de relación doméstica o una orden médica de manutención de menores, puede iniciar una acción judicial en un tribunal federal. Si los fiduciarios del <u>plan</u> hicieran un uso indebido del dinero del <u>plan</u> o si lo discriminaran a usted por hacer valer sus derechos, puede solicitar asistencia del U.S. Department of Labor (Departamento de Trabajo de los EE. UU.) o puede presentar una acción judicial en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos del tribunal y los honorarios legales. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar que la persona a quien usted demandó pague estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenar que usted pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si se descubre que su <u>reclamo</u> no tiene fundamentos.
Asistencia con sus preguntas	Si tiene alguna pregunta sobre su <u>plan</u>, debe comunicarse con el <u>administrador del plan</u>. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de la ley <u>ERISA</u>, o si necesita asistencia para obtener los documentos del <u>administrador del plan</u>, se debe comunicar con la oficina más cercana de la <u>EBSA</u> del Departamento de Trabajo de los EE. UU. que aparece en su directorio telefónico o con la División de Asistencia Técnica y Consultas de la <u>EBSA</u> del Departamento de Trabajo de los EE. UU., 200 Constitution Avenue NW, Washington, DC 20210. También puede obtener determinadas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades según la ley <u>ERISA</u> llamando a la línea directa de publicaciones de <u>EBSA</u>.

Fraude y abuso

El término “fraude” significa:

- Llevar a cabo *deliberada e intencionalmente*, o intentar llevar a cabo, un plan para estafar a un programa de beneficios de atención médica.
- Obtener, por medio de una mentira o pretensiones falsas, un beneficio al que la persona no tiene derecho.

El término “abuso” significa:

- Pedirnos que paguemos artículos y servicios a los que no tiene derecho.
- Usted o su proveedor han presentado hechos falsos, *sin saberlo y de forma involuntaria*, para obtener un pago.

Fuente	Ejemplos
<u>Proveedores de atención médica</u>	• Facturarle o cobrarle a usted los servicios que cubrimos (que no sean su <u>costo compartido</u>). • Ofrecerle regalos o dinero para obtener atención médica que usted no necesita. • Ofrecerle servicios, equipo o suministros gratis a cambio de usar su número de identificación de <u>miembro</u> de GlobalHealth. • Proporcionarle atención médica que usted no necesita. • Facturarnos por servicios que en realidad no se le prestaron.
<u>Miembros</u>	• Vender o rentar su tarjeta de identificación de <u>miembro</u> a un tercero. • Mentirle a un <u>proveedor</u> para recibir artículos o servicios que no son <u>necesarios desde el punto de vista médico</u>.

Denuncias de fraude y abuso

Tenemos el compromiso de detectar y prevenir casos de fraude y abuso. Usted puede ayudar informándonos si sospecha de un fraude o de un abuso. Llame a nuestra línea de ayuda disponible las 24 horas y deje un mensaje. Proporcione tantos detalles como pueda. Usted permanecerá en el anonimato si así lo desea.

Método de contacto	Información de contacto
Línea gratuita	1-877-280-5852
Correo electrónico	compliance@globalhealth.com

Renovabilidad garantizada

Su empleador puede optar por mantener el mismo plan de salud colectivo de un año a otro, excepto en los siguientes casos:

- No se paga la prima.
- Su empleador comete fraude.
- Su grupo no cumple con las reglas de participación o de contribución.
- GlobalHealth ya no ofrece planes para grupos numerosos.
- Todos los empleados participantes se mudan fuera del área de servicio.
- La membresía de la asociación finaliza, si es que se inscribió a través de una asociación.

Además, puede optar por volver a inscribirse todos los años si su empleador decide mantener el mismo plan, excepto en los siguientes casos:

- Usted comete fraude.
- Usted se muda fuera del área de servicio.

Aviso sobre Medicaid y CHIP

Asistencia para pagar la prima con Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP).

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP, y usted es elegible para recibir cobertura de salud de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para pagar la prima que puede ayudarlo a pagar la cobertura. Estos estados usan fondos de sus programas de Medicaid o CHIP para ayudar a las personas que son elegibles para estos programas, y además tienen acceso al seguro de salud a través de su empleador. Si usted o sus hijos no son elegibles para

Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para pagar la prima. Sin embargo, es posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o en CHIP y viven en Oklahoma, puede comunicarse con la oficina de Medicaid o de CHIP de su estado para averiguar si cuenta con asistencia para pagar la prima.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o en CHIP y considera que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, puede comunicarse con la oficina de Medicaid o de CHIP del estado, o llamar al 1-877-KIDS NOW o visitar www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlos. Si califica, puede preguntar al estado si cuenta con un programa que podría ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Una vez que se determine que usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para pagar la prima en virtud de Medicaid o de CHIP, y además son elegibles en virtud del plan de su empleador, este debe permitirle que se inscriba en el plan de su empleador si aún no está inscrito. A esto se lo denomina “oportunidad de inscripción especial”, y debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días desde que se haya determinado que es elegible para recibir asistencia para pagar la prima. Si tiene alguna pregunta sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, puede comunicarse con el Departamento de Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llamando a la línea gratuita 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en Oklahoma, es posible que sea elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. Debe comunicarse con la Oklahoma Health Care Authority (Autoridad de Atención Médica de Oklahoma) para obtener más información sobre la elegibilidad.

Método de contacto	Información de contacto
Sitio web	http://www.insureoklahoma.org
Línea gratuita	1-888-365-3742

Para saber si otros estados tienen un programa de asistencia para pagar las primas o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, puede comunicarse con uno de los siguientes departamentos:

Departamento	Información de contacto
Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	U.S. Department of Labor Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados www.dol.gov/ebsa 1-866-444-EBSA (3272)
Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos	U.S. Department of Health and Human Services Centers for Medicare & Medicaid Services www.cms.hhs.gov 1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

Derechos y responsabilidades de los miembros

Sus derechos

Al estar asociado con nosotros, su médico y otros proveedores, usted o su designado legal tienen derecho a lo siguiente:

- Obtener información sobre nosotros, nuestros servicios, sus proveedores y sus derechos y responsabilidades como miembro.
- Ser tratado con dignidad y respeto.
- Tener privacidad y que toda la información personal se trate de forma confidencial.
- Participar con los proveedores en la toma de decisiones sobre su atención.
- Una discusión abierta sobre todas las opciones adecuadas de tratamiento para su afección, independientemente del costo de la atención o de la cobertura de beneficios.
- Presentar reclamos sobre nosotros o sobre su atención. Apelar toda decisión desfavorable siguiendo el proceso de apelaciones y quejas.
- Dar recomendaciones respecto a nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros.
- Preguntar sobre cualquier inquietud acerca de la atención médica, solicitar asesoramiento médico u obtener más información sobre el tratamiento para tomar una decisión informada o rechazar un plan de tratamiento.
- Comprender su afección, su estado de salud y los medicamentos que le recetaron: qué son, para qué son, cómo tomarlos adecuadamente y los posibles efectos secundarios.
- Saber cómo funciona su plan. Obtener materiales del plan.
- Consultar a su PCP y obtener derivaciones a especialistas cuando sea necesario desde el punto de vista médico o urgente.
- Usar los servicios de emergencia cuando usted, como una persona prudente sin formación profesional que actúa razonablemente, considere que existe una afección médica de emergencia.
- Información sobre los acuerdos de pago del proveedor y explicaciones sobre los beneficios o las determinaciones del procesamiento de reclamos.
- Esperar a que los problemas se examinen y se traten de forma justa.

Tiene derecho a ejercer estos derechos independientemente de su raza, nacionalidad, sexo, orientación sexual, estado civil o formación cultural, económica, educativa o religiosa.

Sus responsabilidades

Usted o su representante legal tienen las siguientes responsabilidades:

- Proporcionar, en la medida que sea posible, la información que:
 - Sus proveedores necesitan para brindarle la atención.
 - Nosotros necesitamos para determinar el pago de dicha atención.
- Seguir los planes de atención que usted y su proveedor hayan acordado.
- Comprender sus problemas de salud y ayudar a plantear objetivos de tratamiento, en la medida de lo posible.
- Mostrar su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga servicios médicos.
- Ser puntual para todas las citas. Informar al consultorio de su médico con la mayor anticipación posible si necesita cancelar o reprogramar una cita.
- Informarle a su PCP e informarnos a nosotros en un periodo de 48 horas, o tan pronto como sea posible, si:

- Está hospitalizado.
- Recibe atención de emergencia.
- Recibe atención de urgencia fuera del área.
- Pagar su costo compartido cuando obtiene servicios.
- Comprender los servicios cubiertos, las políticas y los procedimientos. Leer los materiales del plan.
- Hacer preguntas si no entiende sus beneficios o sus opciones de atención.

LEY MHPAEA

La Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Act, MHPAEA (Ley Paul Wellstone y Pete Domenici de Paridad de la Salud Mental e Igualdad en la Adicción) de 2008 exige que los emisores de planes de salud colectivos basados en el empleo y de seguros de salud ofrezcan mayor paridad entre los beneficios por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias y los beneficios médicos o quirúrgicos. El Departamento de Trabajo, el Departamento del Tesoro y el Departamento de Salud y Servicios Sociales (en conjunto, los Departamentos), administran la ley MHPAEA junto con los estados.

La ley MHPAEA y sus regulaciones de implementación:

- Estipulan que los requisitos financieros (como los copagos y el deducible) y las limitaciones cuantitativas de tratamiento (como los límites de visitas) que se aplican a los beneficios por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, en general, no pueden ser más restrictivos que los requisitos o las limitaciones que se aplican a los beneficios médicos o quirúrgicos.
- Incluye requisitos para garantizar la paridad de las “NQTL” (limitaciones de tratamiento no cuantitativas) (como las normas de administración médica).
 - Las regulaciones de los Departamentos estipulan que, de acuerdo con los términos del plan tal como están escritos y en la práctica, todos los procesos, las estrategias, las normas probatorias u otros factores que use un plan o un emisor al aplicar una NQTL a los beneficios para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias deben ser equivalentes y se deben aplicar de una manera no menos estricta que los procesos, las estrategias, las normas probatorias u otros factores que se usen al aplicar las limitaciones a los beneficios médicos o quirúrgicos.
 - En concreto, la revisión y la autorización de servicios para tratar trastornos de salud mental y por consumo de sustancias se manejarán de manera similar a la revisión y la autorización de servicios médicos o quirúrgicos.
 - Si tomamos una decisión para denegar o reducir la autorización de un servicio, usted recibirá una carta en la que se le explicará el motivo de la denegación o la reducción.
 - Les enviaremos a usted o a su proveedor una copia de los criterios que se usaron para tomar esta decisión, en un plazo de 30 días a partir de su solicitud.

Los planes de GlobalHealth cumplen con los requisitos de la ley MHPAEA. Si tiene alguna inquietud con respecto a nuestra conformidad con la ley MHPAEA, puede comunicarse con el Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-3272 o en línea en <http://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html>.

Cobertura esencial mínima y estándar de valor mínimo

Cobertura esencial mínima

Este plan califica como cobertura esencial mínima (“MEC”). Cumple con el requisito de responsabilidad individual de la ley ACA. Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) en www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families/individual-shared-responsibility-provision.

Enviamos el formulario 1095-B a los suscriptores. Este formulario contiene la información que necesita cuando presenta una declaración de impuestos. Indica qué miembros de la familia están cubiertos y en qué momento. También enviamos estos formularios al IRS. Si tiene alguna pregunta, llame al número de teléfono que figura en el formulario.

Estándar de valor mínimo

La ley ACA fija un valor mínimo para los planes de salud. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). La cobertura de este plan cumple con este estándar.

El nombre de un metal, como Platinum (platino), Gold (oro), Silver (plata) o Bronze (bronce), no es el valor del monto real de los gastos que usted pagará. Su costo variará en función de los servicios que use y del plan que elija. Los nombres de los metales solo reflejan una estimación del valor actuarial de un plan.

Aviso de no discriminación

Cumplimos con las leyes estatales y federales de derechos civiles. No tratamos a las personas de forma diferente por motivos de:

- Raza
- Origen étnico
- Nacionalidad
- Religión
- Género o identidad de género
- Orientación sexual
- Edad
- Discapacidad mental o física
- Ceguera o ceguera parcial
- Estado de salud
- Afección médica (incluidas las enfermedades tanto físicas como mentales)
- Experiencia en reclamos
- Atención médica recibida
- Historia clínica
- Información genética
- Evidencia de asegurabilidad (incluidas las afecciones y los estados causados por actos de violencia doméstica)
- Fuente de pago
- Ubicación geográfica dentro del área de servicio

Todos los miembros tienen las mismas reglas de elegibilidad, cobertura de beneficios y tarifas base de primas. Es posible que tengamos variaciones en la administración, los procesos o los beneficios. Estos deben:

- Estar basados en una administración médica razonable.
- Ser parte de un programa de bienestar.

Procedimiento de quejas de la sección 1557 de la ley ACA

Es la política de GlobalHealth no discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Hemos adoptado un procedimiento interno de quejas que prevé la resolución rápida y equitativa de reclamos en los que se alegue cualquier acción prohibida por la sección 1557 de la ley ACA (título 42 del U.S.C. 18116) y sus regulaciones de implementación que se indican en el título 45, parte 92 del CFR, emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. La sección 1557 prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en algunas actividades y programas de salud. La sección 1557 y sus regulaciones de implementación pueden ser examinadas en la oficina del coordinador de la sección 1557 que se ha designado para coordinar los esfuerzos de GlobalHealth con el fin de cumplir con esta sección.

Método de contacto	Información de contacto
Correo	Director, Compliance and Legal Services 210 Park Ave, Ste 2800 Oklahoma City, OK 73102-5621
Línea gratuita	1-877-280-5852
Correo electrónico	compliance@globalhealth.com
Fax	(405) 280-5894

Toda persona que considere que alguien ha sido objeto de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad puede presentar una queja mediante este procedimiento. La ley prohíbe que tomemos represalias contra cualquier persona que se oponga a la discriminación, presente una queja o participe en la investigación de una queja.

Procedimiento:

- Las quejas se deben presentar ante el coordinador de la sección 1557 en un plazo de 60 días desde la fecha en que la persona que presenta la queja haya tenido conocimiento de la supuesta acción discriminatoria.
- Un reclamo se debe realizar por escrito y debe incluir el nombre y la dirección de la persona que lo presenta. En el reclamo, se deben exponer el problema o la acción presuntamente discriminatorios y el recurso o la compensación que se solicita.
- El coordinador de la sección 1557 (o su representante legal) debe dirigir la investigación del reclamo. Esta investigación puede ser informal, pero será exhaustiva y les ofrecerá a todas las personas interesadas la oportunidad de presentar pruebas relacionadas con el reclamo. El coordinador de la sección 1557 conservará nuestros archivos y registros que se relacionen con estas quejas. En la medida que sea posible y de acuerdo con la ley vigente, el coordinador de la sección 1557 tomará las medidas correspondientes para preservar la confidencialidad de los archivos y los registros relacionados con las quejas y los compartirá únicamente con aquellas personas que tengan la necesidad de conocer esta información.
- El coordinador de la sección 1557 emitirá una decisión por escrito sobre la queja, que estará basada en la preponderancia de las pruebas, a más tardar 3 días después de la presentación de estas, además de una notificación para informar al demandante de su derecho de proceder con recursos administrativos o legales adicionales.
- La persona que presenta la queja puede apelar la decisión del coordinador de la sección 1557 escribiendo al funcionario de cumplimiento o a su representante legal en un plazo de 15 días después de haber recibido la decisión del coordinador de la sección 1557. El funcionario de cumplimiento o su representante legal deberán emitir una decisión por escrito en respuesta a

la apelación a más tardar 30 días después de su presentación.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento de quejas no impide que una persona proceda con otros recursos legales o administrativos, como presentar un reclamo por discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en un tribunal o ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos). Una persona puede presentar un reclamo por discriminación de forma electrónica a través del portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles, que se encuentra disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono:

Método de contacto	Información de contacto
Por teléfono	1-800-368-1019 (línea gratuita) 800-537-7697 (TDD)
Correo	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Estos reclamos se deben presentar en un plazo de 180 días desde la fecha de la presunta discriminación.

Haremos los arreglos necesarios para garantizar que a las personas con discapacidades y a las personas con conocimientos limitados del inglés se les proporcionen asistencia y servicios auxiliares o servicios de asistencia con el idioma, respectivamente, si son necesarios para participar en este proceso de quejas. Estos arreglos incluyen, entre otros, proporcionar intérpretes calificados, proporcionar casetes grabados con material para personas con baja visión o garantizar un lugar sin obstáculos para llevar a cabo los procedimientos. Comuníquese con nosotros para obtener ayuda con estos tipos de arreglos.

Aviso sobre la protección proporcionada por la Asociación de Garantía de Seguros de Salud y Vida de Oklahoma

Este aviso contiene un breve resumen de la Oklahoma Life and Health Insurance Guaranty Association (Asociación de Garantía de Seguros de Salud y Vida de Oklahoma) (“la Asociación”) y de la protección que ofrece a los titulares de pólizas. Esta red de protección social se creó en el marco de la ley de Oklahoma, y determina quién y qué está cubierto y las cantidades de la cobertura. La Asociación se fundó para proporcionar protección en el caso poco probable de que su compañía de seguro de salud, de vida o de renta deje de ser financieramente capaz de cumplir con sus obligaciones y el Insurance Department (Departamento de Seguros) se haga cargo de ella. Si esto sucediera, la Asociación, por lo general, hará los arreglos necesarios para continuar con la cobertura y pagar los reclamos, de acuerdo con la ley de Oklahoma, con fondos de los gravámenes que pagan otras compañías de seguros.

Las protecciones básicas que ofrece la Asociación son las siguientes:

- Seguro de vida
 - \$300,000 en beneficios por fallecimiento
 - \$100,000 en valores de retiro y de rescate en efectivo

- Seguro de salud
 - \$500,000 en beneficios de seguro de hospital, médico y quirúrgico
 - \$300,000 en beneficios de seguro por incapacidad
 - \$300,000 en beneficios de seguro para atención a largo plazo
 - \$100,000 en otros tipos de beneficios de seguro de salud
- Rentas
 - \$300,000 en valores en efectivo y de retiro

La cantidad máxima de protección para cada persona, independientemente de la cantidad de pólizas o contratos, es de \$300,000, excepto en el caso de los beneficios de seguro de hospital, médico y quirúrgico, en que la cantidad máxima que se pagará será de \$500,000.

Nota: es posible que algunos contratos y pólizas no estén cubiertos o totalmente cubiertos. Por ejemplo, la cobertura no se extiende a ninguna parte de una póliza o contrato que la aseguradora no garantice, como determinadas adiciones de inversiones al valor de la cuenta de una póliza de seguro de vida variable o un contrato de renta variable. De acuerdo con la ley de Oklahoma, hay además diversos requisitos de residencia y otras limitaciones.

Para obtener más información sobre las protecciones mencionadas anteriormente, visite el sitio web de la Asociación en www.oklifega.org o comuníquese con:

Departamento	Información de contacto
Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Oklahoma	Oklahoma Life & Health Insurance Guaranty Association 201 Robert S. Kerr, Ste 600 Oklahoma City, OK 73102 (405) 272-9221
Departamento de Seguros de Oklahoma	Oklahoma Department of Insurance 3625 NW 56th St, Ste 100 Oklahoma City, OK 73112 1-800-522-0071 o (405) 521-2828

Según la ley de Oklahoma, los agentes y las compañías de seguros no tienen permitido usar la existencia de la Asociación o de su cobertura para alentarlos a que compre ningún tipo de seguro. Cuando elija una compañía de seguros, no debe confiar en la cobertura de la Asociación. Si hay alguna incongruencia entre este aviso y la ley de Oklahoma, regirá la ley de Oklahoma.

PII

La información de identificación personal (PII) es información que se puede usar para distinguir o rastrear la identidad de una persona. Se puede usar de forma independiente o combinada con otra información que puede relacionarse con una persona específica. Está protegida por las leyes federales y estatales.

Cualquier persona que recibe información que usted debe proporcionar puede usar la información solo para garantizar el funcionamiento eficaz de su cobertura de salud y hasta donde sea necesario. Podemos recibir la información directamente, de otra persona o de una agencia gubernamental.

No compartiremos la PII con nadie más, excepto para proporcionar su cobertura de salud, con los fines para los que usted ha proporcionado el consentimiento para que su información se utilice o divulgue, y según lo permita la ley.

Aviso sobre la Gramm-Leach-Bliley Act, GLBA (ley Gramm-Leach-Bliley)

Lea atentamente este aviso de privacidad. En él se explican las reglas que seguimos cuando recopilamos información personal confidencial. Las compañías financieras, como las aseguradoras, eligen la forma en que comparten su información. Las leyes estatales y federales expresan que debemos informarle de qué manera recopilamos, compartimos y protegemos su información.

Sección	Descripción
Qué tipo de información personal podemos recopilar	• Nombre • Número de teléfono • Ocupación • Número de Seguro Social • Domicilio • Fecha de nacimiento • Antecedentes financieros y de salud • Información de <u>reclamos</u> al seguro
Cuándo la recopilamos	Recopilamos su información personal cuando usted: • Se inscribe en el seguro. • Presenta un <u>reclamo</u>. • Obtiene atención que nosotros pagamos. • Paga las <u>primas</u>. • Nos proporciona información de contacto.
Otras fuentes que podemos usar	Recopilamos información personal sobre usted de terceros como los siguientes: • Otras aseguradoras • Proveedores de servicios • Profesionales de atención médica • Organizaciones de apoyo de seguros • Agencias de información crediticia de los consumidores
Qué tipo de información personal usamos y compartimos	Para los propósitos comerciales cotidianos, podemos compartir con compañías afiliadas y no afiliadas (compañías que no están asociadas con nosotros por participación común, como nuestros proveedores de servicios) toda la información personal sobre usted que recopilemos, para cualquier propósito permitido por la ley. Por ejemplo, podemos usar su información personal y compartirla con terceros con los siguientes fines: • Poder dirigir nuestro negocio. • Procesar sus transacciones. • Mantener sus cuentas. • Administrar su <u>plan</u> de beneficios. • Responder a órdenes de tribunales y a investigaciones o exámenes legales o reglamentarios. • Presentar informes a oficinas de crédito.

Sección	Descripción
	• Respalidar o mejorar nuestros programas o servicios, incluidos nuestros programas de bienestar y de administración de la atención. • Ofrecerle los otros productos y servicios con los que contamos. • Hacer investigaciones para nosotros. • Auditar nuestro negocio. • Prevenir el <u>fraude</u>, el lavado de dinero, el terrorismo y otros delitos verificando lo que sabemos de usted. • Vender una parte o la totalidad de nuestro negocio o fusionarnos con otra compañía. También podemos compartir su información personal con: • Profesionales de atención médica. • Aseguradoras, incluidas las reaseguradoras. • Aseguradoras sucesoras o administradores de <u>reclamos</u> que administran su <u>plan</u> de beneficios. • Compañías que nos ayudan a recuperar los pagos en exceso, a pagar <u>reclamos</u> o a hacer revisiones de la cobertura.
Para nuestros fines de mercadeo	Podemos compartir información con nuestros agentes y proveedores de servicios para ofrecerle a usted nuestros productos y servicios.
Para el mercadeo conjunto con otras compañías financieras	Podemos compartir su información personal con otras compañías financieras con el propósito del mercadeo conjunto. En el mercadeo conjunto, hay un acuerdo formal entre compañías financieras no afiliadas que, en forma conjunta, promocionan, financian o comercializan productos financieros para usted.
¿Cómo protegemos su información personal?	Para evitar que se acceda sin autorización a la información personal, hacemos lo siguiente: • Usamos medidas de seguridad razonables, como archivos protegidos, autenticación de usuario, cifrado, tecnología de cortafuegos y software de detección. • Revisamos las prácticas de protección de datos de las compañías con las que compartimos su información personal. • Otorgamos acceso a la información personal a las personas que deben usarla para hacer su trabajo.
¿Cómo puede ver y corregir su información personal?	Por lo general, tiene derecho a revisar la información personal que recopilamos para ofrecerle productos y servicios de seguros si usted: • Nos lo pide por escrito. • Envía la carta a la dirección que aparece abajo. Cuando nos escriba, en su carta incluya su nombre completo, dirección, número de teléfono y número de identificación de <u>miembro</u>. Si la información que solicita incluye información de salud, podemos proporcionarle la información a través de su <u>proveedor</u> de atención médica. Debido a su confidencialidad jurídica, no le enviaremos ningún

Sección	Descripción
	dato que hayamos recopilado en relación con un <u>reclamo</u> o con acciones judiciales. Si considera que la información personal que tenemos es incorrecta, escríbanos y explique por qué cree que es incorrecta. Si estamos de acuerdo con usted, corregiremos nuestros registros. Si no estamos de acuerdo con usted, puede enviarnos una declaración que incluiremos cuando le proporcionemos su información personal a cualquier persona ajena a GlobalHealth.
Derechos adicionales de acuerdo con otras leyes de privacidad	Es posible que tenga derechos adicionales de acuerdo con las leyes estatales u otras leyes vigentes.
Preguntas o inquietudes acerca del aviso sobre la ley GLBA	Escríbanos a: GlobalHealth, Inc. Attn: Privacy Officer 210 Park Avenue, Suite 2800 Oklahoma City, OK 73102-5621

Es posible que también compartamos información personal sobre miembros anteriores de la manera descrita anteriormente. Según las leyes federales, no tiene permitido limitar el intercambio de información personal descrito anteriormente.

PHI

La información de salud que lo identifica está protegida por leyes federales y estatales.

Tiene derecho a acceder a su PHI o a restringir su divulgación de acuerdo con las leyes federales y estatales. Además, puede solicitar un informe de divulgaciones de su PHI. Comuníquese con nosotros para obtener los formularios.

Cuando cambia su PCP, se requiere una autorización firmada para la divulgación de la información para transferir sus expedientes médicos. Le pueden proporcionar el formulario en el consultorio de su PCP actual. También puede encontrar el formulario de *Autorización estándar de Oklahoma para usar o compartir información de salud protegida (PHI)* en nuestro sitio web o en https://www.ok.gov/health/organization/HIPAA_Privacy_Rules/Oklahoma_Standard_Authorization_Forms.html.

Los expedientes médicos o la información médica se pueden recopilar o usar para lo siguiente:

- Revisión clínica.
- Estudios de satisfacción y calidad.
- Investigación de reclamos o apelaciones.
- Detección de fraude.
- Revisiones de acreditación estatal o federal.
- Otros asuntos según lo requiera la ley.

Aviso de prácticas de privacidad (“NPP”)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (“PHI”) SE PUEDE USAR O DIVULGAR. REVÍSELO ATENTAMENTE.

GlobalHealth, Inc. (“GlobalHealth”) está comprometido a proteger la privacidad y confidencialidad de la información de salud protegida (PHI) de nuestros miembros en cumplimiento de las leyes y las regulaciones estatales y federales correspondientes, incluidas la Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) de 1996 y la Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act, HITECH (Ley de Tecnología de la Información de la Salud para la Salud Económica y Clínica).

Sección	Descripción
Cómo puede GlobalHealth usar o divulgar su información de salud	<u>Para tratamiento.</u> Nosotros podemos usar o divulgar su <u>PHI</u> a un <u>proveedor</u> de atención médica, <u>hospital</u> u otro <u>centro</u> de atención médica para poder coordinar o facilitar el tratamiento. <u>Para pago.</u> Nosotros podemos usar o divulgar su <u>PHI</u> para pagar <u>reclamos</u> de médicos, <u>hospitales</u> y otros <u>proveedores</u> de atención médica por los servicios que le hayan prestado y que están cubiertos por su <u>plan</u> de salud; para determinar su elegibilidad para los beneficios; coordinar los beneficios; realizar una revisión por necesidad médica; cobrar las <u>primas</u>; emitir explicaciones de los beneficios a la persona que se suscribe al <u>plan</u> de salud en el que usted participa y para otras funciones relacionadas con pagos. <u>Para operaciones de atención médica.</u> Nosotros podemos usar o divulgar la <u>PHI</u> sobre usted con fines operativos del <u>plan</u> de salud. Algunos ejemplos incluyen manejo de riesgos, seguridad del paciente, mejoramiento de la calidad, auditoría interna, revisión de uso, revisión médica o de colegas, certificación, cumplimiento reglamentario, capacitación interna, autorización, acreditación, investigación de quejas, mejora del desempeño, etc. <u>Negocios y servicios relacionados con la salud.</u> Podemos usar y divulgar su <u>PHI</u> para informarle sobre productos relacionados con la salud, beneficios o servicios asociados con su tratamiento, administración de la atención o tratamientos alternativos, terapias, <u>proveedores</u> o entornos de atención. <u>Cuando lo permite o requiere la ley.</u> Nosotros podemos usar o divulgar la información sobre usted, según lo permita o lo requiera la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información en los siguientes casos: • A una agencia reglamentaria para llevar a cabo actividades incluidas, entre otras, autorizaciones, certificaciones, acreditaciones, auditorías, investigaciones, inspecciones e informes sobre dispositivos médicos. • Para el cumplimiento de la ley al recibir una orden del tribunal, una orden de detención, una citación u otro proceso similar.

Sección	Descripción
	• En respuesta a una orden de tribunal válida, una citación, una solicitud de presentación de pruebas o una orden administrativa relacionada con una demanda, una disputa o cualquier otro proceso legal. • A las agencias de salud pública o a las autoridades legales encargadas de prevenir o de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. • Para las actividades de supervisión de la salud realizadas por agencias como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (“CMS”), el Departamento de Salud del Estado, el Departamento de Seguros, etc. • Para propósitos de seguridad nacional, como proteger al Presidente de los Estados Unidos o realizar operaciones de inteligencia. • Para poder cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con la compensación para los trabajadores. • Para fines de coordinación de beneficios del seguro o de Medicare, si corresponde. • Cuando sea necesario para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a una persona o al público y dicha divulgación se hace a alguien que puede prevenir o disminuir la amenaza (incluido el objetivo de la amenaza). • En el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial, según lo requiera la ley. <u>Asociados comerciales.</u> Podemos usar o divulgar su <u>PHI</u> a socios comerciales a quienes contratamos para proporcionar servicios en nombre nuestro. Los ejemplos pueden incluir consultores, contadores, abogados, auditores, organizaciones de información de salud, proveedores de almacenamiento de datos y de registros electrónicos de salud, etc. Solo haremos estas divulgaciones si recibimos una garantía satisfactoria de que el socio comercial protegerá adecuadamente su <u>PHI</u>. <u>Personal o representante autorizado.</u> Nosotros podemos usar o divulgar la <u>PHI</u> a su representante autorizado. <u>Familia, amigos y encargados del cuidado.</u> Podemos divulgar su <u>PHI</u> a un miembro de la familia, un encargado del cuidado o un amigo que lo acompañe o esté involucrado en su atención o tratamiento médico o que ayude a pagar su atención o tratamiento médico. Si usted no puede o no está disponible para aceptar u objetar una decisión, utilizaremos nuestro mejor juicio para comunicarnos con su familia y otras personas. <u>Emergencias.</u> Podemos usar o divulgar su <u>PHI</u> en caso de una emergencia si el uso o la divulgación son necesarios para su tratamiento de emergencia. <u>Militares o veteranos.</u> Si usted es miembro o veterano de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su <u>PHI</u> según lo requieran las autoridades del comando militar.

Sección	Descripción
	<u>Reclusos.</u> Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial del cumplimiento de la ley, podemos divulgar su <u>PHI</u> a la institución correccional o al oficial del cumplimiento de la ley. <u>Recordatorios de citas.</u> Podemos usar o divulgar su <u>PHI</u> para comunicarnos con usted como un recordatorio de que tiene una cita para el tratamiento o la atención médica. Esto se puede hacer a través de correo directo, correo electrónico o llamada telefónica. Si no está en su hogar, podemos dejar un mensaje en una máquina contestadora o a la persona que responda el teléfono. <u>Recordatorio de medicamentos y nuevos surtidos.</u> Podemos usar o divulgar su <u>PHI</u> para recordarle que debe surtir sus recetas médicas, para comunicarle sobre el equivalente genérico de un medicamento o para incentivarlo a que tome sus medicamentos recetados. <u>Conjunto de datos limitados.</u> Si usamos su <u>PHI</u> para armar un “conjunto de datos limitados”, podemos dar esa información a otros con fines de investigación, acción de salud pública u operaciones de atención médica. Las personas o entidades que reciben el conjunto de datos limitados deben tomar medidas razonables para proteger la privacidad de su información. <u>Cualquier otro uso.</u> Divulgaremos su <u>PHI</u> para propósitos que no se describen en este aviso solo con su autorización por escrito. La mayoría de los usos y las divulgaciones de notas de psicoterapia (según corresponda), los usos y las divulgaciones de <u>PHI</u> con fines de mercadeo o recaudación de fondos, y las divulgaciones que constituyen una venta de <u>PHI</u> requieren su autorización por escrito. NOTA: la información cuya divulgación está autorizada puede incluir registros que pueden indicar la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible sobre la que se deba informar de acuerdo con la ley estatal.
Sus derechos respecto de su información de salud	<u>Derecho a inspeccionar y copiar</u> Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su <u>PHI</u> según lo indica la ley. Este derecho no se aplica a las notas de psicoterapia. Su solicitud se debe hacer por escrito. Tenemos el derecho a cobrarle las cantidades permitidas por la ley estatal y federal de esas copias. Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar sus expedientes en determinadas circunstancias. Si le deniegan el acceso, puede <u>apelar</u> ante nuestro oficial de privacidad. <u>Derecho a comunicaciones confidenciales</u> Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su <u>PHI</u> por otros medios o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede solicitar recibir una comunicación de nuestra parte en otra dirección u otro número de teléfono. Su solicitud debe ser por escrito e identificar cómo o cuándo

Sección	Descripción
	desea que se comuniquen con usted. Nos reservamos el derecho a rehusarnos a cumplir con su solicitud si no es razonable o no es posible hacerlo. <u>Derecho a un informe de divulgaciones</u> Tiene derecho a solicitar un informe de determinadas divulgaciones de su <u>PHI</u> a terceros, excepto las divulgaciones hechas para el tratamiento, el pago, la atención médica o las operaciones del <u>plan</u> de salud, y las divulgaciones que se hacen a usted, que usted autoriza o que se hacen de acuerdo con este aviso. Para recibir un informe, debe presentar su solicitud por escrito y proporcionar el periodo específico solicitado. Puede solicitar un informe de hasta seis años anteriores a la fecha de su solicitud (tres años si la <u>PHI</u> es un registro electrónico de salud). Si solicita más de un (1) informe en un periodo de 12 meses, es posible que le cobremos los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos sobre los costos y usted puede revocar su solicitud antes de que incurramos en ellos. <u>Derecho a solicitar restricciones sobre los usos o las divulgaciones</u> Tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su <u>PHI</u> a terceros, a menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Su solicitud se debe hacer por escrito y especificar (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos, y (3) a quién desea que apliquen las limitaciones. No estamos obligados a cumplir con su solicitud. Si estamos de acuerdo, haremos todos los esfuerzos razonables para cumplir con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento de emergencia o la divulgación ya se haya hecho o la ley requiera la divulgación. Cualquier acuerdo con respecto a las restricciones debe estar firmado por una persona autorizada para celebrar dicho acuerdo en nuestro nombre. <u>Derecho a solicitar enmiendas de la PHI</u> Usted tiene derecho a solicitar una enmienda de su <u>PHI</u> si cree que el registro es incorrecto o está incompleto. Debe presentar su solicitud por escrito y declarar las razones para la enmienda. Denegaremos su solicitud si: (1) no es una solicitud por escrito o no incluye una razón que respalde la solicitud; (2) la información no la creamos nosotros o no es parte del expediente médico que conservamos; (3) la información no es parte del expediente que usted tiene permitido revisar y copiar, o (4) la información en el expediente es exacta y completa. Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nuestro oficial de privacidad. <u>Derecho a ser notificado sobre un incumplimiento</u> Tiene derecho a recibir notificaciones sobre cualquier incumplimiento de su <u>PHI</u> no protegida.

Sección	Descripción
	<u>Derecho a revocar una autorización</u> Puede revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, pero solo en cuanto a usos o divulgaciones futuros y no con respecto a divulgaciones que ya se hayan hecho en virtud de la autorización que nos ha otorgado o cuando no se requiere autorización. <u>Derecho de recibir una copia de este aviso</u> Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de este aviso si lo solicita. <u>Cambios a este aviso</u> GlobalHealth se reserva el derecho a cambiar este aviso y a tomar nuevas disposiciones para toda la <u>PHI</u> que conservamos.
Para denunciar una violación de la privacidad	Si tiene una pregunta relacionada con sus derechos de privacidad o cree que sus derechos fueron violados, puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad en: ATTN: Privacy Officer GlobalHealth, Inc. 210 Park Avenue Suite 2800 Oklahoma City, OK 73102-5621 Línea gratuita: 1-877-280-5852 También puede denunciar una violación a Region VI U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 1301 Young ST, Suite 1169, Dallas, TX 75202. No se lo multará ni sufrirá represalias por presentar una queja.
Fecha de entrada en vigor:	4/1/2013.

Divulgación de PHI a patrocinadores del plan

Podemos divulgar su PHI al patrocinador de su plan de salud colectivo (es decir, el empleador del suscriptor). Sin embargo, no divulgaremos su PHI al patrocinador del plan, a menos que:

- Los documentos del plan de su grupo se hayan modificado para cumplir con los requisitos de la ley HIPAA.
- El patrocinador de su plan nos haya certificado por escrito que cumplirá con la ley HIPAA.

Si se cumplen estos requisitos, podemos divulgar su PHI al patrocinador del plan, sin su autorización, cuando sea necesario para el tratamiento, el pago y la atención médica.

Si el patrocinador de su plan opta por no obtener PHI, de todos modos podemos proporcionar “información resumida sobre salud”. Esta incluye datos de reclamos de los que extrajimos determinada información para que el patrocinador del plan no pueda identificar a un participante del plan en particular. Por ejemplo, su:

- Nombre
- Número de Seguro Social
- Número de teléfono
- Número de identificación de miembro

- Domicilio

También podemos proporcionarle al patrocinador del plan información acerca de si una persona se inscribió en el plan o canceló su inscripción.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el administrador del plan.

Derechos en virtud de la Newborns' and Mothers' Health Protection Act (Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos)

Según la ley federal, los planes de salud colectivos y los emisores de seguros de salud que ofrecen cobertura de seguro de salud, generalmente, no pueden restringir los beneficios para ningún periodo de estancia en el hospital con relación al parto para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, el plan o el emisor pueden pagar una estancia más corta si el proveedor tratante (por ejemplo, su médico, enfermera partera o asistente médico), después de consultarlo con la madre, da el alta antes a la madre o al recién nacido.

Además, en virtud de la ley federal, los planes y emisores no pueden establecer el nivel de beneficios o gastos de bolsillo para que, en cualquier momento posterior de una estancia de 48 horas (o 96 horas), se trate a la madre o al recién nacido de forma menos favorable que en cualquier momento anterior de la estancia.

Además, un plan o un emisor no pueden, en virtud de la ley federal, exigir a un médico o a otro proveedor de atención médica que obtengan la autorización para prescribir un periodo de estancia que no supere las 48 horas (o 96 horas). Sin embargo, para usar determinados proveedores o centros, o para reducir sus gastos de bolsillo, puede ser necesario que obtenga una certificación previa. Para obtener información sobre la certificación previa, comuníquese con nosotros.

Subrogación, recuperación y reembolso de terceros

Sección	Descripción
Beneficios sujetos a esta disposición	Esta disposición se aplica a todos los beneficios indicados en cualquier sección de este <u>plan</u> para: • Personas cubiertas (o <u>miembros</u>) y <u>dependientes</u>, beneficiarios de <u>COBRA</u>, miembros de la familia y cualquier otra persona que pueda recuperar en nombre de una persona cubierta o un beneficiario, incluidos, entre otros, el albacea de una persona o de un beneficiario cubiertos fallecidos, (colectivamente llamados “persona cubierta”). • Todos los demás agentes, abogados, representantes y personas que actúan para una persona cubierta, en nombre de esta, conjuntamente con esta o según sus instrucciones (algunas veces denominados “representantes de la persona cubierta”) con respecto a tales beneficios.
Cuándo aplica esta cláusula	Una persona cubierta puede incurrir en cargos médicos y de otro tipo relacionados con las lesiones o enfermedades ocasionadas por el acto o la omisión de la otra parte, incluidos un médico u otro <u>proveedor</u> por actos u

Sección	Descripción
	omisiones que incluyen, entre otros, la mala praxis. La otra parte puede ser responsable o legalmente responsable del pago de los cargos incurridos con relación a dichas lesiones o enfermedades. De ser así, la persona cubierta puede presentar un <u>reclamo</u> en contra de la otra parte por el pago de los gastos médicos o de otro tipo.
Términos definidos	“<u>Otra parte</u>” significa cualquier persona o entidad, que no sea el <u>plan</u>, que sea responsable o legalmente responsable de pagar los gastos, la compensación o los daños relacionados con las lesiones o las enfermedades de la persona cubierta. La otra parte incluirá a la parte o a las partes que causaron las lesiones o las enfermedades (primeras o terceras partes); la aseguradora, el garante u otra persona a cargo de la liquidación de la parte o las partes que ocasionaron las lesiones o las enfermedades; la aseguradora de la persona cubierta, como una aseguradora de personas sin seguro o subaseguradas, una aseguradora de gastos médicos, sin culpa, de propietario de vivienda, arrendatarios o cualquier otra aseguradora de responsabilidad civil; la aseguradora de compensación para los trabajadores; el fondo de mala praxis médica o fondo similar; y cualquier otra persona, corporación o entidad que sea responsable o legalmente responsable del pago relacionado con las lesiones o las enfermedades. “<u>Recuperación</u>” significa cualquier o toda cantidad de dinero, fondo, propiedad, compensación, así como todos los derechos relacionados, o daños pagados o disponibles para la persona cubierta por la otra parte a través de los pagos de seguro, ingresos por liquidación, pagos o ingresos por indemnización de las primeras o terceras partes, juicios, reembolsos o de otra manera (sin importar cómo ese dinero se catalogue, designe o distribuya) para compensar cualquier pérdida causada por la lesión o la enfermedad o relacionada con estas. “<u>Reembolso</u>” o “<u>reembolsar</u>” significa la devolución del pago al <u>plan</u> por beneficios médicos o de otro tipo pagados o pagaderos para la atención y el tratamiento por la enfermedad o la lesión y para cualquier otro gasto incurrido por el <u>plan</u> con relación a los beneficios pagados o pagaderos. “<u>Subrogación</u>” o “<u>subrogar</u>” significa el derecho del <u>plan</u> de procesar los <u>reclamos</u> de la persona cubierta contra otra parte por los gastos médicos o de otro tipo pagados por el <u>plan</u>.
Condiciones y acuerdos	Los beneficios son pagaderos solo después de que la persona cubierta acepta y cumple con los términos y condiciones de este <u>plan</u>. La persona cubierta acuerda que la aceptación de los beneficios es un aviso implícito de esta sección. Como condición para recibir los beneficios en virtud de este <u>plan</u>, una persona cubierta y cada una de las partes obligadas acepta lo siguiente: a) En caso de que una persona cubierta en virtud de este <u>plan</u> o los representantes de la persona cubierta reciban cualquier recuperación u otros beneficios que se originen de cualquier lesión, accidente, evento o

Sección	Descripción
	incidente por el cual la persona cubierta tiene, o posiblemente tenga, o reivindique cualquier <u>reclamo</u> o derecho de recuperación en virtud de cualquier fundamento legal o de equidad, agravio, contrato, estatuto, regulación, norma, o de otra manera, contra cualquier otra persona, entidad o fuente incluidos, de manera no taxativa, cualquier tercero, aseguradora, seguro o cobertura de seguro (por ejemplo, cobertura de conductor sin seguro o subasegurado, cobertura por lesiones personales, cobertura para gastos médicos, compensación para los trabajadores, etc.), cualquier pago realizado por el <u>plan</u> a la persona cubierta para tales beneficios deberá realizarse con la condición y con el acuerdo y entendimiento de que el <u>plan</u> recibirá un reembolso por parte de la persona cubierta y los representantes de la persona cubierta de hasta la cantidad o las cantidades de recuperación recibidas por la persona cubierta de dicha otra parte o fuente a través de cualquier acuerdo, juicio de liquidación, o de otra manera, pero sin superarlos. b) Que el <u>plan</u> deberá ser subrogado a todos los derechos de recuperación que la persona cubierta tiene contra la otra parte posiblemente responsable de hacer cualquier pago a la persona cubierta como resultado de cualquier lesión, daño, pérdida o enfermedad que la persona cubierta sufra hasta el alcance de los beneficios que otorga o que deberá otorgar el <u>plan</u> a la persona cubierta o en nombre de la persona cubierta con respecto a esa enfermedad, lesión, daño o pérdida inmediatamente contra el pago o la prestación de cualquier beneficio por parte del <u>plan</u> a la persona cubierta o en nombre de la persona cubierta. Los derechos de recuperación, subrogación y reembolso del <u>plan</u> indicados en este documento existen incluso cuando una parte presuntamente culpable o responsable de cualquier pérdida, lesión, daño o enfermedad que la persona cubierta sufra no admite la responsabilidad e, independientemente de la designación o la descripción que se dé a los fondos, la persona cubierta reciba o acepte que sean desembolsados por esa parte o por el representante de esa parte. c) Notificar al <u>administrador del plan</u> de GlobalHealth si una persona cubierta tiene un posible derecho de recibir el pago de alguien más; ejecutar inmediatamente y entregar al <u>administrador del plan</u>, si lo solicitan el <u>administrador del plan</u> o sus representantes, un acuerdo de subrogación y reembolso, y suministrar otro tipo de información y asistencia razonables, según lo solicite el <u>administrador del plan</u>, en relación con el <u>reclamo</u> o posible <u>reclamo</u>. El <u>administrador del plan</u> puede determinar, a su entera discreción, que es en beneficio del <u>plan</u> pagar o no pagar los beneficios médicos u otros beneficios por las lesiones o la enfermedad antes de que se firme el acuerdo de subrogación y reembolso. Sin embargo, en cualquier caso, el <u>plan</u> aún tendrá derecho a la subrogación y el reembolso de acuerdo con los términos de esta sección.

Sección	Descripción
	d) Servir como un fideicomisario ficticio, y controlar en fideicomiso ficticio para el beneficio del <u>plan</u> cualquier recuperación de la otra parte y acordar no disipar ninguna recuperación sin el consentimiento previo por escrito del <u>plan</u>, ni de otra manera predisponer o perjudicar los principales derechos del <u>plan</u> a cualquier recuperación, sin importar cómo se describa, designe o adjudique esa recuperación. La persona cubierta acuerda controlar, como fideicomisario (o fideicomisario conjunto), en fideicomiso para el beneficio del <u>plan</u> toda la recuperación y los fondos que la persona cubierta reciba en pago o como compensación de cualquier lesión, enfermedad, daño y pérdida que la persona cubierta sufra como resultado de cualquier evento, incidente, accidente, lesión, enfermedad y hecho. Cualquier recuperación o fondos que reciba la persona cubierta, en su nombre, con su consentimiento o según sus instrucciones, o sobre los cuales la persona cubierta tenga derecho a recibir o administrar el pago o sobre el cual la persona cubierta (o los representantes de la persona cubierta) tiene o ejerce cualquier control, se consideran y se considerarán y tratarán como activos del <u>plan</u>. No mantener las cantidades recuperadas y dichos fondos en fideicomiso o no cumplir con los términos del <u>plan</u> se considerará un incumplimiento del deber fiduciario de la persona cubierta (o el representante de la persona cubierta) con el <u>plan</u>. El <u>plan</u> tiene el derecho de subrogación o reembolso antes de que la fuente responsable pague toda recuperación y los fondos a la persona cubierta, y no se restarán los honorarios o gastos de los abogados de esa cantidad. El <u>plan</u> puede, a su criterio y exclusiva discreción, ejercer su derecho de subrogación o reembolso. El <u>plan</u> también tiene derecho a cualquier recuperación y a los fondos que la persona cubierta reciba o tenga derecho a recibir, sin importar si el pago representa o no la compensación total para la persona cubierta. El <u>plan</u> rechaza expresamente todas las reglas y doctrinas respecto al fondo común y de recuperación, o cualquier otra regla o doctrina que pueda afectar o interferir en los derechos del <u>plan</u> aquí descritos. El <u>plan</u> tendrá derecho a que la persona cubierta presente un informe de toda la recuperación, las actividades y los fondos aquí descritos. e) Devolver al <u>plan</u> cualquier beneficio pagado o pagadero a la persona cubierta, o en nombre de ella, cuando dichos beneficios sean pagados o establecidos por la otra parte. f) Transferir al <u>plan</u> el título de todos los beneficios pagados o pagaderos como resultado de la mencionada enfermedad o lesión. La persona cubierta reconoce que el <u>plan</u> tiene un interés de propiedad en la recuperación de la persona cubierta y que los derechos de subrogación del <u>plan</u> se considerarán un <u>reclamo</u> de principal prioridad para cualquier recuperación, y que se pagarán de cualquier recuperación antes que cualquier otro <u>reclamo</u> de la persona cubierta como resultado de la enfermedad o lesión, independientemente de si la persona cubierta se ha recuperado o no.

Sección	Descripción
	g) El <u>plan</u> tiene el derecho principal y de prioridad, así como un derecho de gravamen, sobre el 100% de toda recuperación hasta el monto de los beneficios pagados y que se pagarán, y los gastos incurridos por el <u>plan</u> en cumplimiento de esa disposición; y tal gravamen constituye un activo del <u>plan</u>. El primer gravamen del <u>plan</u> sustituye totalmente cualquier derecho de primer pago o reembolso resultante de cualquier recuperación que la persona cubierta obtenga o pueda tener derecho a obtener independientemente de si la persona cubierta se ha recuperado o ha recibido la compensación por alguno de sus daños o gastos, incluidos los honorarios y gastos de sus abogados. h) La persona cubierta también acuerda notificar al <u>plan</u> sobre la intención de la persona cubierta de presentar o investigar un <u>reclamo</u> para recuperar los daños u obtener la compensación con respecto a cualquier asunto para el cual la persona cubierta haya obtenido u obtendrá algún beneficio del <u>plan</u>. La persona cubierta deberá proporcionar toda la información que el <u>plan</u> o su representante le soliciten respecto a cualquier <u>reclamo</u>. La persona cubierta también acepta mantener informado al <u>plan</u> sobre todos los hechos y las comunicaciones que podrían afectar los derechos del <u>plan</u>. i) Abstenerse de exonerar a la otra parte que pueda ser responsable o esté comprometida con la persona cubierta por la lesión o la enfermedad sin obtener la aprobación escrita del <u>plan</u>. j) Notificar por escrito al <u>plan</u> sobre cualquier acuerdo propuesto y obtener el consentimiento escrito del <u>plan</u> antes de firmar un acuerdo. k) Sin perjuicio de lo anterior, el <u>plan</u> debe subrogarse con cualquiera y con todos los <u>reclamos</u>, causas, acciones o derechos que la persona cubierta tenga o que puedan surgir contra la otra parte para lo cual la persona cubierta <u>reclama</u> un derecho a los beneficios en virtud de este <u>plan</u>, independientemente de cómo se clasifique o caracterice. l) Si la persona cubierta (o tutor o albacea) decide demandar a la otra parte, la persona cubierta acepta incluir el <u>reclamo</u> de subrogación del <u>plan</u> en esa acción y, si no se cumple, se asumirá legalmente que el <u>plan</u> se incluye en dicha acción o recuperación. m) En el caso de que la persona cubierta decida no proceder contra la otra parte, la persona cubierta autoriza al <u>plan</u> a proceder, demandar, comprometer o llegar a un acuerdo respecto al <u>reclamo</u> en su nombre, para ejecutar cualquiera y todos los documentos necesarios para proceder con esos <u>reclamos</u> en su nombre, y acuerda cooperar plenamente con el <u>plan</u> en el seguimiento de cualquier <u>reclamo</u>. Dicha colaboración deberá incluir la obligación de proporcionar información y ejecutar y entregar cualquier reconocimiento u otros instrumentos legales que documenten los derechos de subrogación del <u>plan</u>. La persona cubierta (o tutor o albacea) acepta no tomar acciones perjudiciales contra los derechos de subrogación del <u>plan</u> o, de cualquier manera, impedir la acción que tome el <u>plan</u> para recuperar su <u>reclamo</u> de subrogación. Esto incluye los intentos de la persona cubierta

Sección	Descripción
	(o su abogado u otro agente) de caracterizar los pagos como de naturaleza no médica, o de indicar o autorizar que los pagos se hagan a otras personas (por ejemplo, en nombre de familiares, abogados, agentes, representantes o amigos). n) El <u>plan</u> no pagará ni reducirá ningún reembolso ni, de ninguna manera, será responsable de cualquier tarifa o costo relacionado con la presentación de un <u>reclamo</u>, a menos que el <u>plan</u> acepte hacerlo por escrito. El derecho del <u>plan</u> del primer reembolso no se reducirá por ningún motivo, incluidos los honorarios de abogados, los costos, la negligencia comparativa, los límites de cobro o de responsabilidad, ni de ninguna otra manera. o) El <u>administrador del plan</u> tiene el criterio absoluto y definitivo para interpretar los términos y condiciones del documento del <u>plan</u>. El <u>administrador del plan</u> puede enmendar el <u>plan</u> a su entera discreción, en cualquier momento y sin aviso. Este derecho de subrogación obligará legalmente a los tutores, el albacea, la parte a cargo de su ejecución, el representante personal y los herederos de la persona cubierta. p) El <u>administrador del plan</u> puede, a su entera discreción, exigirles a la persona cubierta o a su abogado que firmen un acuerdo de subrogación o recuperación en el que reconozcan y acepten los derechos del <u>plan</u> aquí indicados como condición para cualquier pago de beneficios y como condición para cualquier pago de beneficios futuros por otras enfermedades o lesiones.
Cuando una persona cubierta conserva a un abogado	Si la persona cubierta contrata a un abogado, el <u>administrador del plan</u> puede, a su entera discreción, exigir que el abogado firme un acuerdo de subrogación o recuperación en el que reconozca y acepte los derechos del <u>plan</u> aquí indicados como condición para cualquier pago de beneficios y como condición para cualquier pago de beneficios futuros para otras enfermedades o lesiones. Además, el abogado de la persona cubierta debe reconocer y aceptar el hecho de que el <u>plan</u> impide la operación de las doctrinas de “recuperación” y “fondo común”, y el abogado debe aceptar que no reafirmará ninguna doctrina en su búsqueda de recuperación. El <u>plan</u> no pagará los honorarios ni los costos del abogado de la persona cubierta relacionados con la recuperación de fondos, ni reducirá su reembolso proporcionalmente para el pago de los honorarios y costos del abogado de la persona cubierta. Los honorarios de los abogados se pagarán de la recuperación únicamente después de que el <u>plan</u> haya recibido el reembolso total. Un abogado que reciba cualquier recuperación tiene la obligación absoluta de ofrecer inmediatamente la recuperación al <u>plan</u> en virtud de los términos de esta disposición. El abogado de una persona cubierta que reciba cualquier recuperación y no ofrezca inmediatamente la recuperación al <u>plan</u> se considerará que retiene la recuperación en fideicomiso ficticio para el <u>plan</u>, debido a que ni la persona cubierta ni su abogado son los propietarios legales de la recuperación y no deberían estar en posesión de la recuperación hasta que el <u>plan</u> haya recibido el reembolso total.

Sección	Descripción
	Además, el <u>plan</u> puede exigir que: a) La persona cubierta utilice los servicios de abogados, representantes o agentes que ejecutarán un acuerdo de reembolso y que no reivindicará el uso de reglas o doctrinas de fondo común y de recuperación. b) La persona cubierta acepte terminar cualquier relación con alguien que se rehúse a hacerlo, o los beneficios no serán pagados conforme al plan en relación con ese asunto. c) El <u>plan</u> también tiene derecho y prioridad para recibir los primeros fondos de los pagos recibidos por la persona cubierta hasta que se le hayan devuelto al <u>plan</u> todas las sumas gastadas. La persona cubierta deberá ejecutar y entregar todo instrumento y documento que el <u>plan</u> solicite de manera razonable y deberá hacer lo que sea necesario para proteger por completo todos los derechos del <u>plan</u>. La persona cubierta no deberá hacer nada que perjudique los derechos del <u>plan</u> a dicho reembolso y subrogación, incluidos, entre otros, cualquier intento de la persona cubierta o de otras personas de realizar pagos de naturaleza no médica (por ejemplo, angustia emocional, dolor y sufrimiento, vergüenza, angustia mental, pérdida de consorcio, etc.) o de dar instrucciones o aprobar que se realicen pagos a otras personas (por ejemplo, a familiares o en nombre de estos, abogados, agentes, representantes o amigos).
Cuando la persona cubierta es menor de edad o falleció	Las disposiciones de esta sección se aplican a los padres, el fideicomisario, el tutor u otro representante de una persona cubierta menor de edad y al heredero o representante personal del patrimonio de una persona cubierta fallecida, independientemente de la ley aplicable y si el representante tiene o no acceso a la recuperación o control de esta.
Cuando una persona cubierta no cumple	a) (i) Si el acuerdo de subrogación no se ejecuta de manera adecuada ni se devuelve según lo estipulado en esta disposición; (ii) si no se proporciona la información y la asistencia al <u>administrador del plan</u> a solicitud; o (iii) si no se cumple a tiempo con alguna otra disposición u obligación de esta sección, ningún beneficio será pagadero conforme al <u>plan</u> con respecto a los costos incurridos en relación con tal enfermedad o lesión. b) Si una persona cubierta no cumple con el reembolso al <u>plan</u> de todos los beneficios pagados o que se pagarán, como resultado de su enfermedad o lesión, fuera de cualquier recuperación recibida según la disposición en este <u>plan</u>, o de otra manera no cumpla con cualquier otra disposición u obligación de esta sección, la persona cubierta será responsable de cualquiera y de todos los gastos (sean honorarios o costos) asociados con la intención del <u>plan</u> de recuperar el dinero o la propiedad de la persona cubierta; además, el <u>plan</u> tendrá derecho a compensar y aplicar cualquier beneficio futuro que pueda de otra manera adeudarse, a beneficio de la persona cubierta, los miembros de la familia de la persona cubierta o cualquier otra persona que directa o indirectamente

Sección	Descripción
	actúe o colabore para interferir, perjudicar o frustrar los derechos o intereses del <u>plan</u> contra los reembolsos que deberían hacerse al <u>plan</u>, así como para suspender o terminar la cobertura adicional hasta que el <u>plan</u> recupere los reembolsos. Este derecho de reembolso obligará legalmente a los tutores, el albacea, la parte a cargo de su ejecución, el representante personal y los herederos de la persona cubierta. c) Además, la persona cubierta será totalmente responsable de las acciones de sus representantes, abogados, agentes, miembros de la familia y todas las personas que actúen para la persona cubierta, en nombre de esta, conjuntamente con ella o bajo sus instrucciones respecto al <u>plan</u> o las obligaciones de la persona cubierta aquí descritas. La persona cubierta será responsable de asegurar que dichas personas colaboren y cumplan con las obligaciones de la persona cubierta aquí indicadas. Si la persona cubierta o los agentes, abogados o cualquier otro representante de la persona cubierta no colaboran plenamente con cualquier subrogación, reembolso o intentos de devolución del pago, o directa o indirectamente frustra, dificulta, impide o interfiere en cualquiera de dichos intentos, la persona cubierta será responsable de dar cuentas y pagar al <u>plan</u> todos los honorarios y costos del abogado incurridos por el <u>plan</u> o en representación de este, en relación con tales intentos. d) Además, el <u>plan</u> puede, a discreción de la persona que toma las decisiones finales, rescindir la participación de la persona cubierta en el <u>plan</u> o la participación de cualquier otra persona que directa o indirectamente actuó o colaboró para obstaculizar, frustrar o interferir en los derechos o intereses del <u>plan</u>. En caso de que se presente cualquier <u>reclamo</u> que indique que alguna parte de la redacción, algún término o alguna cláusula establecidos en esta parte sobre la subrogación y el derecho de reembolso del <i>Manual para miembros</i> es ambiguo o no es claro, o si surge alguna pregunta con relación al significado o la intención de cualquiera de sus términos, el <u>plan</u>, a través de la persona que toma las decisiones finales, tendrá la autoridad y discreción exclusiva de interpretar, entender y resolver todas las disputas relacionadas con la interpretación de cualquier redacción, término o cláusula. e) Los derechos de subrogación y reembolso del <u>plan</u> aquí descritos son esenciales para asegurar el carácter equitativo del <u>plan</u> y su solidez financiera, así como para asegurar que se recuperen los fondos y se pongan a disposición para el beneficio de todas las personas cubiertas en virtud del <u>plan</u> de manera colectiva.

Ley de Derechos de Salud y el Cáncer de la Mujer

Si se sometió o se someterá a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios conforme a la Women's Health and Cancer Rights Act of 1998, WHCRA (Ley de Derechos de Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998). La cobertura se proporcionará de una manera determinada por usted y su médico para lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se realizó una mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para generar una apariencia simétrica.
- Prótesis.
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos linfedemas

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos copagos y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos que se proporcionan en virtud de este plan. Consulte la sección “Beneficios” en la página 40 para conocer los costos compartidos de los servicios correspondientes. Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con el administrador del plan.

PREGUNTAS FRECUENTES

Estas preguntas frecuentes están sujetas a los “Requisitos de cobertura” que se describen en la página 42 y los “Servicios excluidos y limitaciones” de la página 135.

Tema	Preguntas y respuestas
Atención quiropráctica	P. ¿El <u>plan</u> cubre las visitas al quiropráctico? R. Sí.
Suministros para diabéticos	P. ¿Están cubiertos los suministros para diabéticos? R. Sí, solo algunas marcas. Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> en www.GlobalHealth.com.
<u>Cobertura de dependientes</u>	P. Si me inscribo en GlobalHealth, ¿está cubierto mi hijo que vive en otro estado? R. Sí. Los <u>dependientes</u> deben establecer una relación con un <u>PCP</u> de nuestra <u>red</u>. Cubrimos emergencias y <u>atención de urgencia fuera de la red</u>. No cubrimos atención de rutina <u>fuera de la red</u>. Los servicios <u>fuera de la red</u> que no sean <u>servicios de emergencia</u> ni <u>atención de urgencia</u> deben tener la autorización previa de GlobalHealth. P. ¿Qué sucede con los <u>dependientes</u> mayores de 18 años de edad? R. Damos cobertura a hijos elegibles hasta el final del mes en el que cumplen 26 años de edad.
<u>Emergencias y atención de urgencia</u>	P. Cuando voy a la <u>ER</u>, ¿se me exonera del copago si me admiten en el <u>hospital</u>? R. Sí, si está dentro del mismo <u>hospital</u>. Luego, usted paga el <u>costo compartido</u> del <u>centro</u> hospitalario para pacientes hospitalizados. P. ¿Qué sucede si me enfermo estando fuera del <u>área de servicio</u>? ¿Seguiré estando cubierto? R. La atención de emergencia y la <u>atención de urgencia</u> están cubiertas. En una emergencia real, diríjase inmediatamente al <u>centro</u> médico más cercano para recibir atención. Llame al <u>PCP</u> y a GlobalHealth en un plazo de 48 horas después de recibir la atención. Cuando necesite <u>atención de urgencia</u> el mismo día y no pueda ver a su <u>PCP</u>, autoderívese a un centro de <u>atención de urgencia</u>. Un <u>proveedor fuera de la red</u> puede facturarle los saldos. Es posible que los <u>proveedores dentro de la red</u> no le facturen los saldos. P. ¿Qué sucede si necesito ver a un médico el fin de semana o si me enfermo fuera del horario de atención? R. Llame a su <u>PCP</u> para recibir indicaciones. O bien, autoderívese a un centro de <u>atención de urgencia</u> de la <u>red</u> si no puede esperar hasta el horario de atención de su <u>PCP</u>.
Audición	P. ¿El <u>plan</u> cubre los audífonos? R. Sí. Consulte la sección <u>Servicios de audición: audífonos y dispositivos auditivos</u> en la página 55.

Tema	Preguntas y respuestas
Admisión en el <u>hospital</u>	P. ¿El copago del <u>hospital</u> cubre las visitas del médico al <u>hospital</u>? R. Sí. P. ¿El <u>plan</u> cubre las habitaciones privadas en el <u>hospital</u>? R. Cuando es <u>necesario desde el punto de vista médico</u>. P. ¿Qué <u>hospitales</u> están en su <u>red</u>? R. Se enumeran en el <i>Directorio de proveedores</i>. Puede hacer una búsqueda en nuestro sitio web.
Salud mental	P. ¿El <u>plan</u> cubre los servicios de salud mental? R. Sí. No necesita hacerlo por medio de su <u>PCP</u>. Consulte la sección “<u>Beneficios de salud conductual</u>” en la página 42. P. ¿Cómo puedo averiguar quiénes son los <u>proveedores</u> de salud mental? R. Puede encontrar un listado en el <i>Directorio de proveedores</i>.
<u>Red</u>	P. ¿Qué es una “<u>red</u>”? R. Salvo en circunstancias específicas, debe atenderse con médicos, proveedores y <u>centros</u> contratados por GlobalHealth. Todos ellos, en conjunto, conforman nuestra <u>red</u> de <u>proveedores</u>. Dentro de esa <u>red</u>, usted puede obtener algunos servicios para <u>pacientes ambulatorios</u> en ubicaciones preferidas o no preferidas. “Preferido” significa que usted pagará la cantidad más baja que figura en la sección “<u>Beneficios</u>” de este <i>Manual para miembros</i> cuando aparezca más de una cantidad. “No preferido” significa que usted pagará la cantidad más alta que figura en la sección “<u>Beneficios</u>” de este <i>Manual para miembros</i>. El solo hecho de estar en la <u>red</u> no hace que un <u>centro</u> sea “preferido”. El <i>Directorio de proveedores</i> le indica si un <u>centro</u> es preferido o no preferido para cada tipo de servicio. Tenga en cuenta que un solo centro puede ofrecer un tipo de servicio con <u>costos compartidos</u> preferidos y otro tipo de servicio con <u>costos compartidos</u> no preferidos. P. ¿Cómo puedo averiguar si mi <u>especialista</u> está en la <u>red</u>? R. Consulte el <i>Directorio de proveedores</i> o visite nuestro sitio web.
<u>PCP</u>	P. ¿Tengo que elegir uno de los médicos de la <u>red</u>? R. Sí. Usted elige un <u>PCP</u> cuando se <u>inscribe</u>. Cada miembro de la familia puede elegir un <u>PCP</u> diferente, incluido un pediatra para los hijos. Los <i>Directorios de proveedores</i> están disponibles y usted también puede visitar nuestro sitio web. P. ¿Puedo cambiar mi <u>PCP</u> o debo quedarme con él todo el año? R. Sí, puede cambiar de <u>PCP</u> en cualquier momento durante el año, y el cambio es efectivo de inmediato. Puede hacer los cambios en nuestro sitio web. Si necesita ver a su <u>PCP</u> antes de recibir su nueva tarjeta de identificación de <u>miembro</u>, comuníquese con nosotros.
Preexistentes	P. ¿El <u>plan</u> acepta afecciones preexistentes?

Tema	Preguntas y respuestas
Medicamentos recetados	R. Sí. P. ¿Dónde puedo surtir mis recetas médicas? R. Tenemos más de 800 farmacias participantes en el estado de Oklahoma. Magellan Rx Management, nuestro administrador de beneficios de farmacia, cuenta con una <u>red</u> a nivel nacional a la que usted puede acceder. P. ¿Están cubiertas las recetas médicas dentales? R. Sí. P. ¿Qué es una Lista de medicamentos cubiertos? R. La <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> es una lista de los medicamentos recetados con más frecuencia y aprobados por GlobalHealth. Es una lista de medicamentos preferidos. Debido a que la creación de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> es un proceso continuo, esta lista está sujeta a cambios. P. ¿El <u>plan</u> tiene servicio de pedido por correo? R. Sí, a través de Magellan Rx Management. No todos los medicamentos recetados con entrega a domicilio se surten para un suministro de 90 días. Puede obtener un descuento en sus medicamentos, en función del <u>nivel</u> del medicamento, si pide un suministro de 90 días con entrega a domicilio en lugar de adquirir uno de 30 días en una tienda minorista.
<u>Atención preventiva</u>	P. ¿La <u>atención preventiva</u> está cubierta? R. Cubrimos todos los <u>servicios preventivos</u> cubiertos conforme a la ley <u>ACA</u> sin costo para usted cuando son proporcionados por un <u>proveedor de la red</u>. Consulte la sección “<u>Beneficios de atención preventiva</u>” en la página 123 para ver una lista actualizada de los servicios. P. ¿Cómo obtengo <u>servicios preventivos</u>? R. Comience con su <u>PCP</u>. Este le proporcionará la mayor parte de los servicios o nos enviará una <u>derivación</u> si es necesario. Además, usted tiene acceso directo a su <u>OB/GYN</u> para obtener servicios y a un centro de diagnóstico por imágenes de la <u>red</u> para hacerse mamografías.
<u>Derivaciones</u>	P. ¿Necesito una <u>derivación</u> para ver a un <u>especialista</u>? R. Sí. Salvo por los servicios que obtiene de su <u>OB/GYN</u> o de su <u>proveedor de salud conductual</u>, su <u>PCP</u> es responsable de administrar toda su atención. Este nos enviará una <u>derivación</u> cuando sea necesario. Los procedimientos también deben tener una <u>PA</u>.
Adelgazamiento y cirugía estética	P. ¿El <u>plan</u> cubre la cirugía para adelgazar? R. No. Sin embargo, cubrimos asesoramiento y tratamientos para adelgazar sin costo. Consulte la página 97. P. ¿El <u>plan</u> cubre las cirugías estéticas? R. Solo en circunstancias específicas limitadas. Consulte la página 67.

Tema	Preguntas y respuestas
Cobertura a nivel mundial	P. ¿Estoy cubierto a nivel mundial? A. No.

ACRÓNIMOS

Acrónimo (en inglés)	Frase
ACA	Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 enmendada por la Ley de Reconciliación de Salud y Educación de 2010
ADHD	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
AHRQ	Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud
ASD	Trastorno del espectro autista
BHCM	Administrador de casos de salud conductual certificado
BHP	<u>Proveedor de salud conductual</u>
BRCA	Genes de susceptibilidad al cáncer de seno 1 y 2
CAD	Enfermedad de las arterias coronarias
CAHPS® ¹	Evaluación del cliente sobre sistemas y <u>proveedores</u> de atención médica
CDC	Centros para el Control de Enfermedades
CHF	Insuficiencia cardíaca congestiva o insuficiencia cardíaca crónica
CHIP	Programa de <u>Seguro de Salud</u> para Niños
COB	Coordinación de beneficios
COBRA	Ley Federal de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado de 1985
COPD	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
CVD	Enfermedad cardiovascular
DEA	Administración para el Control de Drogas
DME	<u>Equipo médico duradero</u>
EBSA	Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
ER	Sala de emergencias
ERISA	Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
HEDIS® ²	Sistemas de información sobre la eficacia de la atención médica
HIPAA	Ley de Portabilidad y Responsabilidad del <u>Seguro Médico</u> de 1996
HRA	Evaluación de riesgos de salud
HRSA	Administración de Recursos y Servicios Médicos
IRO	<u>Organización de revisión independiente</u>
LADC	Asesor en alcohol y drogas autorizado
LBP	<u>Profesional</u> de salud conductual autorizado
LCSW	Trabajador social clínico autorizado
LMFT	Terapeuta matrimonial y familiar autorizado
LPC	Asesor profesional autorizado
MHPAEA	Ley Paul Wellstone y Pete Domenici de Paridad de la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008
MOOP	Máximo de gastos de bolsillo o <u>límite de gastos de bolsillo</u>
NCQA	Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad
OB/GYN	Obstetra/ginecólogo
OTC	De venta libre

Acrónimo (en inglés)	Frase
PA	<u>Preautorización</u> o autorización previa
PCP	<u>Médico de atención primaria</u>
PHI	Información de salud protegida
PII	Información de identificación personal
P&T	Productos terapéuticos y de farmacia
QIP	Programa de Mejoramiento de la Calidad
RTC	<u>Centro de tratamiento residencial</u>
SEP	<u>Periodo de inscripción especial</u>
UM	<u>Administración de la utilización</u>
USPSTF	Grupo de Trabajo de <u>Servicios Preventivos</u> de los Estados Unidos

¹ Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®) es una marca comercial registrada de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ).

² Healthcare Effectiveness Data Information Systems (HEDIS®) es una marca comercial registrada de NCQA.

GLOSARIO

Término	Definición
Abuso	Incluye solicitar el pago de artículos y servicios cuando no existe derecho para el pago de dichos artículos o servicios. A diferencia del <u>fraude</u> , la persona o la entidad no presenta hechos falsos de manera deliberada ni intencional para obtener un pago.
Aceptación de pacientes nuevos	Indica si un <u>profesional</u> está <u>aceptando pacientes nuevos</u> en su consultorio o si tiene alguna condición especial. Una condición especial podría ser, por ejemplo, un pediatra que atiende únicamente a niños o un médico geriátrico que atiende únicamente a pacientes mayores. La capacidad de un médico de aceptar a pacientes nuevos se indica en la solicitud del <u>profesional</u> al momento de la acreditación o reacreditación (cada tres años). GlobalHealth se comunica con los <u>proveedores</u> (contratados) de la <u>red</u> cada tres meses para actualizar la información acerca de si el médico está <u>aceptando pacientes nuevos</u> . Cuando GlobalHealth recibe la información actualizada, esta se verifica y el sitio web se actualiza en un plazo de 30 días.
Administración de casos	Un proceso para evaluar, planear, implementar, coordinar, supervisar y valorar las opciones para satisfacer sus necesidades de atención médica en función de los beneficios y recursos necesarios para promover un resultado de calidad para usted.
Administración de la utilización (“UM”)	Un proceso para supervisar el uso, la prestación y la rentabilidad de los servicios.
Administrador de casos de salud conductual certificado (“BHCM”)	Un <u>profesional</u> certificado por el estado que se especializa en proporcionar vínculos a recursos, defensoría de pacientes, <u>derivación</u> y coordinación de <u>proveedores</u> o recursos y supervisión de planes de atención para personas con enfermedades mentales o trastornos por abuso de sustancias.
Administrador del plan	Persona que se identifica como la persona con la responsabilidad de administrar el <u>plan</u> . Podría ser el empleador, un comité de empleados, un ejecutivo de la compañía o alguien contratado para ese propósito. No se refiere a GlobalHealth.
Afección aguda grave	Una enfermedad o afección que requiere atención compleja permanente que está recibiendo actualmente, como quimioterapia, radioterapia o visitas posoperatorias.
Afección crónica	Una afección continua o persistente durante un periodo prolongado que requiere tratamiento constante.
Afección médica de emergencia	Una enfermedad, una lesión o un síntoma (incluido un dolor intenso), o una afección con un nivel de gravedad que pone en serio peligro su salud si no obtiene atención médica de inmediato. Si no obtiene atención médica de inmediato podría esperar razonablemente una de las siguientes consecuencias: 1) se pondría en grave peligro su salud; 2) tendría problemas graves con sus funciones corporales; o 3) tendría daños importantes en cualquier parte u órgano del cuerpo.

Término	Definición
Afiliación a grupo médico	Esto significa que el médico está asociado a un “grupo médico” específico en el que ejerce la medicina. Por ejemplo, este podría ser el caso en que dos o más médicos y quizás otros profesionales de atención médica trabajan en conjunto y comparten el mismo espacio en un edificio o un consultorio. No es necesario que los profesionales de atención médica ejerzan la misma <u>especialidad</u> para tener la misma <u>afiliación a grupo médico</u> . La <u>afiliación a grupo médico</u> se indica en la solicitud del <u>profesional</u> al momento de la acreditación o reacreditación (cada tres años). Cuando GlobalHealth recibe la información actualizada, esta se verifica y el sitio web se actualiza en un plazo de 30 días.
Afiliación a hospitales	En general, la <u>afiliación a hospitales</u> se refiere a los <u>hospitales</u> en los que el médico puede recibir pacientes. Un <u>miembro</u> puede escuchar una frase como “El Dr. Smith está <i>afiliado</i> a un determinado <u>hospital</u> ”. A veces, un médico que está <i>afiliado</i> a un <u>hospital</u> puede no admitir pacientes pero puede tener alguna otra función en el <u>hospital</u> . Por ejemplo, es posible que el médico solo haga consultas en el <u>hospital</u> en lugar de tomar admisiones. Si no está seguro, pregúntele al médico o llame a Servicio al cliente de GlobalHealth. La <u>afiliación a hospitales</u> se verifica directamente a través de los <u>hospitales</u> al momento de la acreditación y de la reacreditación (cada tres años). Cuando GlobalHealth recibe la información actualizada, esta se verifica y el sitio web se actualiza en un plazo de 30 días.
Año del plan	Los 12 meses que cubre su contrato o el periodo desde su fecha de entrada en vigor hasta la finalización del <u>año del plan</u> de su grupo si se inscribió tarde.
Aparatos ortopédicos y prótesis	Dispositivos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; piernas, brazos y ojos artificiales, y prótesis mamarias externas después de una mastectomía. Estos servicios incluyen: ajuste, reparaciones y reemplazos que se necesitan debido a una rotura, el desgaste, o un cambio en la condición física del paciente.
Apelación	Una solicitud para que GlobalHealth revise una decisión que deniega un beneficio o un pago (en su totalidad o en parte).
Aprendizaje en el entorno natural	Instrucciones basadas en la motivación de la persona y llevadas a cabo en entornos que se asemejan mucho a los entornos naturales (el “mundo real”), al mismo tiempo que están muy estructurados con respecto al acceso de la persona al refuerzo. También se lo denomina “enseñanza en el entorno natural”.
Área de servicio	Un área geográfica, según lo determinado por el Departamento de Seguros de Oklahoma, dentro de la cual GlobalHealth coordina los servicios médicos, <u>hospitalarios</u> y de atención médica complementaria básicos.
Asesor en alcohol y drogas autorizado (“LADC”)	Un <u>profesional</u> autorizado con nivel de maestría o doctorado que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias.

Término	Definición
Asesor profesional autorizado (“LPC”)	Un <u>profesional</u> autorizado con nivel de maestría o doctorado que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales o trastornos por abuso de sustancias.
Atención de enfermería especializada	Servicios realizados o supervisados por enfermeros autorizados en su hogar o en un asilo. La <u>atención de enfermería especializada</u> no es lo mismo que los “servicios de atención especializada”, que son servicios prestados por terapeutas o técnicos (en lugar de enfermeros autorizados) en su hogar o en un asilo.
Atención de urgencia	La atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención inmediata, pero no tan grave como para requerir <u>atención en la sala de emergencias</u> .
Atención en la sala de emergencias y servicios de emergencia	Servicios para revisar una <u>afección médica de emergencia</u> y tratarla para evitar que empeore. Estos servicios se pueden prestar en la sala de emergencias de un <u>hospital</u> autorizado o en otro sitio que proporcione atención para <u>afecciones médicas de emergencia</u> .
Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios	Atención en un <u>hospital</u> que usualmente no requiere una estancia durante la noche.
Atención preventiva (servicio preventivo)	Atención médica de rutina, que comprende <u>pruebas de detección</u> , chequeos y asesoramiento al paciente, para prevenir o detectar enfermedades, afecciones u otros problemas de salud.
Autorización previa (“PA”)	Una decisión de GlobalHealth de que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento, un <u>medicamento recetado</u> o un <u>equipo médico duradero</u> (“DME”) sea <u>necesario desde el punto de vista médico</u> . A esto algunas veces se lo llama autorización previa, aprobación previa o certificación previa. GlobalHealth puede exigir la <u>autorización previa</u> para determinados servicios antes de que usted los reciba, excepto en una emergencia. La <u>autorización previa</u> no es una promesa de que GlobalHealth cubrirá el costo.
Baja visión	La <u>baja visión</u> es la pérdida considerable de la visión, pero que no constituye ceguera total. Los oftalmólogos y optometristas especializados en la atención de la <u>baja visión</u> pueden evaluar y recetar dispositivos ópticos y proporcionar capacitación e instrucción para maximizar la visión que queda y se puede usar.
Cantidad permitida	Esta es la cantidad máxima que GlobalHealth pagará por los servicios de atención médica cubiertos. Se puede llamar “gasto elegible”, “pago de asignación” o “tarifa negociada”.
Centro	Cualquier edificio, o área en un edificio, donde se prestan servicios de atención médica.

Término	Definición
Centro de cirugía ambulatoria	Un establecimiento autorizado público o privado con personal médico organizado con <u>centros</u> permanentes que están equipados y operan principalmente con el propósito de realizar procedimientos quirúrgicos y brindar <u>servicios de médicos</u> continuos y servicios de enfermería profesional registrada siempre que un paciente se encuentre en el <u>centro</u> , y que no proporcionan servicios u otras comodidades para que los pacientes permanezcan durante la noche.
Centro de enfermería especializada	Una unidad de un <u>centro</u> u <u>hospital</u> comprometida a proporcionar, además de una habitación y comidas, <u>atención de enfermería especializada</u> las 24 horas bajo la supervisión de un médico autorizado. GlobalHealth contrata los <u>centros</u> especializados que están certificados en virtud del título XVIII de la Social Security Act (Ley del Seguro Social) (certificado por Medicare).
Centro de tratamiento residencial (“RTC”)	Un <u>centro</u> de atención médica disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (perteneciente a un <u>hospital</u> o no) que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales, problemas de conducta o abuso de sustancias.
Centro no preferido	Un <u>centro</u> que tiene un contrato con GlobalHealth para proporcionarle servicios con descuento. Usted pagará el <u>costo compartido</u> más alto al seleccionar estos <u>centros</u> en lugar de un <u>centro preferido</u> . Los <u>medicamentos de especialidad</u> no preferidos tienen un <u>costo compartido</u> mayor que los <u>medicamentos de especialidad</u> preferidos.
Centro preferido	Un <u>centro</u> que tiene un contrato con GlobalHealth para proporcionarle servicios con descuento. Usted pagará el <u>costo compartido</u> más bajo al seleccionar estos <u>centros</u> . También se lo puede denominar “ <u>centro de cirugía ambulatoria</u> ”.
Certificado de especialidad	El profesional de atención médica que cuenta con educación y capacitación avanzadas en un área de especialización clínica (un “ <u>especialista</u> ”) y debe estar certificado por una organización médica dedicada a esa <u>especialidad</u> . Esta organización médica se conoce como “Junta” y el profesional de atención médica que ha recibido la certificación de esta organización se dice que está “certificado por la Junta”. El médico debe aprobar un examen tomado por la Junta para su <u>especialidad</u> , como parte de sus requisitos para obtener el “ <u>certificado de especialidad</u> ”. El <u>certificado de especialidad</u> se indica en la solicitud del profesional de atención médica y debe ser verificada directamente por GlobalHealth con la Junta indicada al momento de la acreditación y reacreditación (cada tres años). Cuando GlobalHealth recibe la información actualizada, esta se verifica y el sitio web se actualiza en un plazo de 30 días.
Cirugía oral	Cirugía de la boca que comprende la extracción de dientes, particularmente, las muelas de juicio.
Cirugía reconstructiva	La cirugía y el tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo debido a defectos de nacimiento, accidentes, lesiones o afecciones médicas

Término	Definición
Cobertura esencial mínima	Cobertura de salud que cumple con el <u>requisito de responsabilidad individual</u> . Por lo general, la <u>cobertura esencial mínima</u> comprende <u>planes, seguros de salud</u> que están disponibles a través del <u>Mercado</u> u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, <u>CHIP</u> , TRICARE y alguna otra cobertura. Todos los <u>planes</u> de GlobalHealth proporcionan <u>cobertura esencial mínima</u> .
Cobertura para medicamentos recetados	Cobertura dentro de un <u>plan</u> que ayuda a pagar los <u>medicamentos recetados</u> . Si en la <u>Lista de medicamentos cubiertos del plan</u> se usan “ <u>niveles</u> ” (<i>tiers</i> , en inglés), los <u>medicamentos recetados</u> están agrupados según el tipo o el costo. La cantidad que usted pagará de <u>costos compartidos</u> será diferente para cada “ <u>nivel</u> ” de <u>medicamentos recetados</u> cubiertos.
COBRA	Ley Federal de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado Esta es la ley federal que requiere que determinados <u>planes</u> de salud colectivos brinden a los empleados y a determinados miembros de la familia la oportunidad de continuar con su cobertura de atención médica con tarifas de grupo en casos específicos en los que la cobertura de otra manera finalizaría.
Complicaciones del embarazo	Condiciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto y el parto que requieren atención médica para prevenir un daño grave a la salud de la madre o del feto. Las náuseas matutinas y una cesárea que no es de emergencia en general no son <u>complicaciones del embarazo</u> .
Copago	Cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, por lo general, cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar por el tipo de servicio de atención médica cubierto.
Copago dentro de la red	Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por servicios de atención médica cubiertos a <u>proveedores</u> que tienen un contrato con GlobalHealth. Los <u>copagos dentro de la red</u> normalmente son menores que los <u>copagos fuera de la red</u> . GlobalHealth no tiene diferentes <u>costos compartidos</u> en función de la <u>red</u> . Usted solo tiene cobertura para los servicios en nuestra <u>red</u> , excepto para la atención de emergencia o urgencia.
Copago fuera de la red	Una cantidad fija (por ejemplo, \$30) que usted paga por servicios de atención médica cubiertos a <u>proveedores</u> que <i>no</i> tienen un contrato con GlobalHealth. Los <u>copagos fuera de la red</u> normalmente son más costosos que los <u>copagos dentro de la red</u> . GlobalHealth no tiene diferentes <u>costos compartidos</u> en función de la <u>red</u> . Usted solo tiene cobertura para los servicios en nuestra <u>red</u> , excepto para la atención de emergencia o urgencia.

Término	Definición
Coseguro	Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto que se calcula como un porcentaje (por ejemplo, un 20%) de la <u>cantidad permitida</u> para el servicio. Por lo general, usted paga el <u>coseguro</u> <i>más</i> cualquier <u>deducible</u> que adeude. (Por ejemplo, si la <u>cantidad permitida</u> de GlobalHealth para una visita al consultorio es de \$100 y usted alcanzó su <u>deducible</u> , el pago de su <u>coseguro</u> del 20% sería de \$20). GlobalHealth paga el resto de la <u>cantidad permitida</u> .
Coseguro dentro de la red	Su parte (por ejemplo, el 20%) de la <u>cantidad permitida</u> para los servicios de atención médica cubiertos. Por lo general, su parte es menor para los <u>servicios cubiertos dentro de la red</u> . GlobalHealth no tiene diferentes <u>costos compartidos</u> en función de la <u>red</u> . Usted solo tiene cobertura para los servicios en nuestra <u>red</u> , excepto para la atención de emergencia o urgencia.
Coseguro fuera de la red	Su parte (por ejemplo, un 40%) de la <u>cantidad permitida</u> por servicios de atención médica cubiertos a <u>proveedores</u> que <i>no</i> tienen un contrato con GlobalHealth. El <u>coseguro fuera de la red</u> normalmente es más costoso que el <u>coseguro dentro de la red</u> . GlobalHealth no tiene diferentes <u>costos compartidos</u> en función de la <u>red</u> . Usted solo tiene cobertura para los servicios en nuestra <u>red</u> , excepto para la atención de emergencia o urgencia.
Costo compartido	La parte del costo de servicios, tratamiento y suministros que usted paga. Este incluye los <u>deducibles</u> , los <u>copagos</u> y el <u>coseguro</u> .
Costos compartidos	La parte de los costos de servicios que cubre su <u>plan</u> y que usted debe pagar de su bolsillo (a veces se denominan “gastos de bolsillo”). Algunos ejemplos de <u>costos compartidos</u> son los <u>copagos</u> , los <u>deducibles</u> y el <u>coseguro</u> . El <u>costo compartido</u> familiar es la parte del costo de los <u>deducibles</u> y los gastos de bolsillo que usted y su cónyuge o sus hijos deben pagar. Otros costos, incluidas sus <u>primas</u> , las multas que es posible que deba pagar o el costo de la atención que su <u>plan</u> no cubre, generalmente no se consideran <u>costos compartidos</u> .
Costos de rutina	Los <u>costos de rutina</u> asociados con un <u>ensayo clínico aprobado</u> son los costos relacionados con la atención médica razonable y necesaria que normalmente se proporciona en ausencia del ensayo clínico, y comprende los costos asociados con el diagnóstico y tratamiento de complicaciones que surgen de la participación en el ensayo clínico. Los <u>costos de rutina</u> no incluyen el costo de un medicamento o artículo de investigación, ni los costos de artículos y servicios proporcionados solamente para la recopilación y el análisis de datos.
Cuidado de la salud en el hogar	Servicios y suministros de atención médica que recibe en su hogar bajo las instrucciones de su médico. Enfermeros, terapeutas, trabajadores sociales u otros <u>proveedores</u> de atención médica autorizados pueden prestar los servicios. El <u>cuidado de la salud en el hogar</u> , en general, no comprende la asistencia con tareas que no sean médicas, como cocinar, limpiar o conducir.

Término	Definición
Deducible	La cantidad que podría adeudar durante un periodo de cobertura (en general, un año) por los servicios de atención médica cubiertos antes de que GlobalHealth comience a pagar. Se aplica un <u>deducible</u> general a todos o a casi todos los artículos y servicios cubiertos. Un <u>plan</u> con un <u>deducible</u> general también puede tener <u>deducibles</u> por separado que se aplican a servicios específicos o a grupos de servicios. Un <u>plan</u> también puede tener <u>deducibles</u> por separado. (Por ejemplo, si su <u>deducible</u> es de \$1,000, GlobalHealth no pagará nada hasta que usted haya alcanzado el <u>deducible</u> de \$1,000 en servicios de atención médica cubiertos sujetos al <u>deducible</u>). Es posible que el <u>deducible</u> no se aplique a todos los servicios. No todos los <u>planes</u> de GlobalHealth tienen un <u>deducible</u> .
Dentro de la red	Un <u>proveedor</u> o <u>centro</u> de atención médica que tiene un contrato con GlobalHealth para proporcionar servicios con descuento a <u>miembros</u> . Los <u>proveedores dentro de la red</u> pueden encontrarse en el <i>Directorio de proveedores</i> o en la búsqueda de proveedores en nuestro sitio web. También consulte <u>red</u> .
Dependiente	Cualquier cónyuge o hijo de hasta 26 años de edad (incluidos los hijastros, los hijos en cuidado temporal y los hijos adoptados desde la fecha de colocación en el hogar) del <u>suscriptor</u> . GlobalHealth cubre a los <u>dependientes</u> cuando cumplen con los requisitos de elegibilidad y <u>prima</u> .
Derivación	Una orden por escrito de su <u>proveedor de atención primaria</u> para que consulte a un <u>especialista</u> o reciba determinados servicios de atención médica. En muchas organizaciones para el mantenimiento de la salud (“HMO”), debe obtener una <u>derivación</u> antes de poder recibir servicios de atención médica de cualquier persona excepto de su <u>proveedor de atención primaria</u> . Si no obtiene primero una <u>derivación</u> , es posible que GlobalHealth no pague los servicios. GlobalHealth permite el acceso limitado a servicios, además de los prestados por su <u>PCP</u> , sin una <u>derivación</u> .
Determinación adversa	Una determinación de que se ha revisado una admisión, la disponibilidad de atención, la estancia continua u otro servicio de atención médica que es un beneficio cubierto y, sobre la base de la información proporcionada, no cumple con los requisitos del <u>plan</u> de necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia, por lo que los servicios o el pago de los servicios solicitados se deniegan, reducen o finalizan.
Determinación de cobertura local (“LCD”)	Un documento publicado por contratistas de Medicare que detalla las condiciones y los códigos de diagnóstico que representan una necesidad médica para un servicio o procedimiento. Especifican las circunstancias clínicas en las que un servicio se considera razonable y necesario.

Término	Definición
Determinación de cobertura nacional (“NCD”)	Desarrollada por los CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) para describir las circunstancias en las que Medicare cubre servicios, procedimientos o tecnologías específicos a nivel nacional. A menudo, las NCD se aclaran con la creación de un LCD (a nivel de contratista local).
Enfermedad o afección que representa un peligro para la vida	Cualquier enfermedad o afección por la cual hay una probabilidad de muerte, a menos que se interrumpa su evolución.
Ensayo clínico aprobado	Un ensayo clínico que es patrocinado por una organización confiable y que se lleva a cabo en cumplimiento con las regulaciones federales incluidas aquellas que se relacionan con la protección de seres humanos. El ensayo debe tener una intención terapéutica y no estar diseñado solamente para identificar o examinar la patofisiología de la enfermedad.
Equipo médico duradero (“DME”)	Equipos y suministros solicitados por el <u>proveedor</u> de atención médica para uso diario o prolongado. El <u>DME</u> puede incluir lo siguiente: Equipo para oxígeno, sillas de ruedas y muletas.
Especialidad	Un profesional de atención médica que cuenta con educación y capacitación avanzadas en un área de especialización clínica se dice que tiene una “ <u>especialidad</u> ”. A esta persona se la denomina “ <u>especialista</u> ”. Algunos ejemplos de <u>especialistas</u> son los cirujanos, urólogos, radiólogos, cardiólogos y dermatólogos. Los <u>especialistas</u> tratan algunas afecciones médicas o problemas de salud en particular. GlobalHealth tiene la responsabilidad de garantizar que los profesionales de atención médica que afirman que son <u>especialistas</u> estén autorizados y acreditados como corresponde. El área de <u>especialidad</u> se indica en la solicitud de cada médico y se verifica al momento de la acreditación por parte de GlobalHealth y de la reacreditación (cada tres años). Cuando GlobalHealth recibe la información actualizada, esta se verifica y el sitio web se actualiza en un plazo de 30 días.
Especialista	Un <u>proveedor</u> que se enfoca 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.
Especialista en enfermería clínica psiquiátrica o asistente médico	Un <u>profesional</u> médico autorizado que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento farmacéutico o con medicamentos de enfermedades mentales.
Estándar de valor mínimo	Estándar básico para medir el porcentaje de costos permitidos que cubre el <u>plan</u> . Si le ofrecen un <u>plan</u> de empleador que paga al menos un 60% de los costos totales permitidos de beneficios, el <u>plan</u> ofrece un valor mínimo y es posible que usted no califique para los créditos fiscales sobre la <u>prima</u> y las reducciones en los <u>costos compartidos</u> para comprar un <u>plan</u> en el <u>Mercado</u> . Todos los <u>planes</u> de GlobalHealth cumplen con el <u>estándar de valor mínimo</u> .

Término	Definición
Evento de vida que califica	Un cambio en su situación (como casarse, tener un hijo o perder la cobertura de salud) que puede hacer que sea elegible para un cambio de mitad de año, lo que le permite inscribirse en un <u>seguro de salud</u> fuera del periodo anual de <u>inscripción abierta</u> .
Experimental o de investigación	Procedimientos o artículos que GlobalHealth determina como no aprobados por la <u>FDA</u> o que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
Facturación de saldos	Cuando un <u>proveedor</u> le factura a usted el saldo que resta en una factura y que su <u>plan</u> no cubre. Esta cantidad es la diferencia entre la cantidad real facturada y la <u>cantidad permitida</u> de GlobalHealth. Por ejemplo, si el <u>proveedor</u> cobra \$200 y la <u>cantidad permitida</u> de GlobalHealth es de \$110, el <u>proveedor</u> puede facturarle los \$90 restantes. Esto sucede con más frecuencia cuando consulta a un <u>proveedor fuera de la red</u> . Un <u>proveedor de la red</u> <i>no</i> puede facturarle los <u>servicios cubiertos</u> .
Fraude	El engaño intencional causado por usted o por un <u>proveedor</u> al proporcionar información falsa a GlobalHealth o el uso indebido e intencional de su tarjeta de identificación de <u>miembro</u> .
Fuera de la red	Un <u>proveedor</u> de atención médica que no tiene un contrato con GlobalHealth para proporcionarles servicios a los <u>miembros</u> .
Hospital	Un <u>centro</u> médico comprometido de manera principal y continua a proporcionar servicios de atención médica y tratamiento a personas enfermas y lesionadas como <u>pacientes hospitalizados</u> para lo cual se realiza un cobro. GlobalHealth contrata <u>hospitales</u> autorizados por el estado de Oklahoma.
Hospitalización	Atención en un <u>hospital</u> que requiere la admisión como <u>paciente hospitalizado</u> y normalmente requiere una estancia durante la noche. Algunos <u>planes</u> pueden considerar una hospitalización durante la noche para observación como atención <u>ambulatoria</u> en lugar de <u>hospitalaria</u> .
Idiomas que habla el médico o el personal clínico	Se refiere a los idiomas, aparte del inglés, que el profesional de atención médica o el personal clínico de su consultorio hablan con fluidez. Aparte de inglés, los idiomas que hablan los profesionales de atención médica se indican en su solicitud al momento de la acreditación y reacreditación (cada tres años). Cuando GlobalHealth recibe la información actualizada, esta se verifica y el sitio web se actualiza en un plazo de 30 días.
Infertilidad	La incapacidad de concebir un embarazo o de llevar un embarazo a un nacimiento con vida después de un año o más de relaciones sexuales normales sin anticonceptivos y la presencia de una afección demostrada y reconocida por un médico autorizado, que sea un <u>proveedor de la red</u> , como una causa de <u>infertilidad</u> .

Término	Definición
Inscripción	El evento que se produce cuando una persona se convierte en <u>miembro del plan</u> . Un <u>miembro</u> está inscrito cuando GlobalHealth acepta el formulario de <u>inscripción</u> presentado por el <u>suscriptor</u> . GlobalHealth y el grupo del empleador deben cumplir el contrato y el grupo del empleador debe pagar las <u>primas</u> puntualmente.
Inscripción abierta	El periodo determinado por GlobalHealth y el grupo del empleador del <u>suscriptor</u> para que todos los empleados elegibles y sus familiares elegibles se inscriban en GlobalHealth.
Límite de gastos de bolsillo	Lo máximo que podría pagar durante un periodo de cobertura (en general, un año) por su parte de los costos de <u>servicios cubiertos</u> . Después de que usted alcanza este límite, GlobalHealth comienza a pagar el 100% de la <u>cantidad permitida</u> . Este límite lo ayuda a planificar los costos de la atención médica. Este límite nunca incluye su <u>prima</u> , los cargos facturados de saldos ni los costos de atención médica que su <u>plan</u> no cubre. Este se puede denominar “máximo de gastos de bolsillo” o “ <u>MOOP</u> ”.
Límite máximo de gastos de bolsillo	Cantidad anual que fija el gobierno federal como la cantidad máxima que se le puede exigir a cada persona o familia que pague como <u>costo compartido</u> durante el <u>año del plan</u> por servicios cubiertos <u>dentro de la red</u> . Se aplica a la mayoría de los tipos de seguros y <u>planes</u> de salud. Esta cantidad puede ser mayor que los <u>límites de gastos de bolsillo</u> indicados para su <u>plan</u> . Esta se puede denominar “ <u>MOOP</u> ”.
Lista de medicamentos cubiertos	Una lista de medicamentos que su <u>plan</u> cubre. Una <u>Lista de medicamentos cubiertos</u> puede incluir la parte del costo que le corresponde pagar por cada medicamento. Su <u>plan</u> puede asignar los medicamentos a diferentes <u>niveles</u> de <u>costos compartidos</u> . Por ejemplo, una <u>Lista de medicamentos cubiertos</u> puede incluir <u>niveles</u> de medicamentos genéricos y medicamentos de marca, y se aplicarán diferentes cantidades de <u>costos compartidos</u> a cada <u>nivel</u> . La <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> usa <u>niveles</u> .
Medicamento de especialidad	Un tipo de <u>medicamento recetado</u> que, en general, requiere una manipulación especial o supervisión y evaluación continuas por parte de un profesional de atención médica o que es relativamente difícil de despachar. Generalmente, los <u>medicamentos de especialidad</u> son los más costosos de la <u>Lista de medicamentos cubiertos</u> .
Medicamentos de especialidad no preferidos (“NPS”)	Medicamentos de alto costo que se utilizan para tratar afecciones complejas o raras, como esclerosis múltiple, artritis reumatoide, hepatitis C y hemofilia.
Medicamentos de especialidad preferidos (“PS”)	Los <u>medicamentos de especialidad</u> preferidos de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> tienen un <u>costo compartido</u> más bajo que el de los <u>medicamentos de especialidad no preferidos</u> .
Medicamentos recetados	Fármacos y medicamentos que por ley requieren una receta médica.

Término	Definición
Médico de atención primaria (“PCP”)	Un médico, como un M.D. (doctor en medicina) o un D.O. (doctor en medicina osteopática) que proporciona o coordina una variedad de servicios de atención médica para usted.
Mercado	Un <u>Mercado de Seguros de Salud</u> en el que las personas, las familias y las pequeñas empresas pueden conocer sus opciones de <u>plan</u> ; comparar <u>planes</u> en función de los costos, los beneficios y otras características importantes; solicitar y recibir ayuda económica con las <u>primas</u> y los <u>costos compartidos</u> en función de los ingresos; elegir un <u>plan</u> e inscribirse en la cobertura. También se lo denomina “intercambio”. El <u>Mercado</u> es dirigido por el estado en algunos estados y por el gobierno federal en otros. En algunos estados, el <u>Mercado</u> también ayuda a los consumidores elegibles a inscribirse en otros programas, como Medicaid y el Programa de <u>Seguro de Salud</u> para Niños (“ <u>CHIP</u> ”). Se puede acceder en línea, por teléfono y en persona.
Miembro	Cualquier <u>suscriptor</u> o <u>dependiente</u> de un <u>suscriptor</u> elegible.
Miembro calificado	Usted califica para participar en un <u>ensayo clínico aprobado</u> si (1) es elegible para participar en el ensayo de acuerdo con su protocolo; y (2) el <u>proveedor de la red</u> que lo derivó a usted para el ensayo concluye que la participación sería adecuada o usted proporciona información médica y científica que establece que su participación es adecuada.
Miembro de la familia inscrito	Un miembro de la familia que está inscrito en GlobalHealth y que cumple con todos los requisitos de elegibilidad del grupo del empleador del <u>suscriptor</u> y de GlobalHealth, y para quien GlobalHealth ha recibido las <u>primas</u> . Un miembro de la familia elegible es quien cumple con todos los requisitos de elegibilidad del grupo del empleador del <u>suscriptor</u> y de GlobalHealth.
Necesario desde el punto de vista médico	Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, una lesión, una afección o sus síntomas, incluida la rehabilitación, y que cumplen con los estándares de medicina.
Nivel	Grupos de medicamentos comprendidos en niveles de descripción y precio. Los medicamentos se asignan en función del uso, el costo y la eficacia clínica. Cuando más alto es el <u>nivel</u> , más paga mediante <u>costos compartidos</u> más elevados.
Organización de revisión independiente (“IRO”)	Una entidad que realiza <u>revisiones externas</u> independientes de <u>determinaciones adversas</u> y <u>determinaciones adversas</u> finales.
Ortodoncia	Una <u>especialidad</u> odontológica centrada en el enderezamiento o el movimiento de los dientes y mandíbulas desalineados.
Paciente ambulatorio	Un paciente al que le hacen un diagnóstico y recibe tratamiento y atención, pero que no lo admiten o no le asignan una cama en un <u>centro</u> de atención médica.
Paciente hospitalizado	Paciente que es admitido y se le asigna una cama en un <u>centro</u> de atención médica mientras le realizan el diagnóstico y recibe tratamiento y atención.

Término	Definición
Periodo de inscripción especial (“SEP”)	El periodo, fuera de la <u>inscripción abierta</u> , durante el cual una persona puede inscribirse en un <u>plan</u> de salud.
Persona prudente sin formación profesional	Una persona sin capacitación médica que razonablemente utiliza una experiencia práctica cuando toma una decisión respecto de si los <u>servicios de emergencia</u> son necesarios o no. Una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina puede razonablemente considerar que la ausencia de atención médica inmediata puede (a) poner la salud de la persona en grave peligro; (b) causar una discapacidad grave de las funciones del cuerpo; o (c) provocar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
Plan	Cobertura de salud emitida para usted directamente (<u>plan</u> individual) o a través de un empleador, un sindicato u otro patrocinador de grupo (<u>plan</u> colectivo de empleador) que cubre determinados costos de atención médica. También se lo denomina “ <u>plan de seguro de salud</u> ”, “póliza”, “póliza de <u>seguro de salud</u> ” o “ <u>seguro de salud</u> ”.
Plan de tratamiento	Una serie de tratamientos (que recibe a lo largo de un periodo o en varias sesiones) de un programa estructurado. Puede comprender varios <u>proveedores</u> y <u>centros</u> . Debe participar de forma activa en el equipo de planificación.
Prima	El monto que debe pagarse por su <u>plan</u> de GlobalHealth. Usted o su empleador usualmente la pagan mensual, trimestral o anualmente.
Productos de la reforma de la atención médica (“HCR”)	La ley ACA requiere que determinados productos preventivos genéricos estén cubiertos con un <u>copago</u> de cero dólares.
Profesional	Un profesional que proporciona servicios de atención médica. Los <u>profesionales</u> están autorizados según lo requiere la ley.
Profesional de salud conductual autorizado (“LBP”)	Un <u>profesional</u> autorizado con nivel de maestría o doctorado que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales o trastornos por abuso de sustancias.
Proveedor	Una persona o un <u>centro</u> que proporcionan servicios de atención médica. Algunos ejemplos de <u>proveedores</u> comprenden médicos, enfermeros, quiroprácticos, asistentes médicos, <u>hospitales</u> , centros quirúrgicos, <u>centros de enfermería especializada</u> y centros de rehabilitación. GlobalHealth puede exigir que el <u>proveedor</u> esté autorizado, certificado o acreditado según lo requiere la ley estatal.
Proveedor de atención primaria	Un médico, como un M.D. (doctor en medicina) o un D.O. (doctor en medicina osteopática), enfermero practicante, enfermero clínico especialista o asistente médico, según lo permite la ley estatal y los términos del <u>plan</u> , que proporciona, coordina una variedad de servicios de atención médica o le posibilita el acceso a estos.
Proveedor de la red	Un <u>proveedor</u> que tiene un contrato con GlobalHealth y aceptó proporcionarles servicios a los <u>miembros</u> de un <u>plan</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> .

Término	Definición
Proveedor de salud conductual (“BHP”)	Un profesional de atención médica conductual (un <u>psiquiatra</u> , <u>psicólogo</u> , trabajador social clínico, terapeuta matrimonial y familiar, <u>profesional</u> de salud conductual, médico de salud conductual o un asesor especializado en alcohol y drogas) autorizado, certificado o acreditado por la ley estatal.
Proveedor fuera de la red	Un <u>proveedor</u> que no tiene un contrato con GlobalHealth para proporcionar servicios. GlobalHealth cubre servicios <u>fuera de la red</u> únicamente en situaciones limitadas.
Proveedor preferido	Un <u>proveedor</u> que tiene un contrato con GlobalHealth para proporcionarle servicios con descuento. GlobalHealth puede tener <u>proveedores preferidos</u> que también sean <u>proveedores</u> “participantes”. Los <u>proveedores</u> participantes también tienen un contrato con GlobalHealth, pero es posible que el descuento no sea tan grande, y puede que usted tenga que pagar más. Usted pagará el <u>costo compartido</u> que figura en este <i>Manual para miembros</i> .
Prueba de diagnóstico	Pruebas para determinar cuál es su problema de salud. Por ejemplo, una radiografía puede ser una <u>prueba de diagnóstico</u> para determinar si tiene una fractura ósea.
Pruebas de detección:	Un tipo de <u>atención preventiva</u> que comprende análisis o exámenes para detectar la presencia de algo; en general, se realiza cuando usted no tiene síntomas, signos ni antecedentes médicos predominantes de una enfermedad o afección.
Psicólogo	Un <u>profesional</u> médico autorizado que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades cerebrales, trastornos emocionales y problemas de conducta.
Psicólogo clínico autorizado	Un <u>profesional</u> autorizado con nivel de doctorado que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales o trastornos por abuso de sustancias.
Psiquiatra	Un <u>profesional</u> médico autorizado que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento farmacéutico o con medicamentos de enfermedades mentales.
Queja	Un reclamo que usted comunica a GlobalHealth por escrito.
Reclamo	La solicitud de un beneficio (como el reembolso de gastos de atención médica) realizada por usted o su <u>proveedor</u> de atención médica a GlobalHealth por los artículos o servicios que considera que están cubiertos.
Red	Los <u>centros</u> y <u>proveedores</u> que GlobalHealth ha contratado para proporcionar servicios de atención médica. Estos <u>centros</u> y <u>proveedores</u> también se los denomina “ <u>dentro de la red</u> ”.
Requisito de responsabilidad individual	A veces denominado el “mandato individual”, es la obligación que tal vez tenga de estar inscrito en una cobertura de salud que proporciona <u>cobertura esencial mínima</u> . Si no tiene una <u>cobertura esencial mínima</u> , es posible que deba pagar una multa cuando presente su declaración de impuestos federales, a menos que califique para una exención de cobertura de salud.

Término	Definición
Revisión externa	Un proceso de <u>apelación</u> a través del cual puede solicitarle a un revisor externo e independiente que revise un <u>reclamo</u> que le han rechazado.
Seguro de salud	Un contrato que requiere que GlobalHealth pague algunos o todos los gastos de atención médica a cambio de una <u>prima</u> . Un contrato de <u>seguro de salud</u> también se puede denominar “póliza” o “ <u>plan</u> ”.
Servicios cubiertos	Servicios o suministros <u>necesarios desde el punto de vista médico</u> y proporcionados de acuerdo con los términos de este <i>Manual para miembros</i> , la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> y el <i>Directorio de proveedores</i> .
Servicios de cuidados paliativos	Servicios para proporcionar comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familiares.
Servicios de habilitación	Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria. Los ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina o no habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades en varios entornos para <u>pacientes hospitalizados</u> o <u>pacientes ambulatorios</u> .
Servicios de médicos	Servicios de atención médica que proporciona o coordina un médico autorizado, como un M.D. (doctor en medicina) o un D.O. (doctor en medicina osteopática).
Servicios de rehabilitación	Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o visto afectados debido a que la persona se enfermó, se lastimó o quedó discapacitada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y el lenguaje, y <u>servicios de rehabilitación</u> psiquiátrica en una variedad de entornos para <u>pacientes hospitalizados</u> o <u>ambulatorios</u> .
Servicios de rehabilitación especializados	Servicios proporcionados en el hogar por terapeutas autorizados (por ejemplo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y del habla).
Servicios excluidos	Servicios de atención médica que su <u>plan</u> no paga ni cubre.
Servicios hospitalarios	Servicios <u>necesarios desde el punto de vista médico</u> proporcionados por un <u>hospital</u> . Los servicios pueden ser proporcionados a pacientes <u>hospitalizados</u> o <u>ambulatorios</u> . Son recetados, indicados o autorizados por su <u>PCP</u> .
Servicios médicos	Servicios profesionales <u>necesarios desde el punto de vista médico</u> proporcionados por un médico, cirujano o personal paramédico. Los <u>servicios médicos</u> deben ser dirigidos por su <u>PCP</u> o médico <u>especialista</u> y deben estar autorizados por su <u>PCP</u> a menos que se especifique lo contrario.
Suscriptor	Una persona que cumple con los requisitos de elegibilidad del contrato sobre la base de las reglas de empleo o asociación del grupo, y para quien GlobalHealth ha recibido la <u>prima</u> del <u>plan</u> de salud adecuada. Por lo general, el <u>suscriptor</u> es el empleado.

Término	Definición
Terapeuta matrimonial y familiar autorizado (“LMFT”)	Un <u>profesional</u> autorizado con nivel de maestría o doctorado que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de la dinámica y las alteraciones en las relaciones, enfermedades mentales o trastornos por abuso de sustancias.
Trabajador social clínico autorizado (“LCSW”)	Un <u>profesional</u> autorizado con nivel de maestría o doctorado que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales o trastornos por abuso de sustancias.
Transición del cuidado	El proceso de trasladar el cuidado de un médico a otro o de un nivel de atención a otro. Consiste en trasladar la atención de los <u>miembros</u> nuevos de GlobalHealth a <u>proveedores</u> de la <u>red</u> de GlobalHealth o en ayudar a los <u>miembros</u> nuevos a pasar a usar los <u>medicamentos</u> <u>recetados</u> que están cubiertos en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> de GlobalHealth.
Traslado médico de emergencia	Servicios de ambulancia para una <u>afección médica de emergencia</u> . Los tipos de <u>traslado médico de emergencia</u> pueden incluir traslado por aire, por tierra o por mar. Es posible que su <u>plan</u> no cubra todos los tipos de <u>traslado médico de emergencia</u> o que pague menos por algunos tipos.
Usual y acostumbrada	La cantidad pagada por un <u>servicio médico</u> en un área geográfica sobre la base de lo que los <u>proveedores</u> del área normalmente cobran por el mismo <u>servicio médico</u> o un servicio médico similar. La cantidad usual, acostumbrada y razonable (“UCR”) a veces se puede usar para determinar la <u>cantidad permitida</u> .

Language	Translation
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-280-5600 (TTY: 711).
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-280-5600 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-280-5600 (TTY: 711)。
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-280-5600 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-280-5600 (TTY: 711).
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-280-5600 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
Burmese	သတိပြုရန် - အကယုၣ် သွဉ်း ပုမ္မန္တစကား ကို ဝေပူဟပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတြက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည့်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-877-280-5600 (TTY: 711) သို့မဟုတ် ဝေဒုဆီပါ။
Hmong	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-877-280-5600 (TTY: 711).
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-280-5600 (TTY: 711).
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-280-5600 (ATS : 711).
Laotian	ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-877-280-5600 (TTY: 711).
Thai	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-280-5600 (TTY: 711).
Urdu	خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-280-5600 (TTY: 711)۔
Cherokee	Hagsesda: iyuhno hyiwoniha [tsalagi gawonihisdi]. Call 1-877-280-5600 (TTY: 711).
Persian	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما 1-877-280-5600 (TTY: 711) فراهم می باشد. با تماس بگیرید.



PO Box 2393

Oklahoma City, OK 73101-2393

(405) 280-5600 (local) - 1-877-280-5600 (toll-free)

711 (TTY)

www.GlobalHealth.com/state