

# POLICY

## Política de POS para grupos grandes de Washington



24 de octubre de 2022

**Health Alliance Northwest presenta los materiales del plan adjuntos en formato traducido para aquellos miembros que los soliciten en un idioma que no sea inglés. Estos materiales se proporcionan únicamente con fines informativos.**

**Las personas que solicitan los documentos del plan en un idioma que no es inglés están marcadas en nuestro sistema con un indicador de idioma alternativo. Estos miembros recibirán los documentos en el idioma solicitado, además del original en inglés. Para los fines de interpretación y aplicación de beneficios, la versión en inglés será el documento válido tanto para el miembro como para Health Alliance Northwest.**



**Sinead Rice-Madigan  
Director ejecutivo  
Health Alliance Medical Plans**

Health Alliance Northwest Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género o identidad sexual. Health Alliance Northwest Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género o identidad sexual. Health Alliance Northwest Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas que tienen discapacidades para comunicarse con nosotros en forma efectiva, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información en otros formatos (tamaño de letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Si cree que Health Alliance Northwest Health Plan no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante: Health Alliance Medical Plans, Customer Service, 3310 Fields South Drive, Champaign, IL 61822, teléfono: 1-800-851-3379, TTY: 711, fax: 217-902-9705, CustomerService@healthalliance.org. Puede presentar una queja personalmente, o por correo, fax o correo electrónico.

Si necesita asistencia para presentar una queja, el Servicio al Cliente está a su disposición. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos electrónicamente a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> por correo o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

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

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, electrónicamente a través del portal de Quejas de la Oficina del Comisionado de Seguros visitando: <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o telefónicamente llamando al 1-800-562-6900, 1-360-586-0241 (TTD).

Los formularios de queja están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

### **Servicios de acceso en otros idiomas:**

#### **Inglés:**

If you, or someone you're helping, have questions about Health Alliance Northwest Health Plan, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-800-851-3379.

**Español:**

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-851-3379 (TTY: 711).

**Polish:**

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-851-3379 (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 1-800-851-3379 (TTY : 711) 。

**Korean:**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-851-3379 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Tagalog:**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-851-3379 (TTY: 711).

**Arabic:**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 711 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-851-3379)

**Russian:**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-851-3379 (телетайп: 711).

**Gujarati:**

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન 1-800-851-3379 (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 1-800-851-3379 (TTY: 711).

**Italian:**

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-851-3379 (TTY: 711).

**French:**

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-851-3379 (TTY: 711).

**Japanese:**

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。

1-800-851-3379 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

**Pennsylvanian Dutch:**

Wann du Deitsch schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-851-3379 (TTY: 711).

**Ukrainian:**

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1- 800-851-3379 (телетайп: 711).

**German:**

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-851-3379 (TTY: 711).

## **HEALTH ALLIANCE NORTHWEST HEALTH PLAN LARGE GROUP INDEMNITY PLAN**

El plan Health Alliance Small Group Indemnity es un producto de Health Alliance Northwest Plan (Health Alliance), una compañía de seguros con licencia habilitante como Contratista de Seguros de Salud (Healthcare Service Contractor, HCSC). Health Alliance, con domicilio en 411 N. Chelan Avenue Suite A, Wenatchee, WA 98801, administra todos los aspectos de este Plan de beneficios de salud. Health Alliance también tiene una oficina administrativa ubicada en 3310 Fields South Drive, Champaign, IL 61822.

El plan Health Alliance Small Group Indemnity permite que tanto usted como sus Dependientes cubiertos elijan dónde desean recibir los servicios de atención médica. Su nivel de cobertura está determinado por cómo elige recibir los servicios. Puede elegir recibir servicios de un Proveedor Participante y recibir el mayor nivel de beneficios. Un Proveedor Participante es un Médico o Proveedor que ha celebrado un contrato válido con Health Alliance para proporcionar servicios de atención médica a los Miembros de Health Alliance. Se los conoce como beneficios de Participantes o Dentro de la Red.

También puede optar por recibir servicios de un Proveedor no participante. Se los conoce como beneficios de No Participantes o Fuera de la Red. Si opta por recibir los servicios, que no sean los servicios de Emergencia, de un Proveedor no participante tendrá un nivel inferior de beneficios y más gastos que pagará de su bolsillo.

Esta póliza explica sus beneficios dentro de la red y sus beneficios fuera de la red. Además, usted será responsable de garantizar que se cumplan todos los requisitos de Autorización previa.

Esta Póliza, junto con la Descripción de la cobertura y el Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) describen el Plan de beneficios de salud elegido por su Grupo Empleador. Es importante que lea esta Póliza porque explica sus derechos, beneficios y responsabilidades como Miembro de Health Alliance. Como Miembro, usted está sujeto a todos los términos y las condiciones de esta Póliza y al pago de montos de Copago, Coseguro y Deducible, según lo especificado en la Descripción de la Cobertura o el SBC.

**ADVERTENCIA: SE PAGARÁN BENEFICIOS LIMITADOS CUANDO SE USEN PROVEEDORES NO PARTICIPANTES.** Debe tener en cuenta que cuando decide usar los servicios de un Proveedor no participante para un servicio cubierto en situaciones que no sean de emergencia, los pagos de beneficios para dicho Proveedor no participante no se basan en el monto facturado. El pago del beneficio se basará en el cuadro de tarifas de su Póliza, el Cargo máximo permitido u otro método según lo exprese la Póliza. **PUEDE TENER QUE PAGAR MÁS QUE EL MONTO DEL COSEGURO DEFINIDO EN LA PÓLIZA DESPUÉS DE QUE EL PLAN HAYA PAGADO SU PARTE REQUERIDA.** Los Proveedores no participantes pueden facturar a los Miembros por cualquier monto hasta el cargo facturado después de que el Plan haya pagado su parte de la factura. Los Proveedores participantes acordaron aceptar los pagos de descuento por los servicios sin facturación adicional para el Miembro que no sean los montos de Copago, Coseguro y Deducible. Puede averiguar si un Proveedor profesional es o no Participante, y obtener información sobre los gastos de su bolsillo llamando a Health Alliance al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de identificación de miembro.

Ningún cambio en este contrato tendrá validez a menos que sea aprobado por un ejecutivo de Health Alliance. Ningún productor de seguros tiene la autoridad para cambiar este contrato ni para dispensar alguna de sus

disposiciones. Cualquier disposición, término, beneficio o condición de cobertura de esta Póliza puede ser enmendado, modificado o eliminado, de acuerdo con los términos del Acuerdo de inscripción grupal entre el Grupo empleador y Health Alliance, o de acuerdo con los cambios en la legislación estatal o federal. Esto se puede realizar sin su consentimiento.

Los representantes del Servicio al cliente de Health Alliance están disponibles para ayudarlo a comprender su Plan de atención médica. Le recomendamos que llame al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de identificación de Health Alliance para hablar con uno de nuestros representantes sobre sus beneficios.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, Health Alliance Northwest Health Plan firmó debidamente esta Póliza.

[firma]

---

Dennis P. Hesch  
Director ejecutivo



## ÍNDICE

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS .....	11
CÓMO FUNCIONA EL PLAN HEALTH ALLIANCE.....	12
Su relación con su Médico de atención primaria .....	12
Relación entre Health Alliance y los Proveedores participantes .....	12
Atención especializada de Proveedores participantes y no participantes .....	13
Cobertura de atención médica continua con Médicos cuyos contratos finalizan.....	13
Cobertura de atención médica continua con Médicos de atención primaria.....	13
Cobertura de atención médica continua para Miembros nuevos .....	14
AUTORIZACIÓN PREVIA.....	14
Procedimiento de autorización previa para proveedores participantes.....	14
Procedimiento de autorización previa para proveedores no participantes .....	14
Servicios de atención médica que requieren Autorización previa .....	15
Notificación de Servicios de emergencia.....	15
DECISIONES DE COBERTURA .....	15
Decisiones de atención simultánea .....	15
Decisiones de cobertura (reclamos posteriores al servicio).....	16
ELEGIBILIDAD, INSCRIPCIÓN Y FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA.....	16
Titular de la póliza .....	16
Dependiente .....	16
Empleado jubilado inscrito en planes de Health Alliance Medicare .....	17
Empleados activos inscritos en Medicare .....	17
Inscripción inicial.....	17
Inscripción abierta.....	17
Fecha de entrada en vigencia.....	17
Período de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP).....	17
Orden de manutención médica infantil calificada.....	20
Recién nacidos, niños adoptados, niños colocados en adopción o niños colocados bajo tutela.....	20
BENEFICIOS MÁXIMOS Y GASTOS QUE PAGA DE SU BOLSILLO.....	21
Copago, coseguro y deducible.....	21
Monto máximo que paga de su bolsillo .....	21
Beneficio máximo del Año del Plan.....	21
Beneficio máximo de por vida .....	22
PRIMAS .....	22
Pago de las primas .....	22
Revisión de las tarifas de las primas.....	22
Fecha de vencimiento de la prima .....	22
Período de gracia.....	22
Primas no pagadas.....	22
Restablecimiento .....	22
Primas compuestas v. por miembro.....	22
LO QUE ESTÁ CUBIERTO .....	23
Aborto .....	23
Acupuntura .....	23
Opinión adicional.....	23
Pruebas y tratamiento para alergias .....	23
Ambulancia.....	24
Fórmulas elementales a base de aminoácidos.....	24
Sangre .....	24
Terapia de células CAR-T.....	24
Servicios de rehabilitación cardíaca .....	24
Quimioterapia y radiación.....	24

Servicios de quiropráctica.....	24
Ensayos clínicos.....	25
Servicios, dispositivos y medicamentos Anticonceptivos.....	25
Servicios odontológicos.....	26
Equipos y suministros para la diabetes.....	26
Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes.....	26
Exámenes de diagnóstico.....	26
Tratamiento con diálisis.....	27
Vendajes y suministros.....	27
Equipo médico duradero, aparatos y dispositivos ortopédicos.....	27
Servicios de emergencia.....	27
Disfunción eréctil.....	28
<b>Tratamiento de afirmación de género.....</b>	<b>28</b>
Exámenes genéticos.....	28
Evaluaciones de la audición.....	28
Servicios de atención médica a domicilio.....	28
Servicios de infusión a domicilio.....	29
Atención de hospicio.....	29
Atención hospitalaria.....	29
Donante de órganos.....	30
Servicios de diagnóstico para tratar la infertilidad.....	30
Osteotomía maxilar y mandibular.....	30
Atención de maternidad.....	30
Servicios médicos y sociales.....	31
Medicamentos especializados con receta.....	31
Atención de salud mental.....	32
Terapias de desarrollo neurológico.....	33
Asesoramiento nutricional.....	33
Cirugía oral.....	33
Trasplantes de órganos humanos.....	33
Dispositivos ortésicos.....	34
Otros servicios cubiertos.....	34
Medicamentos con receta para Pacientes externos.....	34
Cirugía para Pacientes externos.....	34
Tratamiento para el dolor.....	34
Servicios médicos.....	34
Servicios de podiatría.....	35
Examen de próstata.....	35
Dispositivos protésicos.....	35
Rehabilitación pulmonar.....	35
Cirugía reconstructiva.....	35
Servicios de Personal de enfermería registrado o Personal de enfermería practicante registrado (ARNP).....	36
Rehabilitación y atención especializada: pacientes internados.....	36
Servicios de terapia de rehabilitación: pacientes externos.....	36
Víctimas de abuso o agresión sexual.....	36
Procedimientos de esterilización.....	36
Desintoxicación por abuso de sustancias.....	36
Tratamiento de Trastorno por abuso de sustancias.....	37
Pruebas de vigilancia para el cáncer de ovario.....	37
Servicios de telemedicina.....	38
Síndrome de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint Syndrome, TMJ).....	38
Programa para dejar de fumar.....	38
Atención de urgencia.....	38

Atención de la vista.....	38
Atención de bienestar.....	39
<b>LO QUE ESTÁ CUBIERTO/LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO: BENEFICIOS DE FARMACIA.....</b>	<b>45</b>
Sus derechos sobre medicamentos con receta.....	45
<b>LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO (exclusiones y limitaciones).....</b>	<b>45</b>
Cirugía bariátrica para la obesidad grave.....	45
Procesamiento de la sangre .....	45
Circunstancias fuera del control de Health Alliance.....	45
Artículos de conveniencia o comodidad.....	45
Cirugía estética .....	45
Asesoramiento .....	45
Atención de convalecencia o cuidado asistencial .....	45
Servicios odontológicos .....	46
Artículos desechables.....	46
Equipo médico duradero, aparatos y dispositivos ortopédicos.....	46
Tratamientos, procedimientos, medicamentos, dispositivos y trasplantes experimentales .....	46
Anteojos, lentes de contacto y tratamiento refractario .....	47
Acondicionamiento físico .....	47
Responsabilidad gubernamental.....	47
Audífonos .....	47
Hipnoterapia .....	47
Actividades ilegales .....	47
Servicios para tratar la Infertilidad .....	47
Atención institucional .....	48
Obesidad .....	48
Procedimientos para revertir la esterilización.....	48
Servicios que no son médicamente necesarios.....	48
Lesiones de la piel.....	48
Bebidas suplementarias, vitaminas y productos para aumentar de peso.....	48
Otros artículos no cubiertos.....	49
<b>APELACIONES.....</b>	<b>49</b>
Revisión administrativa.....	49
Revisión de Necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención médica o eficacia.....	49
Revisión acelerada de una Necesidad médica.....	50
Revisión externa de apelaciones.....	50
Revisión de Necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención médica o eficacia.....	51
Revisión acelerada de una Necesidad médica.....	52
<b>QUEJAS.....</b>	<b>52</b>
<b>FINALIZACIÓN.....</b>	<b>52</b>
<b>COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....</b>	<b>54</b>
Definiciones .....	54
Normas de determinación del orden de beneficios .....	55
Efecto sobre los beneficios de este Plan .....	57
Derecho a recibir y divulgar información necesaria .....	57
Posibilidad de pago .....	58
<b>DERECHO DE RECUPERACIÓN .....</b>	<b>58</b>
<b>SUBROGACIÓN .....</b>	<b>58</b>
<b>PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD .....</b>	<b>58</b>
Uso de la información .....	58
Divulgación de la información .....	59
Sus derechos .....	59
<b>DISPOSICIONES GENERALES .....</b>	<b>60</b>
Beneficios .....	60

Error administrativo .....	60
Información genética.....	60
Renovación garantizada .....	60
Tarjeta de identificación de Health Alliance.....	60
Administradores de beneficios de atención médica .....	60
Internado en la Fecha de entrada en vigencia .....	60
Acción legal.....	61
Beneficiarios elegibles de Medicare.....	61
Nuevas tecnologías médicas.....	62
No discriminación.....	62
Avisos .....	62
Pago de reclamos .....	62
Reembolso prorrateado .....	63
Pago puntual de reclamos.....	63
Otras disposiciones .....	63
CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE GRUPO EMPLEADOR.....	64
Elegibilidad.....	64
Elección .....	64
Finalización de la cobertura .....	64
LEY FEDERAL DE CONCILIACIÓN DEL PRESUPUESTO COLECTIVO CONSOLIDADO DE 1985 (COBRA) .....	64
Huelga, cierre patronal u otras disputas laborales.....	72
GLOSARIO.....	72

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS**

### **Derechos**

- El derecho a recibir información de Health Alliance, los servicios que presta Health Alliance, los médicos y otros profesionales de la atención médica que Health Alliance contrata y los derechos y responsabilidades de los Miembros.
- El derecho a ser tratado con respeto y dignidad, y gozar del derecho a la privacidad.
- Derecho a participar en las decisiones que toman los Proveedores contratados sobre su atención médica.
- El derecho a tener una discusión sincera sobre las opciones de tratamiento apropiadas o Medicamento necesarias para tratar su afección, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
- El derecho a presentar quejas o apelaciones contra Health Alliance o la atención recibida.
- El derecho a realizar recomendaciones relacionadas con las políticas de derechos y responsabilidades de los Miembros de Health Alliance
- El derecho a tener acceso razonable a la atención médica

### **Responsabilidades**

- Responsabilidad de brindar la información (en la medida que sea posible) que Health Alliance y sus Proveedores contratados necesitan para brindar atención médica.
- Responsabilidad de respetar los planes y las instrucciones de atención que ha acordado con sus Proveedores.
- Responsabilidad de comprender sus problemas de salud y de participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente en la medida de lo posible.
- Responsabilidad de leer y comprender su Póliza, y de seguir las normas de membresía.
- Responsabilidad de conocer a los Proveedores de su red.
- Responsabilidad de informar a Health Alliance de manera oportuna cualquier cambio en su estado como Miembro o el de cualquiera de sus Dependientes cubiertos.

## **CÓMO FUNCIONA EL PLAN HEALTH ALLIANCE**

El Plan de beneficios de salud Health Alliance Individual Indemnity permite que usted y sus Dependientes cubiertos elijan dónde recibir los servicios de atención médica. Los servicios de atención médica se pagan conforme a la Descripción o el Resumen de beneficios y cobertura (SBC) del Plan de indemnización, hasta el cargo Máximo permitido después de alcanzar el Deducible individual o familiar. El Proveedor puede facturarle por cualquier monto hasta el cargo facturado después de que el Plan haya pagado su parte de la factura.

Asegúrese de que los reclamos de los proveedores no participantes se envíen a Health Alliance dentro de los 90 días desde la fecha del servicio. Los reclamos enviados después de un año desde la fecha del servicio no están cubiertos por el Plan (consulte la sección “Pago de reclamaciones”). Usted es responsable de presentar el reclamo o la factura a Health Alliance si el Proveedor no acepta enviar una reclamación en su nombre. El Proveedor le facturará directamente a usted la parte por la cual usted es responsable después de que el Plan haya determinado su pago.

Hay un directorio de proveedores donde se mencionan los proveedores participantes por especialidad con direcciones y números de teléfono disponible en [HealthAlliance.org](http://HealthAlliance.org). Haga clic en “Find a Doctor” (Buscar un médico) en el directorio del sitio. Le recomendamos que cree un perfil para ver los Proveedores específicos del plan y otra información del Plan. Si no tiene acceso a Internet o prefiere tener una copia impresa del directorio de proveedores, se le entregará una si la solicita. Si su Médico de atención primaria considera que necesita atención de un especialista u otro Proveedor, su Médico de atención primaria lo remitirá al Proveedor adecuado. Además, se requiere Autorización previa de Health Alliance para algunos tipos de atención.

### **Su relación con su Médico de atención primaria**

En el momento de la inscripción, deberá seleccionar un Médico de atención primaria. Deseamos que tenga una relación abierta y honesta con su Médico de atención primaria porque es este Médico el que dirigirá todas sus necesidades de atención médica. La lista de Proveedores participantes (Directorio de proveedores) de su Red de proveedores se encuentra disponible en [HealthAlliance.org/Guests/ProviderSearch](http://HealthAlliance.org/Guests/ProviderSearch) o le será enviada cuando la solicite.

Además de su Médico de atención primaria, las mujeres pueden seleccionar un Proveedor de atención médica principal de la mujer para que les brinde servicios cubiertos dentro del alcance de su certificación sin una derivación de un Médico de atención primaria. Se debe seleccionar el Proveedor de atención médica principal para mujeres de una lista de Proveedores participantes de su Red de proveedores.

En este Plan, se podrá seleccionar un Médico de atención primaria (alopático u osteopático) que se especialice en pediatría para sus niños Dependientes.

Puede cambiar su Médico de atención primaria o Proveedor de atención médica principal de la mujer llamando a Health Alliance al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de identificación de Health Alliance o escribiendo a Health Alliance. Health Alliance exige que los Médicos de atención primaria les proporcionen acceso o instrucciones a los pacientes cuando no estén disponibles o después del horario de atención. Los miembros de Health Alliance también tienen acceso a la Línea de asesoramiento al paciente; este número de teléfono se indica en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Alliance.

### **Relación entre Health Alliance y los Proveedores participantes**

Los Proveedores participantes son responsables de proporcionarle los servicios cubiertos mediante esta Póliza. Health Alliance celebró contratos con los Proveedores para que le proporcionen los servicios cubiertos. Health Alliance no proporciona servicios médicos ni toma decisiones sobre el tratamiento médico. Los Proveedores participantes son contratistas independientes y no agentes de Health Alliance. No les hemos proporcionado a los Proveedores participantes la autoridad para actuar en nombre de Health Alliance de ninguna manera o de hacer promesas o representaciones en su nombre. Los Proveedores participantes son responsables ante usted de los servicios que le proporcionan, incluidos los de atención médica cubiertos mediante esta Póliza. Ellos son

responsables de los servicios que le brindan a usted y de la forma y la habilidad con la que se prestan o suministran dichos servicios.

### **Atención especializada de Proveedores participantes y no participantes**

Si su Médico de atención primaria considera que la atención especializada es médicamente necesaria, podría derivarlo a un Proveedor especializado. En el Directorio de proveedores se enumeran Médicos, Hospitales y Proveedores de salud mental y de otra atención médica participantes por especialidad, con sus direcciones y números de teléfono. Su Médico de atención primaria determinará la cantidad de consultas necesarias para la atención especializada. Si tiene una afección médica que requiere atención especializada continua, puede solicitar a su Médico de atención primaria una remisión permanente. Una remisión permanente tendrá vigencia durante el período o la cantidad de consultas especificados por su Médico de atención primaria. Health Alliance alienta a nuestros Proveedores participantes a mantener una comunicación abierta sobre su atención y necesidades médicas. El Médico que lo deriva documentará la derivación y la información relacionada con su derivación en sus registros médicos. Si el médico especializado Participante requiere más información por escrito, será la responsabilidad del Médico que lo derive proporcionársela al especialista. Health Alliance no requiere la presentación de ninguna derivación para una visita a un médico especializado a menos que comprenda un procedimiento que exija una Autorización previa.

Si los servicios especializados que necesita no están disponibles con un Proveedor participante de la Red de su Plan de salud Health Alliance Northwest, necesitará una derivación de su Médico de atención primaria y la Autorización previa de Health Alliance para la cobertura de los servicios especializados en el nivel de beneficios del Proveedor participante. Las mujeres pueden obtener servicios de un Proveedor de atención médica principal de la mujer sin una derivación de un Médico de atención primaria.

### **Cobertura de atención médica continua con Médicos cuyos contratos finalizan**

Si el contrato del Médico que lo atiende termina con Health Alliance, es posible que sea elegible para la cobertura de tratamiento continuo con dicho Médico durante un período de transición si se encuentra en un tratamiento continuo o si está embarazada. Se deben cumplir las siguientes condiciones, a menos que Health Alliance apruebe lo contrario: la finalización del Médico no implicó posible daño a un paciente o medida disciplinaria por parte de una junta de certificación estatal; el Médico permanece en su Área de servicio; y el Médico acuerda cumplir con los términos y las condiciones del contrato que finaliza. Debe comunicarse con el Departamento de Servicio al cliente llamando al 1-866-247-3296 dentro de los 30 días después de recibir el aviso de finalización si desea cobertura de atención médica continua con un Médico cuyo contrato finaliza.

- **Tratamiento continuo**

Si se encuentra en un tratamiento en curso, Health Alliance cubrirá el tratamiento continuo con su Médico durante un período de 60 días. El período de 60 días comienza en la fecha en que recibe el aviso de Health Alliance de que el contrato de su Médico con Health Alliance está finalizando.

- **Atención de maternidad**

Si está embarazada e ingresó en el segundo o tercer trimestre de su embarazo para la fecha de finalización de su Médico, Health Alliance cubrirá la atención médica continua con dicho Proveedor en su nivel de cobertura anterior hasta la atención médica posparto.

### **Cobertura de atención médica continua con Médicos de atención primaria**

Si el contrato de su Médico de atención primaria con Health Alliance llega a su fin, es posible que sea elegible para la cobertura de tratamiento continuo con dicho Médico durante un período de transición. Se deben cumplir las siguientes condiciones, a menos que Health Alliance apruebe lo contrario: la finalización del Médico no implicó posible daño a un paciente o medida disciplinaria por parte de una junta de certificación estatal; el Médico permanece en su Área de servicio; y el Médico acuerda cumplir con los términos y las condiciones del contrato que finaliza. Debe comunicarse con el Departamento de Servicio al cliente llamando al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de identificación de Health Alliance dentro de los 30 días después de recibir el aviso de finalización si desea cobertura de atención médica continua con un Médico cuyo contrato finaliza.

### **Cobertura de atención médica continua para Miembros nuevos**

Si el Médico que lo atiende no es un Proveedor participante de la Red del Plan de atención médica de Health Alliance Northwest, es posible que sea elegible para la cobertura de tratamiento continuo durante un período de transición con dicho Médico si se encuentra en un tratamiento en curso o si está embarazada. Su Médico debe acordar aceptar tarifas de reembolso como los otros Proveedores participantes de la Red del Plan de atención médica de Health Alliance Northwest y cumplir con los requisitos de control de calidad, las políticas y los procedimientos de Health Alliance, a menos que Health Alliance apruebe lo contrario.

Debe comunicarse con el Departamento de Servicio al cliente dentro de los 15 días posteriores a la Fecha de entrada en vigencia de cobertura si desea recibir cobertura continua de atención con su Médico no participante.

- **Tratamiento continuo**

Si se encuentra en un tratamiento en curso, Health Alliance cubrirá el tratamiento continuo con su Médico tratante durante un período de 90 días desde su Fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

- **Atención de maternidad**

Si está embarazada e ingresa en el segundo o tercer trimestre de su embarazo para la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, Health Alliance cubrirá la atención médica con el médico que la está atendiendo hasta que termine la atención médica posparto.

### **AUTORIZACIÓN PREVIA**

#### **Procedimiento de autorización previa para proveedores participantes**

Su Médico de atención primaria o Proveedor participante es responsable de obtener la Autorización previa de Health Alliance en su nombre. Si se aprueba la solicitud de Autorización previa, usted y el Médico de atención primaria o el Proveedor participante que solicitó la Autorización previa serán informados sobre las fechas de entrada en vigencia, y la atención médica y los servicios que usted está autorizado a recibir. Si se rechaza la solicitud de Autorización previa, tanto usted como su Médico de atención primaria y el Proveedor participante serán informados por escrito. Si se rechaza la solicitud de Autorización previa, el Plan no proporcionará cobertura para los servicios solicitados.

#### **Procedimiento de autorización previa para proveedores no participantes**

Cuando recurre a Proveedores no participantes, usted es responsable de garantizar que todos los servicios indicados estén Autorizados previamente antes de recibir el servicio.

Si se aprueba la solicitud de Autorización previa, usted y su Proveedor serán informados sobre las fechas de entrada en vigencia, y el tipo de atención médica y servicios que está autorizado a recibir. Una vez que vence su aprobación de Autorización previa, usted es responsable de informarle a su Proveedor, para que pueda determinar si se necesita más atención médica y, de ser así, enviar otra solicitud de Autorización previa a Health Alliance.

Si se rechaza su solicitud de Autorización previa, puede solicitar una apelación de la denegación. (Consulte “Apelaciones” y “Revisión de una Necesidad médica”). Si su solicitud de Autorización previa es denegada sobre la base de la Necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención médica o eficacia, y ha agotado el proceso de apelaciones internas, también tiene derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise dicha decisión. (Consulte “Revisión externa de apelaciones”).

Si se rechaza su solicitud de Autorización previa para la atención médica de urgencia, tiene derecho a una apelación interna acelerada de la denegación. (Consulte “Apelaciones” y “Revisión acelerada de una Necesidad médica”). Si su Médico u otro Proveedor de atención médica consideran que la denegación de la cobertura de los servicios de atención médica o el plazo para completar una revisión interna acelerada pondrían en peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, usted tiene derecho a solicitar que una organización de revisión independiente realice una revisión acelerada. Si se rechaza su solicitud de Autorización previa debido a un tratamiento experimental o de investigación y su Médico certifica por escrito que el tratamiento sería



significativamente menos eficaz si no se iniciara de manera inmediata, usted puede solicitar una revisión externa acelerada de la denegación en el mismo momento que solicita una apelación interna acelerada de la denegación. (Consulte “Revisión externa de apelaciones” y “Revisión acelerada de una Necesidad médica”).

**La autorización previa se puede iniciar llamando a Health Alliance al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Alliance.**

### **Servicios de atención médica que requieren Autorización previa**

La Autorización previa le brinda la seguridad de que una hospitalización, una intervención o un suministro tendrán la cobertura del Plan. No se cubrirán los servicios de atención médica que no sean Médicamente necesarios. Los servicios que requieren Autorización previa no se cubrirán si los recibe antes de la aprobación de la solicitud de Autorización previa y luego se determina que los servicios no eran Médicamente necesarios.

Para saber qué procedimientos o suministros necesitan una Autorización previa, visite el sitio web de Health Alliance, HealthAlliance.org, inicie sesión en su cuenta, haga clic en la pestaña “Authorizations” (Autorizaciones) y seleccione “Medical or Durable Medical Supplies” (suministros médicos o suministros médicos duraderos”) en el menú de la derecha, o bien comuníquese con Health Alliance llamando al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de identificación de Health Alliance.

Los servicios que no requieren Autorización previa incluyen, entre otros, una visita de evaluación y control, o cualquiera de las primeras seis (6) visitas de tratamiento dentro de un Episodio de atención, con un Proveedor participante para quiropráctica, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia auditiva, terapia de masajes y medicina de Asia oriental que sean médicamente necesarias. Sin embargo, estos servicios están sujetos a límites de tratamiento cuantitativos, tal como se describe en esta póliza.

Al recibir tratamiento en una agencia de salud conductual que ofrece tratamiento de Trastornos por abuso de sustancias con hospitalización o residencial, tendrá cobertura por no menos de dos (2) días hábiles, excluidos los fines de semana y feriados, antes de cualquier Autorización previa o revisión de utilización.

Al recibir tratamiento en una agencia de salud conductual que ofrece servicios de manejo de abstinencia, tendrá cobertura por no menos de tres (3) días antes de cualquier Autorización previa o revisión de la utilización.

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Puede usar Proveedores no participantes y que los beneficios sean pagados al nivel de Proveedor participante únicamente cuando los servicios no están disponibles a través de un Proveedor participante y si ha recibido Autorización previa de Health Alliance o en una emergencia médica. Es decir que el Plan pagará al nivel de beneficio de un Proveedor participante por servicios No participantes únicamente si obtiene Autorización previa antes de recibir el tratamiento. La única excepción a esta regla es en caso de Atención de emergencia médica requerida para tratar y estabilizar una emergencia médica, que estará cubierta al mismo nivel que los servicios recibidos a través de un Proveedor participante.**

### **Notificación de Servicios de emergencia**

Si es tratado o queda internado por una Afección médica de emergencia, debe avisar a Health Alliance llamando al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de identificación de miembro dentro de las 48 horas, o tan pronto como sea razonablemente posible, después de que comience la atención médica.

## **DECISIONES DE COBERTURA**

### **Decisiones de atención simultánea**

Toda reducción o finalización antes del final de un período aprobado, tiempo de internación o cantidad de tratamientos se considera una denegación de la cobertura. Se le informará por escrito con suficiente anticipación sobre la reducción o cancelación para darle tiempo a usted o a su representante autorizado para apelar la decisión

de atención simultánea y obtener una determinación sobre la revisión antes de que se reduzca o cancele la cobertura.

### **Decisiones de cobertura (reclamos posteriores al servicio)**

Health Alliance tomará una decisión de cobertura dentro de los 30 días de la recepción de un reclamo para el pago o el reembolso de los servicios de atención médica que ya se han brindado. Cuando se rechaza algún servicio, usted o su representante autorizado serán notificados por escrito.

Si el Plan necesita información adicional para tomar una decisión, Health Alliance les informará a usted o a su representante autorizado sobre la información específica necesaria dentro de los 30 días de la recepción del reclamo. El período de determinación se puede extender una vez por 15 días, debido a circunstancias fuera del control de Health Alliance. Usted o su representante autorizado serán notificados por escrito sobre el motivo de la extensión.

## **ELEGIBILIDAD, INSCRIPCIÓN Y FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA**

Las personas deben cumplir con los siguientes requisitos para ser elegibles para la inscripción en el Plan:

### **Titular de la póliza**

El Titular de la póliza debe ser un Empleado de buena fe contratado en forma regular y permanente por el Grupo Empleador que se inscribe conforme al Plan de salud del Grupo con Health Alliance. El titular de la póliza debe vivir o trabajar en el área del servicio del Plan del Grupo Empleador y está sujeto a todos los términos y condiciones del Acuerdo de inscripción grupal.

### **Dependiente**

Un Dependiente puede ser elegible para inscribirse conforme al Plan de Health Alliance del Grupo Empleador para la cobertura si tiene una de las siguientes relaciones con el Titular de la póliza:

- Es su Cónyuge legal.
- Es su hijo de nacimiento, adoptado legalmente o hijastro.
- Es un niño del cual usted o su cónyuge legal son tutores legales designados por el tribunal.
- Es un niño colocado bajo su tutela o la de su cónyuge legal o en adopción. Colocación o colocado significan que usted asume la manutención total o parcial del niño. Si la colocación del niño termina, a partir de la finalización, el niño ya no será elegible para recibir los beneficios conforme al Plan.
- Es Pareja de hecho.

Algunos ejemplos de Dependientes que no son elegibles para la cobertura conforme al Plan son, entre otros, nietos (salvo que usted sea el tutor legal), padres y otros familiares.

Una persona no es un Dependiente elegible si está en servicio activo en las Fuerzas Armadas o la Guardia Nacional de cualquier país.

Un menor Dependiente elegible debe tener menos de 26 años, independientemente de su condición como estudiante o conforme se especifique de otro modo en esta Póliza.

Un Dependiente elegible puede seguir recibiendo cobertura dentro del Plan si, al llegar a la edad límite y debido a una discapacidad física o del desarrollo, el Dependiente no es capaz de trabajar para autosustentarse y depende de sus padres u otros Proveedores de atención médica para la el apoyo y el mantenimiento de por vida. Health Alliance puede solicitar evidencia documentada de la incapacidad y dependencia. Las solicitudes no se realizarán con una frecuencia mayor que anual, después de un período de dos años una vez que el Dependiente alcanza la edad límite.

### **Empleado jubilado inscrito en planes de Health Alliance Medicare**

Si un empleado jubilado cuenta con cobertura de este Plan, o cobertura dentro de un plan Medicare Advantage o Medicare Supplement administrado por Health Alliance, su cónyuge dependiente o los hijos dependientes pueden continuar recibiendo la cobertura de este Plan si:

- El cónyuge o los hijos dependientes tenían cobertura dentro del Plan del Grupo Empleador al momento de la jubilación del empleado.
- El cónyuge o los hijos dependientes siguen cumpliendo con los requisitos de elegibilidad para recibir la cobertura para dependientes.
- O como lo especifique el Acuerdo de Inscripción Grupal.

### **Empleados activos inscritos en Medicare**

Además de este Plan, el Grupo Empleador puede ofrecer un plan Medicare Advantage o Medicare Supplement a los Empleados activos que sean elegibles para Medicare y Medicare sea el pagador principal. Si se ofrece, este plan también estará disponible para el Cónyuge legal y los hijos Dependientes del Empleado. Si su Empleador le ofrece esta opción, puede optar por:

- inscribirse en este Plan;
- inscribirse en el plan Medicare Advantage del Grupo Empleador; o
- inscribirse en el plan Medicare Supplement del Grupo Empleador.

Si opta por inscribirse en el plan Medicare Advantage o Medicare Supplement del Grupo Empleador, las personas elegibles que no estén inscritas en Medicare pueden inscribirse en este Plan grupal de Health Alliance.

Comuníquese con su empleador para informarse sobre su elegibilidad para el plan Medicare Advantage o Medicare Supplement de Grupo Empleador.

### **Inscripción inicial**

Si cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en las subsecciones “Titular de la póliza” o “Dependiente” y también cumple con los requisitos de elegibilidad del Grupo Empleador, puede inscribirse enviando un formulario de solicitud completo a su empleador dentro de los 31 días de su fecha de elegibilidad.

### **Inscripción abierta**

Un Grupo Empleador puede tener un período de Inscripción abierta en el que los Empleados elegibles y sus Dependientes elegibles pueden inscribirse en el Plan presentando un formulario de solicitud de inscripción completado a su empleador dentro de los 31 días de la fecha de renovación del Grupo Empleador.

### **Fecha de entrada en vigencia**

La fecha de entrada en vigencia de la cobertura conforme a este Plan depende de los requisitos de elegibilidad del Grupo Empleador. Los requisitos de elegibilidad se detallan en el Acuerdo de Inscripción Grupal entre el Grupo Empleador y Health Alliance. Este Plan seguirá vigente durante el plazo indicado en el Acuerdo de Inscripción Grupal a menos que sea cancelado o anulado en una fecha anterior por usted, su Grupo Empleador o Health Alliance.

### **Período de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP)**

La ley federal y esta Póliza describen disposiciones de inscripción especial que establecen un período en el cual usted tiene la opción de inscribirse en un Plan del Grupo Empleador o cambiar de plan cuando usted o sus Dependientes experimenten un evento que califica.

Para ser elegible para inscribirse por estos eventos que califican, debe presentar una solicitud por escrito a su empleador en la que le solicite cambios en su cobertura dentro de los 60 días posteriores al evento. Una vez transcurrido el período de 60 días, no se aceptará ninguna solicitud para que usted o sus Dependientes se incorporen al Plan. Usted o sus Dependientes elegibles pueden inscribirse en cualquier paquete de beneficios

dentro del Plan. Es posible que deba presentar documentación de respaldo que justifique el cambio en la inscripción.

Usted y sus Dependientes son elegibles para un período de inscripción especial de 60 días cuando ocurra alguno de los siguientes eventos que califican:

- Usted o sus Dependientes son elegibles para un período de inscripción especial en otro plan de salud grupal patrocinado por el empleador si ya no es elegible para el Plan porque deja de vivir o trabajar en el Área de servicio y no hay otra opción de plan de beneficios disponibles en el Plan. La Fecha de entrada en vigencia de la cobertura se ve afectada por la fecha del evento que califica. Si la fecha del evento que califica recae dentro del plazo de los días 1 a 15 del mes, la Fecha de entrada en vigencia es el primer día del mes posterior a la fecha del evento que califica. Si la fecha del evento que califica recae dentro del plazo del día 16 al final del mes, la fecha de entrada en vigencia es el primer día del segundo mes posterior a la fecha del evento que califica.
- Si usted o sus Dependientes elegibles agotan la continuación de la cobertura estatal o de COBRA, usted y sus Dependientes elegibles que pierden la cobertura pueden inscribirse en el Plan. La Fecha de entrada en vigencia de la cobertura se ve afectada por la fecha del evento que califica. Si la fecha del evento que califica recae dentro del plazo de los días 1 a 15 del mes, la Fecha de entrada en vigencia es el primer día del mes posterior a la fecha del evento que califica. Si la fecha del evento que califica recae dentro del plazo del día 16 al final del mes, la fecha de entrada en vigencia es el primer día del segundo mes posterior a la fecha del evento que califica.
- Si tiene un nuevo Dependiente por una orden judicial, usted puede inscribirse en el Plan e inscribir a su cónyuge legal elegible, al nuevo Dependiente y a cualquier otro niño dependiente elegible que no esté actualmente inscrito. La Fecha de entrada en vigencia de la cobertura para usted o sus Dependientes incorporados en el marco de este evento que califica es la fecha del evento que califica, el primer día del mes inmediatamente posterior al mes del evento que califica o, si lo solicita, una Fecha de entrada en vigencia regular. Si se solicita la inscripción entre el primero y el decimoquinto día del mes, la fecha de entrada en vigencia es el primer día del mes siguiente, después de la inscripción solicitada. Si se solicita la inscripción entre el decimosexto y el último día del mes, la Fecha de entrada en vigencia es el primer día del segundo mes posterior a la inscripción solicitada.
- Si su inscripción o no inscripción, o bien la de sus Dependientes elegibles, en un plan de salud calificado no es intencional, es involuntaria o errónea y es el resultado de un error, una tergiversación intencional o una inacción de un funcionario, empleado, agente del Mercado de seguros de salud para Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS), o sus instrumentos, según lo evaluado y determinado por el Mercado de seguros de salud. En dichos casos, el Mercado de seguros de salud podría tomar las medidas necesarias para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación intencional o inacción. La Fecha de entrada en vigencia de la cobertura para usted o su Dependiente incorporado en el marco de este evento que califica es la fecha del evento que califica o, si lo solicita, una Fecha de entrada en vigencia regular. Si se solicita la inscripción entre el primero y el decimoquinto día del mes, la fecha de entrada en vigencia es el primer día del mes siguiente, después de la inscripción solicitada. Si se solicita la inscripción entre el decimosexto y el último día del mes, la Fecha de entrada en vigencia es el primer día del segundo mes posterior a la inscripción solicitada.
- Si usted tiene otra cobertura (como un plan que ofrece el empleador de su cónyuge legal) y pierde la cobertura como resultado de un evento que califica (por ejemplo, muerte, separación legal, divorcio), usted y sus dependientes elegibles pueden inscribirse en el Plan. La Fecha de entrada en vigencia será el día inmediatamente posterior al evento que califica.
- Si usted o sus Dependientes pierden la cobertura involuntariamente debido a que ya no reúnen los requisitos de elegibilidad, lo que puede incluir, por ejemplo, pérdida de la cobertura por desvinculación

del empleo, una reducción en la cantidad de horas de trabajo, el fin de los aportes de su empleador, el fin de una clase de cobertura, o recibe un aviso de pérdida de la cobertura esencial mínima, usted y sus Dependientes elegibles pueden inscribirse en el Plan. Su cobertura anterior debe cumplir con los estándares de cobertura esencial mínima para que la pérdida de cobertura se considere un evento que califica. Tiene 60 días antes o 60 días después de la pérdida de cobertura para elegir un Plan. La Fecha de entrada en vigencia de la cobertura para usted o sus Dependientes incorporados en el marco de este evento que califica es el día siguiente a la fecha del evento que califica.

- En caso de mudanza permanente, usted o sus dependientes elegibles deben haber tenido una cobertura calificada que cumpliera con los estándares mínimos de cobertura esencial durante uno o más días dentro de los 60 días anteriores a la mudanza (o haber vivido en un país extranjero o en un territorio de los Estados Unidos) para que a esto se lo considere un evento que califica. Tiene 60 días antes o 60 días después de una mudanza permanente para elegir un Plan. Si se elige el Plan antes de la mudanza, la Fecha de entrada en vigencia es el primer día del mes posterior al evento que califica. Si se elige el Plan después de la mudanza, la fecha de entrada en vigencia sería el primer día del segundo mes posterior al mes del evento calificado.
- Si usted es elegible para la cobertura, pero no está inscrito en este Plan y su cobertura o la del Programa de seguro médico para niños (CHIP) estatal o de Medicaid de su Dependiente finalizan como resultado de la pérdida de elegibilidad, usted y sus Dependientes elegibles pueden inscribirse en el Plan. La Fecha de entrada en vigencia de la cobertura para usted o sus Dependientes incorporados en el marco de este evento que califica es el primer día del mes siguiente a la fecha en que se recibe la solicitud.
- Si usted o sus Dependientes pasan a ser elegibles o no elegibles para un subsidio de asistencia con las primas dentro de Medicaid o CHIP, usted y sus Dependientes elegibles pueden inscribirse en el Plan. La Fecha de entrada en vigencia de la cobertura para usted o sus Dependientes incorporados en el marco de este evento que califica es el primer día del mes siguiente a la fecha en que se recibe la solicitud.
- Si usted o sus Dependientes elegibles están inscritos en un Plan elegible patrocinado por el empleador que no se considera cobertura calificada, puede cancelar la cobertura actual e inscribirse en el Plan. La Fecha de entrada en vigencia de la cobertura para usted o sus Dependientes incorporados en el marco de este evento que califica es el primer día del mes siguiente a la fecha en que se recibe la solicitud.
- Si adquiere o se convierte en un nuevo Dependiente por matrimonio, o una Sociedad doméstica, usted puede inscribirse en el Plan o inscribir a su nuevo Cónyuge legal y los Dependientes elegibles. La fecha de entrada en vigencia de la cobertura para usted o su dependiente elegible incorporado en el marco de este evento que califica es la fecha del evento que califica.
- Si tiene un nuevo Dependiente por nacimiento, acogida, colocación, adopción o colocación de un niño en espera de la adopción legal, usted puede inscribirse e inscribir a su Cónyuge legal elegible, al niño recién nacido o recientemente adoptado, y a cualquier otro niño Dependiente elegible que no esté actualmente inscrito en el Plan. La fecha de entrada en vigencia de la cobertura para usted o su Dependiente incorporado en el marco de uno de estos eventos que califican es la fecha del evento que califica o, si lo solicita, una Fecha de entrada en vigencia regular. Si se solicita la inscripción entre el primero y el decimoquinto día del mes, la fecha de entrada en vigencia es el primer día del mes siguiente, después de la inscripción solicitada. Si se solicita la inscripción entre el decimosexto y el último día del mes, la Fecha de entrada en vigencia es el primer día del segundo mes posterior a la inscripción solicitada.

No existe una oportunidad de inscripción especial permisible para una persona por falta de pago puntual de las primas, incluidas las primas de COBRA antes del vencimiento de la cobertura de COBRA o alguna situación que permita la rescisión de la cobertura.

### **Orden de manutención médica infantil calificada**

Si una orden judicial o administrativa ordena que un padre que está inscrito en este Plan proporcione cobertura de atención médica para su hijo, el Plan:

- (1) Luego de recibir la copia de la orden y la solicitud, permitirá al padre cubierto que inscriba al niño que es elegible de otra manera para recibir la cobertura del Plan; o
- (2) inscribirá al niño en el Plan luego de la solicitud del otro padre del niño, la agencia estatal que administra el programa Medicaid o la agencia estatal que administra un programa para el cumplimiento de la manutención infantil y la determinación de la paternidad según la ley federal (u otro programa de cumplimiento de la manutención infantil), si el padre está inscrito en el Plan pero no solicita la inscripción del niño, según lo establecido por la orden.

El Plan no podrá exigir requisitos distintos a los requisitos aplicables a los beneficiarios de cualquier otro Miembro del Plan a una agencia estatal que haya recibido los derechos de un inscrito en el Plan que recibe beneficios de Medicaid.

Su empleador le informará si el Dependiente es elegible para la cobertura dentro de los 31 días de la recepción de la orden. Si el Grupo Empleador ofrece más de una opción de Plan, el dependiente será inscrito en el mismo Plan en el que está inscrito el titular de la póliza. La elegibilidad del Dependiente para inscribirse será según los mismos términos y condiciones que otros Dependientes del Plan. Su empleador no necesita que usted apruebe la incorporación de un Dependiente al Plan. Los niños cubiertos por una Orden de manutención médica infantil calificada y que residen en un Área de servicio de Health Alliance diferente al Área de servicio de Health Alliance del Titular de la póliza recibirán los mismos beneficios cubiertos que el Titular de la póliza al utilizar Proveedores contratados en el Área de servicio de Health Alliance del Dependiente y conforme a los requisitos del Plan.

El Dependiente puede designar a otra persona, como un progenitor con la custodia o un tutor legal, para que reciba la póliza, la Descripción de la cobertura, el SBC y el reembolso de los reclamos, los formularios de explicación de los beneficios y otros materiales del Plan.

Si su empleador determina que la orden no es una Orden de manutención infantil médica calificada, cada Dependiente especificado en la orden y que tiene derecho a inscribirse en el Plan puede presentar una apelación por escrito al empleador. El empleador deberá responder por escrito dentro de los 31 días de haber recibido la apelación.

El Plan no podrá cancelar la inscripción (ni finalizar de otra manera la cobertura) del Dependiente a menos que el Plan reciba evidencia satisfactoria por escrito de alguna de las siguientes situaciones:

- La orden judicial o administrativa ya no está vigente.
- El niño está o estará inscrito en un plan de atención médica comparable que consiguió el padre según dicha orden y la inscripción está actualmente vigente o estará vigente antes de la fecha en que termine la cobertura del Plan.

La cobertura conforme a una orden judicial o administrativa está sujeta a las disposiciones de la sección “Finalización” de esta Póliza.

La inscripción de un Dependiente en respuesta a una Orden de manutención infantil médica calificada debe realizarse de acuerdo con las especificaciones de la orden, independientemente de las fechas normales de inscripción.

### **Recién nacidos, niños adoptados, niños colocados en adopción o niños colocados bajo tutela**

Si usted es la madre biológica que paga las primas para la cobertura individual (solo Empleado), su bebé recién nacido recibe cobertura inicialmente desde el nacimiento por un período de tres semanas como mínimo o el

período en que se admite a la madre para el nacimiento del bebé, según el que sea más prolongado. Health Alliance debe ser notificada del nacimiento para aplicar esta cobertura inicial. Para que el recién nacido siga teniendo cobertura después del período inicial de cobertura, usted debe enviar un formulario de solicitud a su empleador para agregar al niño dentro de los 60 días posteriores al nacimiento. Si está pagando primas para la Cobertura familiar, su hijo Recién nacido está cubierto durante los primeros 60 días del nacimiento. Si se requiere el pago de una prima adicional, la cobertura después de los 60 días dependerá de la presentación de un formulario de solicitud completo a su empleador y el pago de una prima adicional dentro de los 60 días posteriores al nacimiento. La cobertura para el Recién nacido incluirá enfermedad, Lesión, defectos congénitos, anomalías de nacimiento y nacimiento prematuro. Un Recién nacido de un hijo Dependiente no está cubierto.

Si adopta un niño, actúa como tutor legal de un niño, se da a un niño en adopción o se coloca un niño para cuidado bajo tutela, la cobertura puede estar sujeta a la presentación de la documentación por escrito acompañada de una solicitud completada dentro de los 60 días posteriores a la fecha del pedido o acuerdo. Los ejemplos de documentación admitida y por escrito incluyen una orden judicial provisional, una orden definitiva de adopción, custodia o colocación en adopción o bajo tutela firmada por un juez.

Las primas para la cobertura de un recién nacido, un niño adoptado, colocado en adopción o bajo tutela serán pagaderas desde la fecha de elegibilidad y se deben pagar dentro de los 60 días desde la fecha en que se recibe la solicitud de cobertura.

## **BENEFICIOS MÁXIMOS Y GASTOS QUE PAGA DE SU BOLSILLO**

### **Copago, coseguro y deducible**

Todos los montos correspondientes a Copagos, coseguro y deducibles se especifican en la Descripción de la cobertura o el SBC. Cualquier Coseguro de Proveedores participantes se basa en el monto que el Proveedor participante acordó aceptar con Health Alliance como pago total por el servicio, que se denomina monto de descuento o permitido. El Coseguro para los Proveedores no participantes se basa en el Cargo máximo permitido (Maximum Allowable Charge, MAC) por el servicio, no en el cargo facturado. Usted deberá pagar los gastos que superen el monto del Cargo máximo permitido (MAC).

### **Monto máximo que paga de su bolsillo**

El Monto máximo que paga de su bolsillo para una persona y una familia se especifican en la Descripción de la cobertura o el SBC. Estos son los montos máximos que debe pagar en Copagos, coseguro y deducibles por los Servicios básicos de atención médica durante el año del Plan.

Se cancelará todo Deducible, copago o coseguro por servicios básicos de atención médica que supere el monto Máximo que paga de su bolsillo por el resto del año del Plan. Si cree que ha pagado montos correspondientes a un Copago, coseguro o deducible después de haber alcanzado el Monto máximo que paga de su bolsillo, puede solicitar una revisión de su reclamo. Las solicitudes de análisis de reclamo deben presentarse a Health Alliance antes del final del Año del Plan, o tan pronto como sea razonablemente posible. Health Alliance no es responsable del reembolso de pagos excesivos ya que los pagos se le hacen al proveedor. Los reembolsos de pagos deben solicitarse a su proveedor.

Cualquier monto de Copago, coseguro o deducible por Servicios no básicos de atención médica que no se aplican al Monto máximo que paga de su bolsillo se especifican en la Descripción de la cobertura o el SBC. Los pagos de artículos o servicios no cubiertos y los montos que superen el cargo Usual, común y razonable no se aplican al Monto máximo que paga de su bolsillo.

### **Beneficio máximo del Año del Plan**

El Beneficio máximo del año del plan es el monto total de beneficios para una persona en beneficios de salud no esenciales y se especifica en la Descripción de la Cobertura o el SBC. Este es el monto máximo que el Plan pagará por los servicios médicos especificados durante el Año del Plan.

**Beneficio máximo de por vida**

El Beneficio máximo de por vida es el monto total de beneficios para una persona en Beneficios de salud no esenciales específicos, y se lo especifica en la Descripción de la cobertura o el SBC. Este es el monto máximo que el Plan pagará por los servicios médicos especificados de por vida. Deberá reembolsarle al Plan todos los montos que superen el Máximo de por vida pagados por el Plan en su nombre.

**PRIMAS****Pago de las primas**

Usted, o cualquier persona que pague en su nombre, debe enviar la prima especificada a Health Alliance antes de la fecha de vencimiento. Usted tiene derecho a los beneficios conforme a esta Póliza solo si Health Alliance recibe el monto total de la prima dentro del plazo establecido.

**Revisión de las tarifas de las primas**

Las tarifas de las primas están sujetas a cambios todos los años en la fecha de renovación del Año del Plan. Se le enviará un aviso de cambio en las tarifas anuales de las primas, al menos 31 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio. Las tarifas también pueden estar sujetas a cambios durante un Año del Plan debido a un cambio en la edad, la cantidad de Dependientes elegibles o la ubicación geográfica. Cualquier revisión de las tarifas que se base en cambios durante el Año del Plan entrará en vigencia el primer día del mes siguiente después del cambio.

Health Alliance se reserva el derecho de cambiar las tarifas de las primas si las leyes estatales o federales exigen un cambio en los beneficios u otras condiciones de cobertura. El aviso por escrito se enviará, al menos, 31 días antes del cambio en las tarifas de las primas.

Comuníquese con Health Alliance al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de identificación de Health Alliance para hacer cualquier pregunta sobre su factura o para confirmar cualquier cambio de tarifas.

**Fecha de vencimiento de la prima**

La primera prima mensual debe pagarse en la Fecha de entrada en vigencia de esta Póliza o antes de esta fecha, y las primas sucesivas deben pagarse en la fecha de vencimiento o antes, sujetas a las disposiciones del período de gracia y del Período de inscripción especial.

**Período de gracia**

Si usted o alguien que paga en su nombre no paga la prima dentro de los 31 días después de su fecha de vencimiento, esta Póliza se cancelará automáticamente y usted no tendrá derecho a los beneficios. Durante el período de gracia, si usted recibe servicios, seguirá siendo responsable del pago de la prima por el tiempo en que la cobertura estuvo en vigencia, así como de cualquier Copago, Coseguro o Deducible adeudado por servicios recibidos durante el período de gracia.

**Primas no pagadas**

Toda prima vencida y no pagada podrá ser deducida del pago de un reclamo conforme a esta Póliza.

**Restablecimiento**

En caso de que la prima no se pague dentro del plazo establecido, incluido cualquier período de gracia, y la cobertura finalice, el restablecimiento de la cobertura conforme a esta Póliza estará sujeto a los períodos de inscripción descritos en esta Póliza.

**Primas compuestas v. por miembro**

Su Grupo empleador tiene la opción de elegir entre primas por miembro o compuestas. Si su Grupo empleador elige primas compuestas, esto significa que el monto de la prima promedio se calcularía al comienzo del año del Plan. No se permitiría una variación en el monto de la prima para los Miembros durante el año del Plan para el Plan elegido, aun cuando la composición del Grupo empleador cambiara. Health Alliance recalcularía la prima



promedio del Miembro para el Grupo empleador solo tras la renovación.

## **LO QUE ESTÁ CUBIERTO**

**Los siguientes servicios de atención médica están cubiertos por esta Póliza y sujetos a los Copagos, Coseguros, Deducibles y beneficios del Máximo del Año del Plan especificados en la Descripción de la cobertura o el SBC.**

Los gastos por los servicios de atención médica, incluidos los Servicios básicos de atención médica, están cubiertos solo si los servicios son Médicamente Necesarios para el tratamiento, el mantenimiento o la mejora de su salud. Algunos de los servicios de atención médica están sujetos a la Autorización previa de Health Alliance y a una determinación de que se cumplió con los criterios.

Las políticas médicas fueron desarrolladas como una guía para determinar la Necesidad médica. Estas políticas médicas establecen los criterios que deben cumplirse antes de que se proporcione la cobertura de algunos servicios de atención médica cubiertos por esta Póliza. Las políticas médicas se encuentran disponibles en el sitio web de Health Alliance, HealthAlliance.org, en la sección “Medical and Pharmacy Policies” (Políticas médicas y de farmacia); o bien, puede solicitar una copia en papel de una política médica. Para ello, póngase en contacto con Health Alliance llamando al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de identificación de Health Alliance.

Si no está seguro si una prueba de diagnóstico o un tratamiento estarán cubiertos, llame a Health Alliance al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de identificación de Health Alliance para verificar los requisitos de Autorización previa y cobertura antes de recibir los servicios.

### **Aborto**

Los servicios, medicamentos o suministros relacionados con abortos están cubiertos. Consulte las secciones tituladas Cargo por cirugía/procedimientos en consultorio para pacientes externos y Servicios del cirujano/médico de cirugía/procedimientos para pacientes externos de la Descripción de la cobertura para obtener más información sobre la parte del costo.

### **Acupuntura**

El tratamiento de acupuntura y medicina oriental está cubierto cuando se determina que es médicamente necesario. Las consultas de acupuntura están sujetas a las limitaciones mencionadas en la Descripción de la cobertura o el SBC. Las consultas de acupuntura por Dependencia a químicos no están sujetas a las limitaciones mencionadas en la Descripción de la cobertura. Estas consultas seguirán teniendo cobertura cuando sean Médicamente necesarias, sin limitación en el beneficio. Consulte la sección titulada Otros servicios cubiertos en la descripción de la cobertura si desea conocer información sobre su parte del costo, así como los Beneficios máximos por año de contrato para conocer limitaciones en las consultas.

### **Opinión adicional**

Se cubre una consulta con un cirujano certificado por la junta después de recibir una recomendación para una cirugía. Si una segunda opinión no confirma la opinión del cirujano principal, se cubre una tercera opinión. Consulte las secciones tituladas Visitas al consultorio del médico de atención primaria y Visitas al consultorio del médico especializado de la Descripción de la cobertura para conocer información sobre su parte del costo.

### **Pruebas y tratamiento para alergias**

Las pruebas y el tratamiento para alergias están cubiertos cuando se determina que son Médicamente necesarios. Consulte las secciones tituladas Tratamiento para alergias y pruebas de la Descripción de la cobertura para obtener información sobre su parte del costo.

## **Ambulancia**

- **Transporte aéreo:** se cubre el transporte de emergencia en ambulancia aérea en caso de una Afección médica de emergencia cuando sea Médicamente necesario. Los servicios de ambulancia aérea no están cubiertos cuando usted podría ser transportado con seguridad por una ambulancia terrestre, por otros medios que no sean una ambulancia o cuando la distancia para el traslado de pacientes estables es de hasta (12) horas.
- **Transporte terrestre:** se cubre el transporte de emergencia en ambulancia terrestre en caso de una Afección médica de emergencia cuando sea Médicamente necesario.

Consulte la sección titulada Transporte en ambulancia de emergencia de la Descripción de la cobertura para obtener información sobre su parte del costo.

## **Fórmulas elementales a base de aminoácidos**

Las fórmulas elementales a base de aminoácidos, independientemente de cómo se suministren, para el diagnóstico y tratamiento de trastornos eosinófilos, enfermedad de la fenilcetonuria (Phenylketonuria, PKU) y el síndrome del intestino corto están cubiertas cuando un Médico indica que son Médicamente necesarias. (Consulte también “Equipo médico duradero” y “Servicios de infusión a domicilio”). Consulte las secciones tituladas Equipos médicos duraderos y Salud en el hogar de la Descripción de la cobertura para obtener información sobre su parte del costo.

## **Sangre**

La sangre y los hemoderivados están cubiertos cuando su Médico participante determina que son Médicamente necesarios. Los costos relacionados con la administración y obtención de sangre y hemoderivados también están cubiertos, incluidos el procesamiento y almacenamiento de la sangre que dona para usted mismo. Consulte la sección titulada Otros servicios cubiertos en la descripción de la cobertura si desea conocer información sobre su parte en el costo.

## **Terapia de células CAR-T**

La inmunoterapia de células T con receptor de antígeno quimérico (Chimeric Antigen Receptor, CAR) Médicamente necesaria está cubierta para los Miembros en su Red de proveedores cuando cuenta con la Autorización previa de Health Alliance.

## **Servicios de rehabilitación cardíaca**

La Fase I de la rehabilitación cardíaca, que se brinda a personas que estén internadas por una cirugía o episodio cardíaco grave, es un beneficio cubierto. La Fase II de la rehabilitación cardíaca, que se inicia inmediatamente después de la Fase I, está cubierta. La repetición de la Fase II de la rehabilitación para el mismo episodio cardíaco grave, cirugía o evento es un beneficio cubierto. La Fase III de la rehabilitación cardíaca no está cubierta. Consulte las secciones tituladas Honorarios del Centro de hospitalización para pacientes internados y Honorarios del médico/cirujano para pacientes internados de la Descripción de la cobertura para conocer información de su parte del costo.

Los servicios de rehabilitación cardíaca para pacientes externos se cubren como beneficio de otros servicios cubiertos, según se detalla en su Descripción de la cobertura o en el SBC.

## **Quimioterapia y radiación**

La quimioterapia y la radiación están cubiertas cuando se determina que son Médicamente necesarias. Consulte la sección titulada Otros servicios cubiertos en la Descripción de la cobertura si desea conocer información sobre su parte en el costo.

## **Servicios de quiropráctica**

Los servicios de quiropráctica son aquellos comprendidos dentro del alcance de la atención quiropráctica de apoyo o necesarios para ayudar a los Miembros a recuperar el estado físico que tenían antes de una lesión o enfermedad; generalmente son brindados para el diagnóstico o el tratamiento de una afección osteomuscular

nerológica relacionada con una lesión o enfermedad que, según Health Alliance Medical Plans son Medicamentos necesarios. Se cubrirá una consulta inicial en el consultorio para definir un plan de atención. Cualquier otro gasto cobrado por un quiropráctico (D.C.) como, entre otros, consultas en el consultorio del médico, estarán sujetos al Deducible, Copago o Coseguro según lo establezca su Descripción de la cobertura.

Los servicios de medicina quiropráctica están sujetos a las limitaciones de cobertura según lo establezca la Descripción de la cobertura o el SBC. Las manipulaciones de la columna vertebral podrán ser brindadas por un doctor en medicina osteopática (D.O.), un quiropráctico (D.C.) u otro Proveedor que pueda prestar este servicio dentro del alcance de su certificación estatal. Cualquier servicio o tratamiento no descrito en esta sección no estaría cubierto por el beneficio de servicios quiroprácticos.

### **Ensayos clínicos**

Durante un Estudio clínico aprobado, Health Alliance cubre los gastos de rutina de cuidado del paciente durante el estudio clínico de artículos y servicios de atención regular que en general se proveen sin un estudio clínico a menos que el servicio o artículo esté cubierto directamente por el estudio clínico. Los gastos que no se consideran de rutina, y por lo tanto no están cubiertos son los gastos relacionados con cualquier tratamiento, método, medicamentos, dispositivos, servicios o artículos específicos del estudio aprobado o cualquier otro tratamiento en investigación. Según el servicio individual que se reciba, cada servicio cubierto está sujeto a los montos de Copagos o Coseguro especificados en la Descripción de la cobertura o el SBC.

Para la cobertura de un estudio clínico de fase I, II, III o IV, deben cumplirse las siguientes condiciones:

- el estudio debe estar autorizado previamente por Health Alliance;
- el estudio debe haber sido aprobado por una de las siguientes agencias: los Institutos Nacionales de Salud, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos, el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos o el Departamento de Energía de los Estados Unidos; o
- el estudio o investigación debe llevarse a cabo conforme la solicitud de un fármaco nuevo en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU.; o
- El estudio o investigación es un estudio farmacológico exento de dicha solicitud de fármaco nuevo en investigación.

### **Servicios, dispositivos y medicamentos Anticonceptivos**

Se cubren los dispositivos, las inyecciones, los procedimientos y los servicios Anticonceptivos con prescripción médica y aprobados por la FDA, incluidos los servicios de planificación familiar natural.

Los dispositivos y la adaptación y colocación o extracción médica de dispositivos aprobados por la FDA únicamente con fines Anticonceptivos están cubiertos por el beneficio de bienestar. Esto incluye, entre otros, dispositivos intrauterinos, diafragmas, capuchones cervicales o Implanon®. Los cargos adicionales facturados se aplicarán al Copago, coseguro o deducible correspondiente para el Equipo médico duradero, según se especifica en la Descripción de la cobertura o el SBC.

Los inyectables y la inyección con fines Anticonceptivos aprobados por la FDA solo están cubiertos por el beneficio de bienestar. Esto incluye, entre otros, DepoProvera®. Los cargos adicionales facturados se aplicarán al Copago, coseguro o deducible correspondiente para Visitas al consultorio del médico de atención primaria, Visitas al consultorio del médico de atención especializada y el Equipo médico duradero, según se especifica en la Descripción de la cobertura o el SBC.

Los procedimientos de esterilización con fines Anticonceptivos aprobados por la FDA están cubiertos por el beneficio de bienestar. Los cargos adicionales facturados se aplicarán al Copago, coseguro o deducible por Visitas al consultorio del médico de atención especializada, el Cargo del centro por cirugía/procedimiento para pacientes externos, Servicios del médico/cirujano para cirugía/procedimiento en pacientes externos y Laboratorio y radiografías, tal como se especifica en la Descripción de la cobertura o en el SBC (consulte también “Procedimientos de esterilización” en “Lo que está cubierto”).

Los servicios Anticonceptivos con receta, tal como se especifica en esta sección, que se indiquen o recomienden para tratar afecciones médicas con un diagnóstico médico y que no se usen con fines Anticonceptivos o para la prevención de embarazos no deseados en mujeres no están considerados dentro del beneficio de bienestar y están sujetos al Deducible, copago o coseguro para Visitas al consultorio del médico de atención primaria, Visitas al consultorio del médico especializado, el Cargo por centro de cirugía/procedimiento para pacientes externos o Servicios del médico/cirujano para cirugía/procedimientos en pacientes externos, tal como se especifica en la Descripción de la Cobertura o el SBC.

Los Anticonceptivos recetados aprobados por la Administración Federal de Medicamentos (FDA) entre los que se incluyen, Píldoras, parches anticonceptivos y el anillo, reciben la cobertura del beneficio de bienestar para fines Anticonceptivos, inclusive cuando se los recibe en el consultorio del Proveedor (vea la sección Farmacia en “Lo que está cubierto/Lo que no está cubierto – Beneficios de farmacia”).

### **Servicios odontológicos**

Los gastos incurridos y los anestésicos suministrados junto con el trabajo odontológico que se brinde en un hospital o centro de tratamiento quirúrgico ambulatorio están cubiertos para niños menores de siete años, personas con una afección médica que requiere hospitalización o anestesia general para la atención odontológica, o personas discapacitadas. Consulte “Cirugía oral” en esta sección para conocer otros servicios cubiertos.

Para los servicios que se brindan en el consultorio de un proveedor, consulte Otros servicios cubiertos, al igual que Visitas al consultorio de un médico de atención especializada en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre la parte en el costo. Para los servicios que se brindan en un centro, consulte Cargos del centro para cirugía/procedimientos en pacientes externos, Servicios del cirujano/médico para cirugía/procedimientos para pacientes externos en la Descripción de la cobertura para conocer información sobre su parte del costo.

### **Equipos y suministros para la diabetes**

Los glucómetros, los cartuchos para las personas legalmente ciegas, los dispositivos de infusión de insulina, las lancetas y los instrumentos de incisión están cubiertos, sujetos al monto del Deducible, coseguro o copago para equipo médico duradero especificado en la Descripción de la cobertura o el SBC. Los equipos para diabetes indicados en esta subsección deben obtenerse de un Proveedor calificado y deben ser considerados Medicamento necesarios. Los equipos para diabetes que no se indican en esta subsección requieren Autorización previa de Health Alliance. Consulte la sección titulada Equipo médico duradero en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre su parte en el costo.

### **Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes**

La capacitación y educación en autocontrol para Pacientes externos que incluye, entre otros, la capacitación nutricional para el tratamiento de la diabetes de todos los tipos y la diabetes mellitus gestacional, están cubiertas cuando son Medicamento necesarias y las brinda un Proveedor calificado. El asesoramiento nutricional relacionado con las afecciones por diabetes no está sujeto a las limitaciones indicadas en la sección “Lo que está cubierto, asesoramiento nutricional” de esta Póliza. Consulte la sección titulada Otros servicios cubiertos en la descripción de la cobertura si desea conocer información sobre su parte en el costo.

### **Exámenes de diagnóstico**

Los exámenes de diagnóstico entre los que se incluyen, por ejemplo, exámenes por radiografías, pruebas genéticas, análisis de laboratorio y servicios de patología, están cubiertos cuando los indica un Médico y tienen la

Autorización previa de Health Alliance, cuando se exige Autorización previa. Consulte la sección titulada MRI e imágenes por TC así como Laboratorio y radiografías en la Descripción de la cobertura para conocer información sobre su parte en el costo

### **Tratamiento con diálisis**

El tratamiento con diálisis médicamente necesario está cubierto para entornos hospitalarios y clínicas para pacientes externos. Los servicios de diálisis también tienen cobertura mientras se los brinde durante una hospitalización como paciente internado. Cada servicio cubierto está sujeto a los montos del Deducible, copago o coseguro en Otros servicios cubiertos especificados en la Descripción de la Cobertura o el SBC.

### **Vendajes y suministros**

Los vendajes, entablillados, yesos y suministros relacionados están cubiertos cuando son Médicamente necesarios y cuando los coloca un Proveedor participante, un enfermero u otro profesional de atención médica bajo la supervisión de un Médico. Consulte la sección titulada Equipo médico duradero y Otros servicios cubiertos en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre su parte en el costo.

### **Equipo médico duradero, aparatos y dispositivos ortopédicos**

Los dispositivos correctivos y ortopédicos (como soportes para pierna y rodilleras) y el equipo médico duradero (como sillas de ruedas, camas quirúrgicas, bombas de insulina y equipos de oxígeno) están cubiertos cuando son médicamente necesarios debido a una lesión, enfermedad o afección médica. La cobertura del Equipo médico duradero incluye el impuesto a las ventas. Los artículos y suministros provistos de conformidad con esta subsección deben ser prescritos por un Proveedor.

Sobre la base de la Necesidad médica, el equipo estará disponible a través de contratos de alquiler o compra. Se puede aplicar un límite de beneficio máximo. Los costos asociados con la reparación de los equipos cubiertos están cubiertos si Health Alliance determina que los equipos recibieron el mantenimiento adecuado. Los suministros para ostomía están cubiertos, pero no se cubren otros suministros desechables. El alquiler o la compra de una bomba sacaleches manual están cubiertos durante el embarazo y el período de posparto en el beneficio de bienestar del Plan. (Consulte “Atención médica de bienestar” en la sección “Lo que está cubierto”).

Para estar en consonancia con los cambios en la tecnología médica, Health Alliance mantiene una lista de artículos cubiertos y no cubiertos y el monto máximo que se debe pagar según este beneficio. Se puede verificar la cobertura llamando a Health Alliance al número que aparece en el reverso de la Tarjeta de identificación de Health Alliance.

Consulte la sección titulada Equipo médico duradero en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre su parte en el costo.

### **Servicios de emergencia**

Los Servicios de emergencia recibidos dentro o fuera de su Área de servicio para una Afección médica de emergencia están cubiertos. En caso de emergencia, busque atención inmediata o llame al 911 si estuviera disponible en su área. Una Afección médica de emergencia es una afección médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de una intensidad tal, incluido el dolor agudo, que una persona común y prudente podría prever razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría resultar en un grave peligro para la salud del Miembro (o, en el caso de una mujer embarazada, para su salud y la del feto), un grave deterioro de las funciones corporales, o una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo. Se cubre la hospitalización imprevista debido a complicaciones del embarazo.

La atención médica necesaria para tratar y estabilizar una Afección médica de emergencia proporcionada por un Proveedor no participante estará cubierta al mismo costo para usted como si los servicios hubieran sido prestados por un Proveedor participante. Los Servicios de emergencia están sujetos a montos de Deducibles, Copagos o Coseguro participantes (dentro de la red) indicados en la Descripción de la Cobertura o el SBC.

No se cobrará deducible, copago o coseguro por servicios de emergencia si ingresa en el hospital cuando su Plan exige un deducible, copago o coseguro por pacientes internados. La atención opcional o la atención requerida como resultado de circunstancias que podrían haber sido razonablemente previstas antes de salir de su Área de servicio no se cubren.

Health Alliance cubrirá los Servicios médicos posteriores a la estabilización, después de un tratamiento médico de emergencia, si los servicios son Médicamente necesarios.

### **Disfunción eréctil**

Se cubre el tratamiento para hombres con disfunción eréctil documentada sin una causa corregible.

Los medicamentos se excluirán de la cobertura a menos que cumplan alguno de los siguientes requisitos:

- Una regulación estatal exige el medicamento.
- El medicamento se utiliza para tratar una afección médica no relacionada con la mejora del estilo de vida o el rendimiento.

Cada servicio y medicamento con receta está sujeto a los montos del Deducible, copago o coseguro por Visitas al consultorio del médico de atención primaria o Visitas al consultorio del médico de atención especializada aplicables especificados en la Descripción de la cobertura o el SBC.

### **Tratamiento de afirmación de género**

El tratamiento de afirmación de género que incluye, aunque solo como ejemplo, remoción de mamas, faloplastia (o alteración quirúrgica de los genitales femeninos transformándolos en masculinos) y la vaginoplastia (o alteración quirúrgica de los genitales masculinos transformándolos en femeninos) está cubierto cuando se determine que es Médicamente necesario. Se exige la Autorización previa y la aprobación de Health Alliance para intervenciones quirúrgicas.

### **Exámenes genéticos**

Los exámenes genéticos y los exámenes de diagnóstico molecular están cubiertos cuando se determina que son Médicamente necesarios. Se requiere Autorización previa y aprobación de Health Alliance. No se cubren los exámenes determinados como experimentales o en investigación. (Consulte “Tratamientos/procedimientos/fármacos/dispositivos/trasplantes experimentales” en la sección “Lo que está cubierto”). Consulte la sección titulada Laboratorio y radiografías en la Descripción de la cobertura para conocer información sobre su parte en el costo.

### **Evaluaciones de la audición**

Las evaluaciones de la audición realizadas por Proveedores autorizados están cubiertas. Los implantes cocleares están cubiertos cuando se determina que son Médicamente necesarios. Consulte la sección denominada Consultas en el consultorio de un médico de atención primaria, Consultas en el consultorio de un médico de atención especializada, así como Otros servicios cubiertos en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre los costos compartidos.

### **Servicios de atención médica a domicilio**

Los servicios de enfermería especializada discontinuos y los servicios terapéuticos especializados en el hogar están cubiertos si usted no puede salir de su casa, si dichos servicios se brindan según las instrucciones de un Médico y están aprobados por este, y cuando el Médico determine, junto con el consentimiento del Miembro, que es la atención más adecuada desde el punto de vista médico.

Los servicios de atención de enfermería privada están cubiertos por los servicios de atención médica a domicilio cuando se determine que es Médicamente necesario y sean proporcionados por personal de enfermería habilitado o registrado que no sea familiar directo. La atención de enfermería privada no se refiere a la atención de apoyo a

largo plazo. Todos los montos correspondientes a Copago, Coseguro y Deducible y los límites para los servicios de atención médica a domicilio se detallan en la Descripción de la cobertura o el SBC.

### **Servicios de infusión a domicilio**

Los servicios de infusión a domicilio, incluidos los medicamentos y suministros, están cubiertos cuando se administran según las instrucciones de un Médico y están aprobados por este. Consulte la sección titulada Atención médica a domicilio en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre los costos compartidos. Los servicios de infusión a domicilio no están sujetos a límites máximos por año del plan de Atención médica a domicilio.

### **Atención de hospicio**

Los cargos del programa de atención de hospicio, incluidos, entre otros, equipo médico duradero, atención brindada en centros de Alzheimer, hogares familiares para adultos, centros de vivienda asistida, centros de atención institucional, atención médica para adultos durante el día y atención a domicilio, o acuerdos para atención alternativa similar que brinden la atención necesaria en entornos menos restrictivos o menos costosos, están cubiertos cuando lo indica su Médico de atención primaria o el especialista tratante y cuando se ha determinado, con el consentimiento del Miembro, que es la atención más adecuada desde el punto de vista médico. A los fines de esta subsección, el programa de atención en un hospicio hace referencia a un programa coordinado e interdisciplinario para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales especiales de un Miembro con una enfermedad terminal y de la familia del Miembro, que incluye atención de relevo, en el que se brindan servicios paliativos y de apoyo médico, de enfermería y otros a través de la atención para pacientes internados en un hospital o a domicilio. Hospicio hace referencia a un programa que cumple con los siguientes requisitos:

- Debe estar certificado por las leyes de la jurisdicción donde se encuentra y debe funcionar como un centro de cuidados paliativos, tal como lo definen dichas leyes.
- Debe brindar un programa de tratamiento para una persona que no tenga perspectivas razonables de cura para su enfermedad según un diagnóstico médico y que, según las estimaciones de un Médico, se espera que viva menos de 6 meses debido a la enfermedad.
- Debe estar administrado por un Hospital, una agencia de atención médica a domicilio u otro centro autorizado.

La atención de hospicio está sujeta a los deducibles, copagos o coseguro de “Otros servicios” que se mencionan en la sección Otros servicios en la Descripción de la cobertura.

### **Atención hospitalaria**

Los servicios hospitalarios están cubiertos durante una cantidad ilimitada de días cuando un Médico proporciona e indica la hospitalización. La cobertura se limita a un centro semiprivado (dos camas), a menos que una afección médica justifique otra opción.

Se proporciona cobertura para la hospitalización de un paciente después de una mastectomía durante un período determinado como Medicamento necesario por el Médico a cargo y de acuerdo con protocolos y pautas sobre la base de pruebas científicas sólidas y la evaluación del paciente, y para una visita al consultorio del Proveedor después del alta o una visita a domicilio de un enfermero dentro de las 48 horas posteriores al alta.

Si usted es ingresado en el hospital antes de la Fecha de entrada en vigencia de la cobertura, la cobertura comenzará en su Fecha de entrada en vigencia. El Plan no cubrirá los gastos que se hayan generado antes de la Fecha de entrada en vigencia. Para los servicios de hospitalización se debe notificar a Health Alliance dentro de las 24 horas del ingreso salvo en situaciones de emergencia.

Consulte la sección denominada Cargos del centro por hospitalización de pacientes internados, Cargos del médico/cirujano para pacientes internados en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre los

costos compartidos. Los servicios de infusión a domicilio no están sujetos a límites máximos por año del plan de Atención médica a domicilio.

### **Donante de órganos**

Si un Miembro es el receptor de un órgano de un donante vivo, se brinda la cobertura en un centro aprobado por Health Alliance para el donante; dicha cobertura comienza con la evaluación y finaliza un año después de la extirpación quirúrgica del órgano, incluso si el donante no es Miembro del Plan. La cobertura incluye las complicaciones relacionadas con la extirpación quirúrgica del órgano donado. Los cargos del donante se aplican a los beneficios del receptor.

Si el receptor del órgano de un donante vivo no es Miembro y usted (el Miembro) es el donante vivo y no tiene cobertura de ninguna otra fuente, se le proporcionarán beneficios conforme a esta Póliza. También incluiría las complicaciones relacionadas con la extirpación quirúrgica del órgano donado.

Si tanto el receptor de la donación de órganos humanos vivos como el donante son Miembros de las pólizas de Health Alliance, la Póliza del receptor cubriría los gastos del donante de órganos vivos, lo cual comienza con la evaluación y finaliza un año después de la extirpación quirúrgica del órgano. Esta cobertura también incluye cualquier complicación relacionada con la extirpación quirúrgica del órgano donado.

Consulte la sección denominada Cargos del centro por hospitalización de pacientes internados, Cargos del médico/cirujano para pacientes internados en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre los costos compartidos.

### **Servicios de diagnóstico para tratar la infertilidad**

Los servicios para tratar la infertilidad están cubiertos solo para diagnosticar esta afección, incluidas una consulta y una evaluación de diagnóstico. Los servicios de diagnóstico para tratar la infertilidad están cubiertos con la orden previa y remisión por escrito de un Médico de atención primaria del Miembro o Proveedor de atención médica principal para la mujer, y ante aprobación previa por escrito de un Director médico de que el Miembro cumple con todos los criterios de Health Alliance para la cobertura. Según el servicio individual que se reciba, cada servicio cubierto está sujeto a los montos de Deducibles, Copagos o Coseguro especificados en la Descripción de la cobertura o el SBC. Todos los servicios para tratar la infertilidad que se requieren para tratar o promover la concepción que no están cubiertos se describen en la sección “Lo que no está cubierto” de esta Póliza. Se cubren los siguientes servicios de diagnóstico para tratar la Infertilidad:

- Evaluación de la infertilidad por un Médico participante o un Proveedor de nivel intermedio.
- Visitas al consultorio relacionadas con la evaluación inicial o citas de seguimiento durante la evaluación de diagnóstico.
- Pruebas de laboratorio y radiografías, prueba de Huhner (prueba poscoital), histerosalpingografía, laparoscopia, histeroscopia, ecografías, prueba de anticuerpos antiespermáticos, análisis del semen, prueba de reacción acrosómica, evaluación urológica y biopsia testicular.

### **Osteotomía maxilar y mandibular**

Una osteotomía maxilar o mandibular está cubierta solo si tiene problemas funcionales significativos que no se han corregido con el tratamiento de ortodoncia u odontológico. Para obtener información sobre los costos compartidos, consulte en la Descripción de la cobertura las secciones tituladas Consultas en el consultorio del médico de atención especializada, Cargos del centro para cirugía/procedimientos en pacientes externos, Servicios del cirujano/médico de cirugía/procedimientos para pacientes externos, Cargos del centro por hospitalización de pacientes internados así como Cargos del cirujano/médico para pacientes internados.

### **Atención de maternidad**

Se cubren los servicios brindados por el obstetra, médico de familia o por otro proveedor autorizado, como un enfermero practicante o una partera, durante el transcurso de un embarazo para todos los titulares de pólizas y



dependientes elegibles, sujetos al Deducible, Copago o Coseguro de atención prenatal de rutina especificado en la Descripción de la Cobertura o el SBC. La atención médica, la consulta o los servicios brindados por un Proveedor de atención especializada o un Proveedor que no sea el Proveedor a cargo durante el transcurso del embarazo no se consideran atención prenatal de rutina y están sujetos a Copagos, Coseguro o Deducible aplicables adicionales por consulta en el consultorio de atención especializada, según lo especificado en la Descripción de la cobertura o el SBC.

Los servicios de atención de maternidad incluyen, entre otros, los siguientes servicios:

- Tratamiento dentro del útero para el feto
- Servicios y suministros de guardería para recién nacidos, incluidos los niños recién adoptados
- Atención y servicios prenatales y posnatales, incluidos los exámenes de detección
- Interrupción involuntaria del embarazo
- Complicaciones del embarazo tales como, pero no limitadas a:
  - Sufrimiento fetal
  - Diabetes gestacional
  - Toxemia

Se cubren los servicios de internación para la madre Miembro y el Recién nacido por un mínimo de 48 horas en el caso de parto vaginal y un mínimo de 96 horas en el caso de una cesárea. Su Médico de atención primaria, Proveedor de atención médica principal para la mujer o Proveedor a cargo podrán determinar, después de la consulta con usted, que una estadía más corta o más larga es apropiada. Esta determinación se debe realizar de acuerdo con los protocolos y las pautas desarrolladas por el Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología (ACOG) o la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP). A partir de la evaluación y la recomendación del Médico a cargo, también se cubrirá una consulta al consultorio del Médico después del alta o una visita a domicilio de un enfermero para comprobar la condición del niño en las primeras 48 horas posteriores al alta.

Los partos en el hogar, incluidos los suministros médicamente necesarios, están cubiertos solo cuando hay un embarazo de bajo riesgo según lo determine el Proveedor a cargo.

La cobertura para el recién nacido correctamente inscrito está sujeta al monto de Copago del recién nacido, Coseguro y Deducible médico por año del plan especificado en la Descripción de la cobertura o SBC. Consulte la sección “Recién nacidos, hijos adoptados o hijos colocados en adopción” para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad.

La ayuda o el asesoramiento sobre la lactancia y el alquiler o la compra de un sacaleches manual están cubiertos durante el embarazo y el período de posparto conforme al beneficio de bienestar del Plan.

### **Servicios médicos y sociales**

Los servicios médicos y sociales, incluida la planificación del alta del Hospital y la asistencia para tener acceso a las agencias de servicios comunitarios y otros servicios relacionados, están cubiertos cuando usted está lidiando con una afección médica. Consulte las secciones denominadas Cargos del centro por hospitalización de pacientes internados y Cargos del médico/cirujano para pacientes internados en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre los costos compartidos.

### **Medicamentos especializados con receta**

Los medicamentos especializados con receta se definen como cualquier medicamento con receta, independientemente de su presentación, que tienen al menos uno de los siguientes requisitos para brindar resultados óptimos a los pacientes y que están identificados como medicamentos de especialidad con receta en el Formulario de medicamentos de Health Alliance:

- Manejo especializado de obtención o distribución, o está administrado de manera especializada.
- análisis de beneficio complejo para determinar su cobertura;
- administración médica compleja; o
- educación integral del paciente o Médico determinada por pautas médicas basadas en la evidencia o exigidas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA).

Entre los ejemplos de medicamentos especializados con receta se incluyen, entre otros, los medicamentos biológicos especializados, las hormonas de crecimiento y los medicamentos especializados contra el cáncer. Para ver la lista completa de los medicamentos especializados, puede consultar el Formulario de medicamentos con receta en [HealthAlliance.org](http://HealthAlliance.org).

Los medicamentos especializados contra el cáncer, ya sean medicamentos orales, intravenosos o inyectables, están cubiertos con el mismo requisito económico, independientemente del lugar donde se los administre.

Los medicamentos especializados con receta están cubiertos por esta Póliza, sujetos a un pedido anterior por escrito de su Médico y una Autorización previa de Health Alliance. Los medicamentos especializados con receta son aquellos Medicamentos especializados con receta recibidos en el consultorio del Médico o que son administrados por un profesional de atención médica en un consultorio u otro entorno de atención médica. La cobertura para los Medicamentos especializados con receta está sujeta a Deducibles, Copagos o Coseguro especificados en la Descripción de la cobertura o el SBC.

Para estar en consonancia con los cambios en la tecnología médica, Health Alliance mantendrá una lista de los Medicamentos especializados con receta cubiertos y las afecciones médicas para los que se aprueba la cobertura. Se puede verificar la cobertura llamando a Health Alliance al número de teléfono que aparece en el reverso de su Tarjeta de identificación de Health Alliance o en [HealthAlliance.org](http://HealthAlliance.org).

### **Atención de salud mental**

Se cubren los servicios de atención de salud mental para el tratamiento Medicamento necesario o la intervención en caso de crisis, según lo especificado en la Descripción de la cobertura o el SBC. La hospitalización para pacientes internados y la atención médica residencial están sujetas a Deducibles, Copagos o Coseguro de atención mental para pacientes internados especificados en la Descripción de la cobertura o el SBC. Para los servicios de salud mental para pacientes internados se debe notificar a Health Alliance dentro de las 24 horas del ingreso salvo en situaciones de emergencia.

Las consultas de atención mental para pacientes externos, incluidas las consultas grupales para pacientes externos, están sujetas a Deducibles, Copagos o Coseguro de atención mental para pacientes externos, según lo especificado en la Descripción de la cobertura o el SBC. Los servicios de atención de salud mental para pacientes externos en un entorno de atención médica a domicilio están sujetos a cualquier Deducible, Copago o Coseguro de atención médica a domicilio, según se especifica en la Descripción de la cobertura o el Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC). (Consulte también la sección “Qué está cubierto, Atención médica domiciliaria” de esta Póliza).

La atención en un programa hospitalario de día o un programa intensivo para pacientes externos está sujeta a Deducibles, Copagos o Coseguro, según lo especificado en la sección “Otros servicios cubiertos” de la Descripción de la cobertura.

Los servicios pueden ser brindados por un Médico, un psicólogo clínico registrado o un profesional de salud mental auxiliar bajo la supervisión de un Médico o un psicólogo clínico registrado.

Al recibir tratamiento en una agencia de salud conductual que ofrece tratamiento de Trastornos por abuso de sustancias con hospitalización o residencial, tendrá cobertura por no menos de dos (2) días hábiles, excluidos los fines de semana y feriados, antes de cualquier Autorización previa o revisión de utilización.

Al recibir tratamiento en una agencia de salud conductual que ofrece servicios de manejo de abstinencia, tendrá cobertura por no menos de tres (3) días antes de cualquier Autorización previa o revisión de la utilización.

Cuando reciba tratamiento de un organismo de salud conductual que brinde servicios de administración de abstinencia de un Proveedor no participante, los servicios estarán cubiertos sin un costo mayor para usted que si los servicios los hubiera brindado un Proveedor participante. No se le facturará el saldo por estos servicios.

Los servicios no cubiertos son la atención provista por un profesional de salud mental no colegiado, los servicios no necesarios médicamente y los servicios de diagnóstico de asesoramiento matrimonial o social sin relación con afecciones de salud mental.

### **Terapias de desarrollo neurológico**

Las terapias de desarrollo neurológico están cubiertas por el beneficio de Servicios de rehabilitación para pacientes externos y están sujetas a las limitaciones enumeradas en la Descripción de la cobertura. Esto incluye cobertura para terapias del habla, fisioterapia y terapias ocupacionales proporcionadas para la terapia del desarrollo neurológico. Las terapias de desarrollo neurológico con un diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) no se aplicarán a la limitación de años de contrato.

### **Asesoramiento nutricional**

El asesoramiento nutricional está cubierto con un Proveedor hasta por tres consultas de por vida. Este límite no se aplica para diabéticos. Consulte también "Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes" en la sección "Lo que está cubierto" de esta Póliza. Consulte la sección titulada Otros servicios cubiertos en la descripción de la cobertura si desea conocer información sobre su parte en el costo.

### **Cirugía oral**

Los procedimientos quirúrgicos orales están cubiertos en relación con las siguientes afecciones limitadas:

- Lesión traumática en dientes naturales sanos para servicios no reconstitutivos Médicamente necesarios dentro de los 30 días de ocurrida una Lesión.
- Lesión traumática en los huesos de la mandíbula o el tejido circundante dentro de los 30 días de ocurrida la lesión.
- Corrección de una afección patológica no dental, como quistes y tumores.
- Trabajo médico odontológico necesario para tratar el cáncer.

Para obtener información sobre los costos compartidos, consulte la sección titulada Cargos del centro para cirugía/procedimientos en pacientes externos, Servicios del cirujano/médico de cirugía/procedimientos para pacientes externos y Consultas en el consultorio del médico de atención especializada en la Descripción de la Cobertura.

### **Trasplantes de órganos humanos**

Los trasplantes de órganos humanos están cubiertos solo con Proveedores participantes, para los procedimientos y trasplantes de órganos o tejidos no experimentales, incluidos los trasplantes de médula ósea y procedimientos similares, previa recepción de la orden y remisión por escrito de un Médico, y según las conclusiones de un Director médico que indique que el tratamiento recomendado es Médicamente necesario y no está excluido de la cobertura por ninguna otra sección de esta Póliza. Los trasplantes deben realizarse en un centro aprobado por Health Alliance. Estos servicios están cubiertos cuando se incurren en un Centro de excelencia aprobado, cuando se utilizan Proveedores participantes o se otorga de otro modo la Autorización previa. La cobertura de los beneficios conforme a esta subsección comienza con la evaluación para el trasplante antes del inicio del procedimiento o trasplante de órganos o tejidos, y finaliza un año después del trasplante. Los Copagos o Coseguro por atención en consultorio o atención hospitalaria se aplican según lo especificado en la Descripción de la Cobertura o el SBC.

Se cubre la obtención de tejidos y órganos. La obtención de tejidos y órganos consiste en extraer, preservar y transportar el órgano o el tejido donado.

El plan cubre transporte, alojamiento y comidas para el receptor del trasplante y un acompañante para viajar ida y vuelta al centro de trasplantes designado de Health Alliance. Si el paciente es menor de edad, se incluyen costos de transporte, de alojamiento y comida necesarios y razonables para dos personas que viajen con el menor de edad. Los gastos por comidas y alojamiento se reembolsan a las tarifas diarias establecidas por el Servicio de Impuestos Internos.

### **Dispositivos ortésicos**

Los dispositivos ortésicos hechos a medida y moldeados especialmente están cubiertos cuando son indicados por un Médico. Se aplica un monto de Copago o Coseguro por los equipos médicos duraderos y los dispositivos ortopédicos, según lo especificado en la Descripción de la cobertura o el SBC. Se cubren las plantillas especiales para soporte de pies o arcos que se recetan después de un procedimiento quirúrgico abierto en los huesos, tendones, etc., del pie o que pueden indicarse para evitar un procedimiento quirúrgico abierto.

### **Otros servicios cubiertos**

Los servicios cubiertos comprenden, entre otros, los honorarios del centro, honorarios de cirujanos, los cargos por anestesia y otros servicios Médicamente necesarios, según se requiera. Estos servicios están sujetos al Deducible, Copago y Coseguro de “Otros servicios” especificado en la Descripción de la cobertura.

### **Medicamentos con receta para Pacientes externos**

Si su Grupo Empleador ha elegido un beneficio de medicamentos recetados, recibirá una cláusula adicional de medicamentos recetados con esta póliza. Los Medicamentos con receta para Pacientes externos están cubiertos tal como se define en la sección “Farmacia” de la cláusula adicional de medicamentos recetados. Consulte la sección denominada medicamentos con receta en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre los costos compartidos.

Si su Grupo empleador no ha elegido un beneficio de medicamentos recetados, usted no recibirá una cláusula adicional de medicamentos recetados.

### **Cirugía para Pacientes externos**

Las cirugías y los procedimientos para Pacientes externos que sean Médicamente necesarios están cubiertos. Entre los servicios cubiertos se pueden incluir los honorarios de cirujanos, los honorarios del centro, los cargos por anestesia, vendas, suministros y otros servicios Médicamente necesarios, según se requiera. Las cirugías y los procedimientos para Pacientes externos podrían requerir Autorización previa. Las cirugías y las intervenciones quirúrgicas están sujetas a Deducibles, Copagos o Coseguros por honorarios del centro por intervenciones quirúrgicas/cirugías de pacientes externos, honorarios por servicios del cirujano/médico por intervenciones quirúrgicas/cirugías para pacientes externos, especificado en la Descripción de la Cobertura o el SBC.

### **Tratamiento para el dolor**

Tratamiento para el dolor Médicamente necesario se refiere a un tratamiento con base médica y metas definidas razonablemente como, por ejemplo, estabilizar o disminuir el dolor, y con evaluaciones periódicas de la eficacia del tratamiento del dolor respecto de estas metas. Los medicamentos para el dolor Médicamente Necesarios están cubiertos según se define en la sección “Farmacia” de esta Póliza. Consulte las secciones denominadas Otros servicios cubiertos y Medicamentos con receta en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre los costos compartidos.

### **Servicios médicos**

Se cubren los servicios de tratamiento y diagnóstico y la atención de bienestar, por enfermedad o lesión, proporcionados por un Médico o bajo la supervisión de un Médico, incluidos los exámenes de atención médica y la atención médica del niño sano periódicos recomendados, según lo especificado en la Descripción de la cobertura o el SBC. Los servicios médicos incluyen el tratamiento, las consultas virtuales o los servicios Médicamente necesarios que se reciben por parte de un médico de atención primaria, incluidos pediatras y especialistas.

Los servicios médicos están cubiertos si está internado en un Hospital y están sujetos a las disposiciones de la sección “Autorización previa” y la subsección “Atención hospitalaria” de esta Póliza.

Para obtener información sobre los costos compartidos, consulte las secciones Consultas en el consultorio del médico de atención primaria, Consultas en el consultorio del médico de atención especializada, Servicios del cirujano/médico de intervenciones quirúrgicas/cirugías para pacientes externos y Honorarios del médico/cirujano para pacientes internados en la Descripción de la Cobertura.

### **Servicios de podiatría**

Los servicios están cubiertos cuando se determinan que son Médicamente necesarios. Esto incluye, entre otros, servicios relacionados con la diabetes. Consulte la sección denominada Consultas en el consultorio del médico de atención especializada en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre los costos compartidos.

### **Examen de próstata**

Los exámenes de próstata están cubiertos y están sujetos al Deducible, Copago o Coseguro adecuados y especificados en la Descripción de la cobertura o el SBC.

### **Dispositivos protésicos**

Los dispositivos protésicos (como extremidades artificiales) están cubiertos cuando son Médicamente necesarios debido a una enfermedad o Lesión y están indicados por un Médico. Los dispositivos deben estar indicados por un Médico y tener la Autorización previa de Health Alliance.

Para estar en consonancia con los cambios en la tecnología médica, Health Alliance mantiene una lista de artículos cubiertos y no cubiertos y el monto máximo que se debe pagar. Se puede verificar la cobertura llamando a Health Alliance al número que aparece en el reverso de la Tarjeta de identificación de Health Alliance.

Consulte la sección titulada Equipo médico duradero en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre su parte en el costo.

### **Rehabilitación pulmonar**

La rehabilitación pulmonar está cubierta. Los servicios de rehabilitación pulmonar se cubren como beneficio de otros servicios cubiertos que se detallan en su Descripción de la cobertura o el SBC.

### **Cirugía reconstructiva**

Se cubren los servicios para corregir un defecto funcional que resulta de una Lesión o enfermedad congénita o adquirida cuando tiene la Autorización previa de Health Alliance durante un período determinado por el Médico a cargo. Los servicios también están cubiertos cuando se los realiza para corregir una afección que sea el resultado de una Lesión accidental o un incidente debido a una cirugía. Se cubre la corrección de un defecto congénito o una anomalía de nacimiento de un Recién nacido inscrito.

Se brinda cobertura para la cirugía reconstructiva o un dispositivo protésico después de una mastectomía si tiene la Autorización previa de Health Alliance durante un período determinado por el Médico a cargo. La cobertura para la reconstrucción de mamas incluye lo siguiente:

- Reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- Cirugía reconstructiva de la otra mama para obtener una apariencia simétrica.
- Dispositivos protésicos y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de una mastectomía, incluso linfedemas.
- La extracción o el reemplazo de un implante están cubiertos si la reconstrucción original calificó para la cobertura y existe un problema médico documentado.
- Visitas al consultorio después del alta o visitas a domicilio de un enfermero dentro de las 48 horas posteriores al alta.

Para obtener información sobre los costos compartidos, consulte en la Descripción de la cobertura las secciones denominadas Consultas en el consultorio del médico de atención especializada, Cargos del centro para cirugía/procedimientos en pacientes externos, Servicios del cirujano/médico de cirugía/procedimientos para pacientes externos, Cargos del centro por hospitalización de pacientes internados así como Honorarios del cirujano/médico para pacientes internados.

### **Servicios de Personal de enfermería registrado o Personal de enfermería practicante registrado (ARNP)**

Los beneficios en virtud de este contrato no se negarán para ningún servicio de atención médica realizado por personal de enfermería registrado para ejercer según el capítulo 18.88 RCW, si primero, el servicio realizado estuvo dentro del alcance legal de dicha licencia de personal de enfermería y, segundo, este contrato hubiera proporcionado beneficios si dicho servicio lo hubiera realizado un doctor en medicina con licencia para ejercer según el capítulo 18.71 RCW.

Consulte la sección denominada Consultas en el consultorio del médico de atención primaria en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre los costos compartidos.

### **Rehabilitación y atención especializada: pacientes internados**

Se cubren los servicios de rehabilitación y Atención de enfermería especializada para pacientes internados con la documentación continua de la Necesidad médica, sujetos a cualquier limitación de cobertura de Enfermería especializada y rehabilitación para pacientes internados especificada en la Descripción de la cobertura o el SBC. Las hospitalizaciones para pacientes internados requieren Autorización previa de Health Alliance.

### **Servicios de terapia de rehabilitación: pacientes externos**

La terapia del habla, la fisioterapia, la terapia ocupacional y la de masajes, así como el tratamiento frío-calor, para afecciones médicas de pacientes externos, o a domicilio cuando no pueden salir de la casa, destinadas a mejorar su función física están cubiertas sujetas a cualquier limitación de cobertura de rehabilitación para pacientes externos que se especifica en la Descripción de la Cobertura y el SBC y por diagnóstico médico principal por año de beneficios. La terapia del habla, la fisioterapia, la terapia ocupacional y de masajes por el mismo Diagnóstico médico principal se agrupan a los efectos de sus límites de cobertura según lo especifica la Descripción de la cobertura o el SBC. Las terapias se cuentan por tipo y fecha de servicio. Los servicios de habilitación también están cubiertos por el beneficio de Servicios de rehabilitación.

### **Víctimas de abuso o agresión sexual**

Los servicios médicos y hospitalarios en relación con abusos o agresiones sexuales están cubiertos. No se cobrará el monto del Copago, Coseguro ni Deducible.

### **Procedimientos de esterilización**

Se cubren los procedimientos de esterilización voluntarios, como la ligadura de trompas y la vasectomía. Los procedimientos de esterilización están cubiertos por el beneficio de bienestar indicado en la Descripción de la cobertura o el SBC.

No se cubren los procedimientos quirúrgicos realizados para revertir la esterilización voluntaria.

### **Desintoxicación por abuso de sustancias**

Se cubre la desintoxicación por abuso de sustancias para pacientes internados graves si su Médico de atención primaria determina que la administración como Paciente externo no es médicamente adecuada. El tratamiento se considera médico y no se aplica al beneficio de Tratamiento por abuso de sustancias hasta que el paciente sea dado de alta del Hospital o se lo transfiera a una unidad de atención por abuso de sustancias. Los ingresos para internación deben notificarse a Health Alliance dentro de las 24 horas posteriores al ingreso, o tan pronto como sea razonablemente posible, después de que empieza la atención, salvo en situaciones de emergencia.

Consulte la sección denominada Servicios de salud mental/tratamiento por abuso de sustancias para pacientes internados en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre los costos compartidos.

## **Tratamiento de Trastorno por abuso de sustancias**

El tratamiento o los servicios de rehabilitación por abuso de sustancias se cubren para el tratamiento Medicamente necesario, sujetos a cualquier limitación de cobertura especificada en la Descripción de la cobertura o el SBC.

Los beneficios para pacientes internados incluida atención de internación hospitalaria y atención médica domiciliaria Medicamente Necesarias, están sujetos a Deducibles, Copagos o Coseguro para los trastornos por abuso de sustancias especificados en la Descripción de la Cobertura o el SBC. Los servicios para pacientes internados se deben notificar a Health Alliance dentro de las 24 horas posteriores al ingreso, o tan pronto como sea razonablemente posible, después de que empieza la atención, salvo en situaciones de emergencia.

Los beneficios para Pacientes externos incluyen sesiones de asesoramiento individual o consultas grupales para Pacientes externos. Los servicios para el trastorno por abuso de sustancias en un entorno de atención médica domiciliaria están sujetos a los Deducibles, Copagos o Coseguro de atención médica domiciliaria, según se especifica en la Descripción de la cobertura o el SBC. (Consulte también la sección “Qué está cubierto, Atención médica domiciliaria” de esta Póliza).

La atención en un programa hospitalario de día o un programa de tratamiento intensivo para Pacientes externos está sujeta a Deducibles, Copagos o Coseguro, según lo especificado en la sección “Otros servicios cubiertos” de la Descripción de la cobertura.

La cobertura del tratamiento para el Trastorno por abuso de sustancias de Pacientes internados o de Pacientes externos no incluye refugios familiares a menos que dicho tratamiento sea Medicamente necesario.

Al recibir tratamiento en una agencia de salud conductual que ofrece tratamiento de Trastornos por abuso de sustancias con hospitalización o residencial, tendrá cobertura por no menos de dos (2) días hábiles, excluidos los fines de semana y feriados, antes de cualquier Autorización previa o revisión de utilización.

Al recibir tratamiento en una agencia de salud conductual que ofrece servicios de manejo de abstinencia, tendrá cobertura por no menos de tres (3) días antes de cualquier Autorización previa o revisión de la utilización.

Cuando reciba tratamiento de un organismo de salud conductual que brinde servicios de administración de abstinencia de un Proveedor no participante, los servicios estarán cubiertos sin un costo mayor para usted que si los servicios los hubiera brindado un Proveedor participante. No se le facturará el saldo por estos servicios.

El tratamiento médico, no psiquiátrico, del Trastorno por abuso de sustancias, como la desintoxicación, está cubierto y sujeto al Copago o Coseguro de consulta en el consultorio/Médico y atención hospitalaria que se especifican en la Descripción de la cobertura o el SBC.

## **Pruebas de vigilancia para el cáncer de ovario**

Las pruebas de vigilancia para el cáncer de ovario para las mujeres miembro con riesgo de padecer cáncer de ovario están cubiertas.

“Con riesgo de padecer cáncer de ovario” significa tener antecedentes familiares:

- Con uno o más parientes de primer grado con cáncer de ovarios.
- De grupos de familiares con cáncer de mama.
- De cáncer colorrectal sin poliposis.
- que den positivo en las pruebas de mutaciones en los genes BRCA1 o BRCA2.

“Pruebas de vigilancia para el cáncer de ovarios” significa prueba de detección anual mediante el uso de (i) pruebas de marcadores tumorales CA-125 en suero, (ii) ecografía transvaginal o (iii) examen pélvico.

Consulte la sección titulada Laboratorio y radiografías en la Descripción de la cobertura para conocer información sobre su parte en el costo.

### **Servicios de telemedicina**

Están cubiertos los servicios de Telemedicina Médicamente necesarios. Esto incluye exámenes médicos y consultas, así como salud conductual, incluidas evaluaciones y tratamiento de un trastorno por abuso de sustancias.

Los lugares de servicio de telemedicina cubiertos son hospitales, clínicas de salud rurales, centros de salud calificados a nivel federal, consultorios médicos u otros proveedores, centros comunitarios de salud mental, centros de enfermería especializada, centros de diálisis renal (excepto centros de diálisis renal independientes), la residencia del Miembro o cualquier ubicación determinada por el Miembro que recibe el servicio.

Los beneficios para los servicios de Telemedicina están disponibles en la misma medida que los beneficios que se brindan para otros servicios.

Consulte la sección denominada Consultas en el consultorio del médico de atención primaria, Consultas en el consultorio del médico de atención especializada, así como Consultas en el consultorio para pacientes externos de tratamiento de salud mental/abuso de sustancias en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre los costos compartidos.

### **Síndrome de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint Syndrome, TMJ)**

Se cubren los servicios y el tratamiento de la articulación temporomandibular. Para obtener información sobre los costos compartidos, consulte la sección titulada Visitas al consultorio del médico de atención especializada, Cargos del centro para cirugía/procedimientos en pacientes externos, Servicios del cirujano/médico de cirugía/procedimientos para pacientes externos, así como Análisis de laboratorio y radiografías en la Descripción de la Cobertura.

### **Programa para dejar de fumar**

Se cubre un programa para dejar de fumar a través del programa Quit For Life<sup>®</sup> de Health Alliance. La terapia farmacológica para dejar de fumar, según se define en el formulario de Health Alliance, está cubierta sujeta a los Deducibles, Copagos y Coseguro de farmacia, según se especifica en la Descripción de la cobertura o el SBC.

### **Atención de urgencia**

Se cubren los servicios obtenidos en un centro de Atención de urgencia. Estos servicios tienen como objetivo el tratamiento inmediato de Pacientes externos con una enfermedad, Lesión o afección imprevista para evitar el deterioro grave. También se puede hacer referencia a los Centros de atención de urgencia como centros de atención conveniente, inmediata o exprés, que tratan a los pacientes sin cita previa programada. La atención de urgencia está sujeta al Deducible, Copago o Coseguro, según lo indicado en la Descripción de la cobertura, el SBC, y cualquier pauta del plan según lo definido en esta Póliza. Otros servicios que se pueden brindar durante esta consulta, como pruebas de diagnóstico o equipo médico duradero, están sujetos a los Deducibles, Copagos o Coseguro para esos servicios que se indican en la Descripción de cobertura o el SBC.

### **Atención de la vista**

Se cubren los exámenes y las pruebas de detección oftalmológicos para recetar anteojos o para determinar el estado refractivo de los ojos una vez cada 12 meses, a menos que se especifique lo contrario en la Descripción de la cobertura o el SBC.

Después de una cirugía de cataratas, se cubre un par de anteojos o un lente de contacto por ojo afectado. El máximo beneficio permitido para los marcos y los lentes es el estándar permitido según lo establecido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).



Se cubre un par de anteojos, que incluye lentes y marcos, una vez cada 12 meses para todos los Miembros menores de 19 años, sujeto a las limitaciones indicadas en la sección Servicios pediátricos en la Descripción de la cobertura o el SBC.

Los lentes de contacto para los Miembros menores de 19 años se cubren una vez cada 12 meses para un suministro por un año, de la siguiente manera:

- Lentes estándares
- Lentes mensuales
- Lentes quincenales
- Lentes diarios

Los marcos y lentes para los Miembros menores de 19 años se cubren una vez cada 12 meses de la siguiente manera:

- Un par de marcos estándares según lo definido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- Un lente estándar por ojo según lo definido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Los cargos adicionales por marcos mejorados o de lujo o tratamientos adicionales en los lentes que no sean Médicamente necesarios (incluidos, entre otros, el antirreflejo) no están cubiertos.

Los Miembros menores de 19 años tienen cobertura para servicios de baja visión. La cobertura de la baja visión es cobertura de servicios profesionales por problemas de la vista graves que no pueden corregirse con lentes regulares, entre los que se incluyen:

- Pruebas complementarias: incluyen evaluación, diagnóstico y recetas de dispositivos de ayuda para la visión cuando sea necesario.
- Dispositivos complementarios de ayuda para la visión.

Consulte la sección denominada Examen de la vista para niños y Materiales de la vista para niños en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre los costos compartidos.

Health Alliance mantiene una lista de artículos y servicios cubiertos y no cubiertos. Se puede verificar la cobertura llamando a Health Alliance al número que aparece en el reverso de la tarjeta de identificación de Health Alliance.

Consulte la sección titulada Examen de la vista en adultos en la Descripción de la cobertura para obtener información sobre el costo compartido, además de las limitaciones de los beneficios máximos por año del contrato para el examen de la vista en adultos.

### **Atención de bienestar**

La atención pediátrica preventiva, los exámenes físicos anuales y las consultas anuales de bienestar de la mujer se cubren como consultas de bienestar si son provistos por un Proveedor participante. Si elige ver a un Proveedor no participante para recibir estos servicios, estará sujeto a los Copagos o el Coseguro o el Deducible por consulta en un consultorio no participante según se indica en la Descripción de la cobertura o el SBC. Los exámenes de bienestar están cubiertos como bienestar para miembros asintomáticos. Las consultas adicionales están sujetas a los Copagos, Coseguro o Deducibles de la consulta según se indica en la Descripción de la Cobertura o el SBC.

### **Inmunizaciones**

Las inmunizaciones médicamente necesarias cubiertas incluyen, entre otras, las siguientes:

- vacuna contra el papilomavirus humano para Miembros de 9 a 26 años de edad;
- vacuna contra la culebrilla para Miembros de 50 años o más;
- vacuna contra la Hepatitis A y B;

- vacuna contra la gripe;
- vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (measles, mumps and rubella, MMR);
- vacuna antimeningocócica;
- vacuna antineumocócica;
- vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina;
- vacuna contra la varicela; y
- todas las inmunizaciones que están incluidas en los calendarios de vacunación de niños y adultos, según lo determinado por las pautas de atención preventiva publicadas.

Para conocer la lista completa de las vacunas y sus calendarios, visite [HealthAlliance.org](http://HealthAlliance.org) o [CDC.gov](http://CDC.gov).

Las inmunizaciones que se pueden administrar de manera segura sin la supervisión de los profesionales de salud se administrarán en el nivel de atención médica más adecuado. No están cubiertas las inmunizaciones en masa inesperadas dirigidas por funcionarios públicos locales, estatales o federales o las escuelas para los grupos de población general.

### **Exámenes clínicos de mamas**

Se cubre un examen clínico de mamas completo y exhaustivo para descubrir bultos y otros cambios para la detección temprana y la prevención del cáncer de mama.

### **Mamografías**

Se cubre una mamografía de detección al año, que incluye, entre otros, una mamografía digital 3D, dentro del beneficio de bienestar, para mujeres de 35 años de edad en adelante. Las mamografías de detección están cubiertas anualmente para las mujeres menores de 35 años que se consideran de alto riesgo. Para las mamografías que no sean con fines de detección, consulte la Descripción de la cobertura o el SBC.

### **Prueba de Papanicolaou**

Se cubre un estudio citológico cervicouterino o prueba de Papanicolaou cada tres años para mujeres de 21 a 65 años. Las pruebas de Papanicolaou adicionales estarán sujetas al Deducible, Copago o Coseguro adecuados que se especifican en la Descripción de la cobertura o el SBC.

### **Examen de detección de cáncer colorrectal**

- Se cubre una prueba de detección de cáncer colorrectal para miembros asintomáticos de 45 a 75 años, mediante una prueba de ADN en heces en el hogar cada tres años, conforme al beneficio de bienestar tal como se especifica en la Descripción de la cobertura o el SBC.
- Se cubre una prueba de detección de cáncer colorrectal para miembros asintomáticos menores de 45 años que se consideran de alto riesgo, mediante una prueba de ADN en heces en el hogar cada tres años, conforme al beneficio de bienestar tal como se especifica en la Descripción de la cobertura o el SBC.
- Se cubre anualmente una prueba de detección de cáncer colorrectal para miembros asintomáticos a partir de los 45 años que se consideran de alto riesgo, mediante una prueba de sangre oculta en las heces, incluida la prueba de inmunoanálisis, prueba inmunoquímica fecal (fecal immunochemical test, FIT), de 1 a 3 determinaciones simultáneas, conforme al beneficio de bienestar tal como se especifica en la Descripción de cobertura o el SBC.
- Se cubre una prueba de detección de cáncer colorrectal para miembros asintomáticos de 45 a 75 años de edad, mediante una colonoscopia cada 10 años o una sigmoidoscopia cada cinco años conforme al beneficio de bienestar tal como se especifica en la Descripción de la cobertura o el SBC.
- Se cubre una prueba de detección de cáncer colorrectal para miembros asintomáticos menores de 45 años que se consideran de alto riesgo, mediante una colonoscopia cada 10 años o una sigmoidoscopia cada cinco años conforme al beneficio de bienestar tal como se especifica en la Descripción de la cobertura o el SBC.
- Las colonoscopias y sigmoidoscopias realizadas que no estén comprendidas en el beneficio de bienestar están sujetas a los Deducibles, Copagos y Coseguro por visitas al consultorio o por operación o

intervención quirúrgica para Pacientes externos (cuando existen honorarios del centro asociados), tal como se especifica en la Descripción de la cobertura o el SBC.

- Los kits de preparación del colon para usar antes de una colonoscopia para miembros a partir de los 45 años, o menores de 45 años que se consideran de alto riesgo, se cubren como bienestar una vez al año.

### **Prueba de detección de osteoporosis**

Se cubre el examen de medición de la masa ósea para la osteoporosis como beneficio de bienestar. Las pruebas de detección de osteoporosis adicionales están sujetas a los Deducibles, Copagos o Coseguro por consulta o prueba de diagnóstico, tal como se especifica en la Descripción de la cobertura o el SBC.

### **Control del colesterol/lípidos**

Se cubren los controles del colesterol o los lípidos conforme al beneficio de bienestar cada cinco años para los miembros de 20 años en adelante. Los análisis de colesterol realizados, que no sean pruebas de detección dentro del beneficio de bienestar mencionadas aquí, o los cargos adicionales, estarán sujetos a los Deducibles, Copagos o Coseguro correspondientes, tal como se especifica en la Descripción de la cobertura o el SBC.

### **Asesoramiento y pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual**

El asesoramiento conductual intensivo para todos los miembros sexualmente activos que tienen un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual está cubierto anualmente con el beneficio de bienestar.

Además del asesoramiento, los siguientes exámenes de detección están cubiertos para los miembros con el beneficio de bienestar:

#### **Detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)**

Las pruebas de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) están cubiertas anualmente con el beneficio de bienestar.

#### **Exámenes de detección de sífilis**

Los exámenes de detección de sífilis están cubiertos anualmente con el beneficio de bienestar.

#### **Detección del virus de la hepatitis C (VHC)**

Las pruebas de detección del virus de la hepatitis C (VHC) para los miembros están cubiertas anualmente con el beneficio de bienestar.

#### **Detección de clamidia y gonorrea**

Se cubren las pruebas de detección anuales de clamidia y gonorrea con el beneficio de bienestar para mujeres de hasta 24 años, y para mujeres de más edad con mayor riesgo de infección.

#### **Pruebas de detección del virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo**

La prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) mediante pruebas de ADN para mujeres de 30 años o más, una vez cada cinco años, está cubierta con el beneficio de bienestar.

Las pruebas o los cargos adicionales estarán sujetos a los Deducibles, Copagos o Coseguro correspondientes, tal como se especifica en la Descripción de la Cobertura o el SBC.

### **Pruebas de detección y asesoramiento sobre violencia doméstica**

Se cubren evaluaciones y asesoramiento anual para mujeres sobre violencia interpersonal, doméstica o de pareja conforme al beneficio de bienestar. Las consultas o los cargos adicionales estarán sujetos a los Deducibles, Copagos o Coseguro correspondientes, tal como se especifica en la Descripción de la Cobertura o el SBC.

### **Ultrasonido para aneurisma aórtico abdominal**

Se cubre una prueba única de detección por ultrasonido para hombres de 65 a 75 años que hayan fumado alguna vez.

### **Pruebas de detección y asesoramiento sobre el abuso de drogas y alcohol**

Se cubren los exámenes de detección y el asesoramiento sobre el abuso de drogas y alcohol, hasta cuatro visitas al año.

### **Prevención de caídas**

Se cubre el asesoramiento sobre ejercicios o fisioterapia para prevenir caídas en adultos mayores de 65 años que viven en comunidades, y que corren un alto riesgo de sufrir caídas.

### **Pruebas de detección de presión arterial**

Las pruebas de detección de presión arterial están cubiertas.

### **Asesoramiento conductual para la prevención del cáncer de piel**

Se cubre el asesoramiento para personas de 6 meses a 24 años con piel clara, sobre cómo minimizar la exposición a la radiación ultravioleta para reducir los riesgos y prevenir la incidencia del cáncer de piel.

### **Prueba de detección de depresión**

Se cubre la prueba de detección de depresión para los miembros como parte de un examen clínico para garantizar un diagnóstico preciso y el seguimiento del tratamiento.

### **Prueba de detección de la diabetes**

Se cubren pruebas de detección de la diabetes anuales para los miembros.

### **Asesoramiento sobre dieta saludable y actividad física**

Se cubre el asesoramiento anual sobre dieta saludable y actividad física para los adultos con factores de riesgo cardiovascular.

### **Asesoramiento y prueba de detección de obesidad**

Se cubren pruebas de detección de obesidad para adultos y niños de 6 años en adelante. Se cubre el asesoramiento sobre obesidad para adultos y niños de 6 años en adelante. Los servicios incluyen, entre otros, sesiones grupales e individuales de alta intensidad, actividades de manejo conductual y objetivos de pérdida de peso.

### **Prueba de detección de uso de tabaco**

Se cubre una evaluación anual de tabaquismo como parte de un examen clínico. Se cubren métodos de intervención, hasta ocho visitas anuales. Consulte la sección “Programa para dejar de fumar” de esta póliza sobre el programa para dejar de fumar que está cubierto.

### **Prueba de detección de cáncer de pulmón**

Se cubre una prueba de detección anual con una tomografía computada de baja dosis (low-dose computed tomography, LDCT) para miembros de entre 55 y 80 años que tienen antecedentes de haber fumado 30 paquetes por año y que actualmente fuman, o miembros que han dejado de fumar dentro de los últimos 15 años. La prueba de detección será interrumpida cuando el miembro no haya fumado durante 15 años o desarrolle un problema de salud que limite sustancialmente la expectativa de vida o su capacidad o voluntad de someterse a una cirugía curativa de pulmón. Las consultas o los cargos adicionales estarán sujetos a los Deducibles, Copagos o Coseguro correspondientes, tal como se especifica en la Descripción de la cobertura o el SBC. Se requiere autorización previa.

### **Asesoramiento y evaluación de los genes BRCA**

Se cubre el asesoramiento y evaluación sobre los genes BRCA para mujeres cuyos antecedentes personales o familiares de cáncer de mama, cáncer ovárico, cáncer tubárico o cáncer peritoneal esté asociado con un riesgo más elevado de sufrir mutaciones deletéreas de los genes *BRCA1* o *BRCA2*. El asesoramiento y las evaluaciones sobre los genes *BRCA* por motivos que no sean lo que aquí se menciona u otros cargos estarán sujetos a los Copagos, Coseguros o Deducibles correspondientes, según lo establece la Descripción de la cobertura o el SBC. Se requiere

Autorización previa para las pruebas de BRCA.

### **Asesoramiento sobre la quimioprevención para el cáncer de mama**

Se cubre el asesoramiento sobre la quimioprevención del cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo de padecer cáncer de mama y bajo riesgo de sufrir efectos adversos de la quimioprevención para disminuir los riesgos.

### **Análisis de detección del virus de la hepatitis B (VHB)**

Se cubre la prueba de detección de infección por virus de la hepatitis B (VHB) para los miembros que corren alto riesgo de infección.

### **Análisis de detección de infecciones de tuberculosis**

Se cubren los análisis de detección de infección de tuberculosis latente (latent tuberculosis infection, LTBI) para adultos con alto riesgo.

### **Servicios anticonceptivos**

Para obtener una descripción de los servicios, suministros, dispositivos y medicamentos anticonceptivos cubiertos por el beneficio de bienestar, consulte las secciones “Servicios, dispositivos y medicamentos anticonceptivos” de la sección “Lo que está cubierto” y “Anticonceptivos de farmacias para medicamentos con receta para Pacientes externos” de la sección “Lo que está cubierto/Lo que no está cubierto: beneficios de farmacia”.

### **Medicamentos preventivos**

Los siguientes medicamentos están cubiertos en farmacias Participantes por el beneficio de bienestar:

- Suplementos de ácido fólico para mujeres que pueden quedar embarazadas.
- Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses con riesgo de padecer anemia.
- Medicamentos preventivos para la conjuntivitis gonocócica del recién nacido.
- Aspirina para hombres de 45 a 79 años para reducir los infartos de miocardio o para mujeres de 55 a 79 años para reducir los accidentes cerebrovasculares isquémicos. El potencial beneficio de reducir estos problemas debe superar el potencial daño de un aumento en la hemorragia gastrointestinal.
- Aspirina para la prevención primaria de enfermedad cardiovascular (cardiovascular disease, CVD) y cáncer colorrectal (colorectal cancer, CRC) en adultos de 50 a 59 años que tienen al menos un riesgo del 10 % o superior de padecer una CVD, no tienen un riesgo elevado de hemorragias, tienen una expectativa de vida de al menos 10 años y están dispuestos a tomar una dosis baja de aspirina todos los días por al menos 10 años.
- Aspirina para mujeres como medicamento preventivo luego de las 12 semanas de gestación para miembros que corren alto riesgo de padecer preeclampsia.
- Medicación preventiva de estatina para adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares (CVD), con uno o más factores de riesgo de CVD y un riesgo estimado de episodio de CVD del 10 % o más en 10 años.
- Productos para dejar de fumar
- Ciertas vacunas aplicadas en farmacias.
- Los kits de preparación del colon para usar antes de una colonoscopia para miembros a partir de los 45 años, o menores de 45 años que se consideran de alto riesgo, se cubren como bienestar una vez al año.
- Tamoxifeno y raloxifeno usados para la disminución del riesgo de cáncer de mama.
- La profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) para la prevención de la infección con VIH para personas con alto riesgo de infección.

Consulte también “Medicamentos preventivos” en la sección “Lo que está cubierto/Lo que no está cubierto: beneficios de farmacia”.

**Servicios de bienestar para niños, además de cualquier servicio de bienestar que ya figura, que incluyen lo siguiente:**

- Prueba de detección de autismo para niños de 18 y 24 meses.
- Evaluaciones conductuales como parte de los exámenes preventivos.
- Prueba de detección de dislipidemia para niños con mayor riesgo de sufrir trastornos lipídicos.
- Suplementos para la quimioprevención con flúor para niños de 6 meses a 5 años con suministro de agua sin flúor.
- Se proporciona cobertura de los suplementos orales de flúor recetados, solo ingredientes genéricos, para niños de 0 a 6 meses de edad.
- Se cubre la aplicación de barniz para niños de 0 a 6 años de edad.
- Exámenes de control de la audición para recién nacidos y niños.
- Control de la altura, el peso y el índice de masa corporal como parte de los exámenes preventivos para niños.
- Prueba de control del hematocrito o de la hemoglobina para niños.
- Exámenes de detección de hemoglobinopatías o células falciformes para recién nacidos.
- La prueba de detección de plomo está cubierta para niños de 0 a 6 años con riesgo de exposición.
- Evaluación de riesgos de la salud bucal para niños pequeños.
- Prueba de detección de fenilcetonuria (Phenylketonuria, PKU) para este trastorno genético en recién nacidos de 0 a 28 días de vida.
- Prueba de tuberculina para niños con mayor riesgo de sufrir tuberculosis.
- Prueba de detección de hipotiroidismo congénito para bebés de 0 a 90 días de vida.
- Evaluación para la detección de problemas del desarrollo para niños menores de 3 años y control durante toda la infancia.
- Pruebas de control de la vista para niños.

**Los servicios de bienestar para mujeres embarazadas, además de cualquier servicio de bienestar que ya figure, incluyen los siguientes:**

- Pruebas de detección de anemia.
- Pruebas de detección de infecciones urinarias u otras.
- Examen de detección de diabetes gestacional anual, una vez por embarazo.
- Prueba de detección de hepatitis B
- Prueba de detección de incompatibilidad Rh, que también incluye una prueba de seguimiento para mujeres con alto riesgo.
- Asesoramiento sobre lactancia y sacaleches manual; consulte también la sección “Maternidad” de esta Póliza.
- Análisis para la detección de preeclampsia
- Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual

La cobertura Bienestar (Wellness) abarca todos los servicios preventivos recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Service Task Force, USPSTF) que cuentan con una calificación A o B; atención preventiva y estudios de detección incluidos en las normas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios Sanitarios (Health Resources and Services Administration), y vacunas de rutina recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), y mencionadas en los Calendarios de vacunación de los CDC.

## **Cuadernillo de bienestar**

Para acceder a la versión más actual de nuestro cuadernillo de bienestar, Be Healthy (Manténgase saludable), inicie sesión en HealthAlliance.org. Este cuadernillo incluye una lista detallada de los servicios y prácticas, y su código de práctica asociado, cubiertos dentro de la atención de bienestar.

## **LO QUE ESTÁ CUBIERTO/LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO: BENEFICIOS DE FARMACIA**

### **Sus derechos sobre medicamentos con receta**

Tiene derecho a recibir servicios de farmacia seguros y efectivos. También tiene derecho a saber qué fármacos están cubiertos por su plan y los límites que se aplican. Si tiene una pregunta o inquietud acerca de sus beneficios de medicamentos con receta, comuníquese con Health Alliance al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación de Health Alliance o visite HealthAlliance.org. Si desea obtener más información sobre sus derechos o si tiene inquietudes acerca de su plan, puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington al 1-800-562-6900 o en [www.insurance.wa.gov](http://www.insurance.wa.gov). Si tiene una inquietud acerca de los farmacéuticos o las farmacias que le prestan servicios, comuníquese con el Departamento de Salud del estado de Washington al 360-236-4700, [www.doh.wa.gov](http://www.doh.wa.gov) o [HSQACSC@doh.wa.gov](mailto:HSQACSC@doh.wa.gov).

### **LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO (exclusiones y limitaciones)**

Los siguientes servicios se excluyen de la cobertura conforme a esta Póliza.

#### **Cirugía bariátrica para la obesidad grave**

No se cubre la cirugía bariátrica para la obesidad grave.

#### **Procesamiento de la sangre**

No se cubren los costos relacionados con el procesamiento y el almacenamiento de la sangre y sus componentes de una persona designada como donante.

#### **Circunstancias fuera del control de Health Alliance**

En la medida en que un desastre natural, guerra, motín, insurrección civil, epidemia o cualquier otra emergencia o evento similar que no esté dentro del control de Health Alliance provoque que los centros, el personal o los recursos financieros de Health Alliance o cualquiera de sus Proveedores participantes no estén disponibles para brindar o disponer la prestación de un servicio cubierto de acuerdo con los requisitos de esta subsección, Health Alliance solo estará obligada a realizar un esfuerzo de buena fe para brindar o disponer la prestación del servicio teniendo en cuenta el efecto del evento.

#### **Artículos de conveniencia o comodidad**

No se cubren los artículos de conveniencia o comodidad. Estos artículos incluyen, entre otros, barandas, transferencias tubáricas, elevadores de asientos, asientos de inodoro elevados, teléfonos y televisores.

#### **Cirugía estética**

No se cubre la cirugía con fines estéticos y que no sea principalmente por motivos de Necesidad médica. Esto incluye, entre otras, rinoplastias, reducción de mamas, blefaroplastia, liposucción, eliminación de lipomas y manchas de la piel cuando no se realizan debido a que no son medicamento necesarios. No se excluirá la cirugía requerida como parte del tratamiento de afirmación del sexo.

#### **Asesoramiento**

No se cubren los cargos por asesoramiento social o matrimonial.

#### **Atención de convalecencia o cuidado asistencial**

No se cubre la atención de convalecencia ni el Cuidado asistencial en un Hospital general de agudos, centro de Atención especializada o en el hogar.

### **Servicios odontológicos**

No se cubren los servicios odontológicos, a menos que figure específicamente como cubiertos en esta Póliza. Tampoco se cubren los servicios relacionados con Lesiones causadas por masticar o que surjan de este acto. No se cubre la extracción de muelas de juicio. No se cubren las hospitalizaciones por trabajo odontológico, a menos que la internación sea necesaria debido a una afección médica. Para conocer los servicios odontológicos cubiertos, consulte “Servicios odontológicos” y “Cirugía oral” dentro de “Lo que está cubierto”.

### **Artículos desechables**

No se cubren los vendajes autoadministrados ni otros suministros desechables.

### **Equipo médico duradero, aparatos y dispositivos ortopédicos**

Los siguientes dispositivos y aparatos ortopédicos y correctivos no están cubiertos: moldes auriculares, zapatos, taloneras, soportes de arco, guantes, elevadores y cuñas. Las sillas de ruedas (manuales o eléctricas) y las sillas elevadas no están cubiertas, a menos que usted estuviera confinado a una cama o silla sin dicho equipo. Esto incluye los cargos de entrega de la obtención de los artículos.

### **Tratamientos, procedimientos, medicamentos, dispositivos y trasplantes experimentales**

Salvo que se indique lo contrario en esta póliza, como cobertura para “Ensayos clínicos aprobados”, el Plan no paga beneficios por ningún tipo de gasto en el que se incurra por tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o trasplante, o cualquier gasto relacionado con estos, que un director médico determine que cumple con una o más de las siguientes condiciones o estándares:

- El tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o trasplante está sujeto a estudios clínicos de fase I, II, III o IV en curso o, de otra manera, se encuentra en estudio para determinar su seguridad, eficacia o eficiencia, en comparación con la forma estándar de tratamiento o diagnóstico para la afección o enfermedad del miembro.
- Los expertos comparten la opinión de que se necesitan otros estudios o pruebas clínicas para determinar la seguridad, eficacia o eficiencia del tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o trasplante, en comparación con la forma estándar de tratamiento o el diagnóstico para la afección o enfermedad del miembro.
- El medicamento o dispositivo no se puede comercializar legalmente para su afección o enfermedad sin la aprobación de la FDA y no se otorgó la aprobación para la comercialización en el momento en que el medicamento o el dispositivo se receta u otorga.
- El tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o trasplante para el tratamiento o el diagnóstico de su afección o enfermedad no estén en conformidad con las buenas prácticas médicas estándares y no estén reconocidos de manera general y profesionalmente avalados por la comunidad médica en general en el estado de Washington en el momento en que se les proporciona.
- El tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o trasplante para el tratamiento o el diagnóstico de la afección o enfermedad del miembro según un Director Médico sea de naturaleza experimental o investigativa.

Al realizar su determinación de que un tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o trasplante para el tratamiento o el diagnóstico de su afección o enfermedad se excluye de la cobertura conforme a esta subsección, un director médico usará bibliografía médica actual y analizará el caso con expertos médicos y otros organismos de asesoramiento tecnológicos designados por Health Alliance. Cada revisión se realizará caso por caso con respecto a la cobertura de un tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o trasplante solicitado para el tratamiento o diagnóstico de su afección o enfermedad.

Health Alliance proporcionará a un miembro la documentación de respaldo en base a la cual se establecen los criterios, ante la solicitud por escrito. Health Alliance no se negará a proporcionar esta documentación de respaldo como información de propiedad exclusiva.



### **Anteojos, lentes de contacto y tratamiento refractivo**

Los anteojos, los lentes de contacto, las evaluaciones de los lentes de contacto y las adaptaciones para adultos a partir de los 19 años no están cubiertos, a menos que exista un diagnóstico de cataratas o que se indique lo contrario en esta póliza. Para los artículos y servicios cubiertos, consulte “Atención de la vista” en “Lo que está cubierto”. No se cubren los lentes tintados, los lentes progresivos (bifocales o trifocales sin línea divisoria), el recubrimiento antirreflectante y los lentes de gran tamaño. La cirugía oftalmológica refractiva no está cubierta, incluidas, entre otras, las cirugías de queratotomía refractiva, queratotomía radial y queratomileusis in situ asistida con láser (LASIK).

### **Acondicionamiento físico**

No se cubre ningún programa diseñado para el acondicionamiento físico general ni la membresía a gimnasios para el mismo objetivo. La terapia de rehabilitación no se incluye en esta exclusión.

### **Responsabilidad gubernamental**

No se cubre la atención para discapacidades relacionadas con el servicio militar a la cual usted tiene derecho legalmente y para la cual cuenta con centros médicos disponibles razonablemente, o para las afecciones que las leyes locales o estatales requieren que se traten en un centro médico público, a menos que exista responsabilidad legal.

### **Audífonos**

Los audífonos, sus adaptaciones o las pruebas para el uso de un audífono no están cubiertos. Cualquier servicio, suministro o tratamiento para la rehabilitación de un problema auditivo tampoco está cubierto.

### **Hipnoterapia**

No se cubren los cargos por el tratamiento y los servicios relacionados con la hipnoterapia.

### **Actividades ilegales**

No están cubiertos aquellos cargos por ningún servicio, suministro o tratamiento que resulte de una ocupación ilegal o de cometer, o intentar cometer, un delito mayor o que surja durante dicho acto.

### **Servicios para tratar la Infertilidad**

No se cubren los siguientes servicios:

- Inseminación artificial.
- Fertilización in vitro, lavado uterino para recolección de embriones, transferencia de embriones, transferencia intratubárica de gametos, transferencia intratubárica de cigotos y transferencia tubárica baja del óvulo.
- Tecnologías de reproducción asistida (TRA): tratamientos o métodos en que los ovocitos o el espermatozoides humanos se extraen, y los ovocitos o embriones humanos se manipulan en el laboratorio. La cobertura de TRA incluye terapia con medicamentos con receta usados durante el ciclo en el que se realiza la Extracción de ovocitos.
- Medicamentos con receta para pacientes externos y medicamentos especializados con receta para el tratamiento para la Infertilidad.
- Reversión de la esterilización voluntaria, sin embargo, si la esterilización voluntaria revierte efectivamente, los servicios para la Infertilidad estarán disponibles si el diagnóstico del miembro coincide con la definición de Infertilidad. La cobertura no se proporciona para los servicios de diagnóstico necesarios para confirmar una inversión exitosa.
- Pago de servicios prestados a una gestante subrogada.
- Costos asociados con la criopreservación y el almacenamiento de espermatozoides, óvulos y Embriones.
- Costos de un donante de óvulos o espermatozoides.

- Los costos de viaje desde la dirección particular del miembro según lo presentado en Health Alliance o los costos de viaje que no son médicamente necesarios, exigidos ni requeridos por Health Alliance. Health Alliance no proporcionará cobertura para los servicios para la Infertilidad que se consideren experimentales o de investigación según lo respaldado por la determinación por escrito de la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva o el Colegio Estadounidense de Obstetricia. Health Alliance cubrirá el tratamiento para la Infertilidad de diagnóstico que incluya servicios o tratamientos que no sean de naturaleza experimental y que se puedan definir y cobrar por separado del tratamiento para la Infertilidad considerado experimental.
- Tratamientos para la Infertilidad prestados a Dependientes menores de 18 años.
- Servicios que no cumplen con las normas de buena práctica médica y que no están reconocidos de manera general ni están profesionalmente avalados por la comunidad médica en general en el momento en que se le deben proporcionar.
- Embriones de donantes.

### **Atención institucional**

No se cubre la atención institucional que tiene como principal objetivo controlar o cambiar su entorno ni la asistencia de mantenimiento, cuidado asistencial, atención domiciliaria, atención de convalecencia o curas de reposo.

### **Obesidad**

No se cubren cargos por fórmulas especiales, suplementos alimenticios, dietas especiales, minerales, vitaminas o programas para la pérdida de peso supervisados por personal Médico y no Médico. El tratamiento o los productos para la obesidad, la adicción a los alimentos o la reducción del peso no están cubiertos.

### **Procedimientos para revertir la esterilización**

No se cubre el procedimiento quirúrgico realizado para revertir la esterilización voluntaria.

### **Servicios que no son médicamente necesarios**

Los exámenes físicos para obtener o continuar el empleo, para licencia gubernamental o para asegurar la cobertura del seguro no están cubiertos.

Los servicios de rehabilitación vocacional u otros servicios o suministros, distintos a los servicios básicos de atención médica, que no sean médicamente necesarios para el tratamiento, el mantenimiento o la mejora de su salud no están cubiertos.

No se cubre la atención médica pedida o dirigida por personas que no sean un profesional médico autorizado, médico o un psicólogo clínico certificado, refugios familiares o servicios con un diagnóstico de asesoramiento matrimonial que no estén relacionados con afecciones de salud mental.

No se cubren los servicios que no son de naturaleza principalmente médica como, entre otros: colchones tradicionales, filtros de aire, jacuzzis o hidromasajes, piscinas, equipos para hacer ejercicios, mamparas de un gimnasio, aires acondicionados, filtros o dispositivos adaptables para sistemas de aire acondicionado y calefacción central, asientos para automóviles y servicios educativos, a menos que se especifique en otro lugar de la póliza.

### **Lesiones de la piel**

No se cubre la eliminación de lesiones de la piel, principalmente, por motivos estéticos en lugar de Necesidad médica.

### **Bebidas suplementarias, vitaminas y productos para aumentar de peso**

No se cubren los suministros o productos de venta libre que se toman para suplementar la ingesta calórica, que no son de naturaleza principalmente médica y no se usan como única fuente de nutrición.

## Otros artículos no cubiertos

- Salvo que se indique lo contrario en esta póliza, cualquier servicio, suministro o tratamiento que no esté recetado por un médico o un proveedor calificado.
- Cualquier servicio, suministro, tratamiento, diagnóstico o consejo por el que no se le exige legalmente pagar.
- Cualquier servicio, suministro o tratamiento prohibido por las leyes de los Estados Unidos o el estado en donde se produjo el gasto.
- Cualquier atención médica, tratamiento, servicio o suministro proporcionado por un centro médico adquirido u operado por un Gobierno nacional o estatal. Los cargos se cubren si tiene una obligación legal de pagar la atención médica o el tratamiento, o si los Estados Unidos tienen la autoridad de recuperar o cobrar el costo razonable de dicha atención médica o servicio.
- Toda lesión o enfermedad que surja o se produzca en el transcurso de su empleo asalariado o por el que recibe una ganancia y que esté cubierto por la Indemnización por accidentes laborales o ley similar. Si se rechaza su reclamo de indemnización por accidente laboral, deberá enviar la denegación a Health Alliance dentro de los 90 días.
- Cargos por citas programadas y no cumplidas (faltar a las citas).
- Cargos incurridos antes de estar cubierto por el Plan o después que finaliza su membresía en el Plan.
- Complicaciones que surjan directamente de condiciones excluidas legítimamente.
- Servicios proporcionados por un profesional no certificado.
- Servicios prestados o facturados por un Proveedor que el Gobierno federal ha inhabilitado.
- Cualquier servicio, suministro o tratamiento recibido fuera de los Estados Unidos de América, que no sean los Servicios de emergencia ni de urgencia.

## APELACIONES

Las apelaciones se dividen en dos categorías: decisiones administrativas o denegaciones de cobertura sobre la base de la Necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención médica o eficacia. Usted, o cualquier persona que usted hubiera elegido como su representante autorizado, incluido su médico u otro proveedor de atención médica o abogado, pueden solicitar una apelación dentro de los 180 días de haber recibido la notificación de denegación inicial. Puede hacerlo por teléfono, llamando al **Departamento de Relaciones para los miembros al número 1-800-500-3373 o por escrito a: Member Relations Department, Health Alliance Northwest Health Plan, 3310 Fields South Drive, Champaign, Illinois 61822**. La parte que presenta la apelación puede enviarnos por escrito comentarios, documentos, registros u otra información con respecto a su apelación.

### Revisión administrativa

Las apelaciones de las decisiones administrativas serán revisadas por un comité de revisión o una persona no implicada en la denegación inicial y que no trabaje bajo la autoridad de la persona que toma la decisión inicial. Health Alliance le informará a la parte que presenta la apelación dentro de los tres días hábiles sobre cualquier información que sea requerida para evaluar la apelación. Health Alliance le notificará su decisión por escrito a la parte que presenta la apelación dentro de los 14 días desde la fecha en que Health Alliance reciba toda la información solicitada para completar la revisión.

### Revisión de Necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención médica o eficacia

Las apelaciones por la denegación de la cobertura de los servicios de atención médica serán revisadas por un Profesional clínico no implicado en la denegación de la cobertura de los servicios de atención médica. Health Alliance le informará a la parte que presenta la apelación dentro de los tres días hábiles sobre cualquier información que sea requerida para evaluar la apelación. Health Alliance tomará una decisión y les informará a usted, su representante autorizado, su Médico y cualquier otro Proveedor de atención médica que recomendó los servicios dentro de los 14 días de la recepción de toda la información necesaria, pero antes de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud de apelación. Cuando un servicio o tratamiento es

experimental o se encuentra en fase de investigación, Health Alliance tomará una decisión y les informará a usted, su representante autorizado, su médico y cualquier otro proveedor de atención médica que recomendó los servicios dentro de los 20 días de la recepción de toda la información necesaria, pero antes de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud de apelación.

Si usted ha agotado el proceso de apelaciones internas, tiene derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise dicha decisión (consulte “Revisión externa de apelaciones”).

### **Revisión acelerada de una Necesidad médica**

Usted, su representante autorizado, Médico u otro Proveedor de atención médica pueden solicitar una apelación por la denegación de los servicios de atención de urgencia que requieren Autorización previa. Un Profesional clínico no implicado en la decisión original de denegar la cobertura de los servicios de atención médica revisará la apelación. Health Alliance tomará una decisión y les informará a usted, su representante autorizado, su Médico y otro Proveedor de atención médica que recomendó los servicios por teléfono dentro de las 24 horas de la recepción de toda la información solicitada, pero antes de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud de apelación. Health Alliance proporcionará una notificación por escrito dentro de las 72 horas después de haber tomado la decisión.

Si la apelación de su solicitud de Autorización previa es denegada y ha agotado el proceso de apelaciones internas, usted tiene derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise dicha decisión (consulte “Revisión externa de apelaciones”). Si padece una afección médica en la que el plazo para completar una revisión externa estándar pondría en peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, se puede solicitar una revisión externa acelerada. Si los servicios de atención médica solicitados son denegados y la denegación concierne a una admisión de emergencia, disponibilidad de atención médica, hospitalización continua u otro servicio de atención médica y a usted no le han dado de alta del centro médico, puede solicitar una revisión externa acelerada. Si la denegación de cobertura se basa en la determinación de que el servicio o el tratamiento solicitado es experimental o de investigación y su Proveedor de atención médica certifica por escrito que el servicio o el tratamiento sería significativamente menos efectivo si no se iniciara de manera inmediata, puede solicitar una revisión externa acelerada (consulte “Revisión externa de apelaciones” y “Revisión acelerada de una Necesidad médica”).

### **Revisión externa de apelaciones**

Para las denegaciones realizadas sobre la base de cuestiones de necesidad médica, adecuación, entorno de atención médica o nivel de atención o eficacia, usted, su representante autorizado, su médico, u otro proveedor de atención médica o abogado, pueden solicitar una revisión externa a cargo de una organización de revisión independiente (independent review organization, IRO) si no está conforme con la resolución de Health Alliance de denegarle la cobertura de servicios de atención médica y usted ha agotado el proceso interno de apelación. Esto se le ofrece sin costo alguno para usted. Health Alliance le enviará la información proporcionada a la IRO para revisión, que se le puede proporcionar a usted o a su proveedor previa solicitud. Tendrá cinco días hábiles para presentar cualquier información adicional a la IRO. La IRO le enviará su decisión por escrito dentro de los 15 días después de recibir la información necesaria o dentro de los 20 días después de que la IRO reciba la solicitud.

Puede comunicarse con la línea de asistencia para el consumidor de la Oficina del comisionado de seguros, sin cargo, al 1-800-562-6900; por escrito a: Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA), Office of the Insurance Commissioner, P.O. Box 40256, Olympia, WA 98504; o a [www.insurance.wa.gov](http://www.insurance.wa.gov).

Excepto en el caso de una revisión acelerada de la denegación inicial de una solicitud de autorización previa urgente, deberá agotar el proceso de revisión interna antes de que pueda solicitar una revisión externa.

También se considerará que ha agotado el proceso interno de revisión en estos casos:

- No ha recibido nuestra decisión por escrito sobre su apelación interna dentro de los 30 días (consulte “Apelaciones” y “Revisión de Necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de

atención médica o eficacia”).

- No ha recibido nuestra decisión por escrito sobre su apelación interna acelerada dentro de las 72 horas (consulte “Apelaciones” y “Revisión acelerada de una Necesidad médica”).
- Health Alliance acepta renunciar al requisito de agotamiento de revisión interna.
- Si solicita por escrito un reclamo contra Health Alliance y no recibe una explicación con una descripción específica de sus fundamentos, si los hubiere, para afirmar que el reclamo no debería causar que el proceso interno de reclamos y apelaciones se considere agotado dentro de los 10 días calendario.

**Revisión de Necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención médica o eficacia**

Se puede presentar una solicitud por escrito para la revisión externa dentro de los seis meses después de haber recibido la notificación de denegación de su solicitud de autorización previa o de la apelación para aprobación de la cobertura de servicios de atención médica. Se realizará la asignación de una organización de revisión independiente dentro de los tres días hábiles después de determinar que su solicitud es elegible para una revisión externa o dentro de las 24 horas si se trata de una revisión urgente. El revisor independiente tomará una decisión dentro de los 15 días después de recibir toda la información necesaria o dentro de los 20 días después de la derivación, lo que ocurra antes. En circunstancias excepcionales en las que la información esté incompleta, la determinación puede demorarse, a más tardar, hasta 25 días después de recibir la derivación. El revisor independiente proporcionará una notificación por escrito de su decisión a todas las partes involucradas en la apelación.

Tipo de aviso o extensión	Plazos
Si su solicitud de Autorización previa o la apelación para la aprobación de la cobertura son denegadas, usted debe presentar su solicitud de revisión externa dentro de los:	6 meses
Si Health Alliance determina que su solicitud no es elegible para una revisión externa, Health Alliance le notificará por qué su solicitud no es elegible o está incompleta dentro de:	1 día hábil
La Oficina del Comisionado de Seguros designará una organización de revisión independiente después de determinar que su solicitud es elegible dentro de los:	3 días hábiles
Usted y su representante autorizado deben proporcionar información adicional a la organización de revisión independiente desde la fecha en que recibe el aviso dentro de los:	5 días hábiles
<b>La organización de revisión independiente le notificará su decisión dentro de los:</b>	15 días después de recibir toda la información necesaria o dentro de los 20 días después de la derivación, lo que ocurra antes; O BIEN, dentro de las 72 horas si la revisión es acelerada.

### **Revisión acelerada de una Necesidad médica**

Se puede solicitar una revisión externa acelerada de forma oral o por escrito si usted, su Médico u otro Proveedor de atención médica involucrado en la apelación consideran que la denegación de la cobertura de los servicios de atención médica o una revisión externa estándar podrían poner en peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperarse al máximo.

### **QUEJAS**

Si tiene una queja sobre algún asunto médico o administrativo relacionado con los servicios de Health Alliance que su médico o el personal de la clínica o el hospital no pueden resolver, llame a Health Alliance al 1-866-247-3296 o comuníquese por escrito a: Customer Service Department, Health Alliance Northwest Health Plan, 3310 Fields South Drive, Champaign, Illinois 61822.

Puede presentar una queja ante los Asesores de Beneficios de Seguros Médicos en todo el Estado (SHIBA), Oficina del Comisionado de Seguros, escribiendo a la dirección: Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA), Office of the Insurance Commissioner, P.O. Box 40256, Olympia, WA 98504. También puede comunicarse directamente con la línea de asistencia para el consumidor de la Oficina del comisionado de seguros al 1-800-562-6900.

### **FINALIZACIÓN**

En el caso de que el Grupo Empleador finalice esta póliza, todos los derechos a beneficios y servicios quedarán sin efecto en la fecha de la finalización. El Grupo Empleador será responsable de notificarle la finalización de esta póliza en conformidad con esta subsección.

Si usted deja de trabajar para el Grupo Empleador, la cobertura conforme a esta póliza finalizará el último día del mes en el que termine el empleo o según se especifique de otro modo en el Acuerdo de Inscripción Grupal. Si pierde la elegibilidad para seguir siendo miembro del Grupo Empleador mientras el Acuerdo de Inscripción Grupal entre Health Alliance y el Grupo Empleador esté en vigencia, usted puede ser elegible para seguir contando con la cobertura sujeto a las disposiciones establecidas en la sección “Continuación de la cobertura de Grupo Empleador”.

Health Alliance puede terminar sus beneficios y cancelar esta Póliza de inmediato por cualquiera de los siguientes motivos:

- La Tarjeta de identificación de Health Alliance se proporciona para que la use cualquier persona no elegible para los servicios cubiertos por esta Póliza.
- Ya no vive o trabaja en el Área de servicio.
- No se realiza el pago de la prima requerida según la sección “Primas” de esta Póliza, sujeta al período de gracia.
- Cualquier otro motivo permitido por la ley estatal o federal.

La cobertura de un dependiente de un empleado activo, cuando medicare es el pagador principal, inscrito en el plan de Grupo Empleador Medicare Advantage o Medicare Supplement Plan, finalizará:

- la fecha en que el empleado ya no está cubierto por ningún plan ofrecido por el Grupo Empleador;
- la fecha en que él o ella ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad para dependientes según lo establece la sección elegibilidad, inscripción y fecha de entrada en vigencia de la cobertura;
- la fecha de fallecimiento del empleado;
- la fecha en la que cualquier contribución obligatoria para la cobertura no se paga, sujeto al período de gracia aplicable;

- la fecha en que el Grupo Empleador elimina la cobertura de los dependientes para todos los titulares de pólizas; o
- la fecha de la finalización del Plan, lo que ocurra primero.
- O bien, cualquier otro motivo de finalización según se establece en la sección finalización de esta póliza.

Health Alliance puede anular sus derechos y los derechos de cualquier dependiente cubierto y cancelar esta póliza a partir de la fecha de entrada en vigencia inicial si usted realiza una acción o práctica que constituya un fraude o represente una tergiversación intencional de un hecho importante, tal como lo prohíben los términos y las condiciones de su póliza. Se le exigirá al Miembro, o al padre o tutor responsable en caso de que sea un menor, que le reembolse a Health Alliance todos los montos abonados en su nombre en concepto de servicios de atención médica desde la Fecha de entrada en vigencia de la cobertura hasta la fecha de su finalización, así como los gastos y honorarios razonables de abogados incurridos para cobrar dichos montos. Se le entregará un aviso por escrito, al menos, 30 días antes de la rescisión de su Póliza. Tiene derecho a apelar dicha rescisión.

Si un miembro no es elegible para la cobertura conforme al Plan y la información se ocultó u omitió, lo que constituiría fraude o tergiversación intencional de información, y los proveedores recibieron un reembolso por los servicios y suministros en nombre del miembro, dicho miembro, o los padres responsables o tutor en caso de un menor de edad, deben reembolsar a Health Alliance todas las sumas pagadas en su nombre por los servicios de atención médica junto con todos los honorarios razonables de los abogados y los gastos incurridos en el cobro de dichas sumas.

La cobertura de un hijo dependiente finalizará el último día del mes en que el dependiente cumpla la edad límite, o según lo establezca el Acuerdo de Inscripción Grupal. Si el hijo dependiente es incapaz de trabajar para autosustentarse debido a una discapacidad física evidente, y si depende de sus padres u otros Proveedores de atención para su cuidado y supervisión de por vida, seguirá recibiendo cobertura como hijo dependiente mientras duren la discapacidad y la dependencia.

La cobertura de servicios de atención médica conforme a esta Póliza finalizará a las 11:59 p.m. de la Fecha de entrada en vigencia de la finalización de la presente Póliza. La obligación de Health Alliance, en virtud de esta Póliza, se limita a organizar la prestación de los servicios de atención médica establecidos en esta Póliza hasta la Fecha de entrada en vigencia de la finalización. Health Alliance no será responsable de organizar la prestación o el reembolso por la prestación de servicios de atención médica cubiertos después de la Fecha de entrada en vigencia de la finalización. La “Fecha de entrada en vigencia de la finalización”, a los efectos de esta sección, hace referencia a la fecha en la que Health Alliance tiene el derecho de dar por finalizada esta Póliza de acuerdo con los términos y las condiciones de esta Póliza, o la fecha en la que usted ya no cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en la sección “Elegibilidad, inscripción y Fecha de entrada en vigencia de la cobertura” de esta Póliza.

En el caso de que Health Alliance decida dejar de proporcionar el tipo particular de producto de seguro, tendrá lugar el siguiente proceso:

- Health Alliance les avisará a usted y a su empleador al menos 90 días antes de la fecha sobre la anulación del producto de seguro.
- Health Alliance le ofrecerá a su empleador la opción de comprar un plan disponible que se preste actualmente.
- Si se elimina un producto de seguros, Health Alliance lo hará uniformemente e independientemente de cualquier reclamo del empleador o situación de salud del miembro específicos.

## COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Esta disposición de coordinación de beneficios (coordination of benefits, COB) se aplica cuando usted o su Dependiente cubierto tienen cobertura de atención médica en más de un plan. Cuando usted cuenta con la cobertura de dos o más planes de salud, los beneficios proporcionados por el otro plan se coordinarán con los que ofrece este Plan.

Si usted tiene la cobertura de más de un plan de beneficios de salud y no sabe cuál es su plan principal, usted o su proveedor deben comunicarse con cualquiera de los planes de salud para verificar cuál plan es el principal. El plan de salud que usted contacte es responsable de trabajar con el otro plan para determinar cuál es el principal y le proporcionarán esta información a usted dentro de los 30 días calendario.

**ADVERTENCIA:** Todos los planes de salud tienen requisitos de presentación de reclamos puntuales. Si usted o su proveedor no presentan su reclamo a un plan de salud secundario dentro del límite de tiempo de presentación de reclamos del plan, el plan puede rechazar el reclamo. Si sufre demoras en el procesamiento de su reclamo por parte del plan de salud principal, usted o su proveedor deberán presentar su reclamo al plan de salud secundario dentro de sus límites de tiempo de presentación de reclamos para evitar el rechazo del reclamo.

Para evitar demoras en el procesamiento de reclamos, si usted tiene la cobertura de más de un plan, debe informar sin demora cualquier cambio en su cobertura a sus proveedores y planes.

### Definiciones

1. Un “Plan” es cualquiera de los puntos enumerados a continuación y mediante el cual se proporcionan beneficios o servicios para la atención o el tratamiento médico u odontológico. Sin embargo, si se usan diferentes contratos para brindar cobertura coordinada a los Miembros de un Grupo, estos contratos separados se considerarán partes del mismo plan y no habrá COB entre esos contratos.
  - Un “Plan” incluye lo siguiente: Seguro grupal; panel cerrado u otras formas de cobertura grupal o del tipo colectivo (ya sea para personas aseguradas o no aseguradas); seguro individual o familiar; panel cerrado de proveedores u otra cobertura individual; componentes de atención médica de los contratos grupales de atención a largo plazo, como atención de enfermería especializada; y beneficios a través de Medicare u otros beneficios gubernamentales, según lo permita la ley.
  - Un “Plan” no incluye: Seguro de indemnización del hospital; cobertura del tipo de accidente escolar; beneficios para componentes no médicos de pólizas grupales de atención a largo plazo; beneficios médicos en virtud de contratos automotores individuales o del Grupo Empleador, seguro automotor sin culpa (sea cual fuere su denominación) y pólizas complementarias de Medicare, pólizas de Medicaid y cobertura en virtud de otros planes gubernamentales, a menos que la ley lo permita.
2. Las “Normas de determinación del orden de beneficios” determinan si este Plan es un “plan principal” o un “plan secundario” en relación con otro plan que cubre a la persona.
  - Cuando este Plan es un plan principal, sus beneficios se determinan antes de que se determinen los de cualquier otro plan y sin considerar los beneficios del otro plan.
  - Cuando este Plan es un plan secundario, sus beneficios se determinan después de que se determinen los de otro plan y se pueden reducir debido a los beneficios del plan principal.
  - Cuando existen más de dos planes de salud que cubren a la persona, este Plan puede ser un plan principal respecto de uno o más de los otros planes y puede ser un plan secundario respecto de un plan diferente u otros planes.
3. “Gasto permitido” se refiere a un servicio de atención médica o el gasto de un servicio similar, o un gasto para el cual se aplica la COB, incluidos Copagos, Coseguro y Deducibles, que está cubierto, al menos



parcialmente, por cualquiera de los planes que cubren a la persona. Cuando un plan ofrece beneficios en forma de servicios (por ejemplo, un HMO), se considerará el valor razonable en efectivo de cada servicio como un gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto o servicio que no esté cubierto por ningún plan no es un gasto permitido. Los siguientes son ejemplos de gastos o servicios que no son gastos permitidos:

- Si una persona cubierta está internada en una habitación privada de un hospital, la diferencia entre el costo de una habitación semiprivada y una habitación privada en el hospital no es un gasto permitido (a menos que la internación del paciente en una habitación privada del hospital sea médicamente necesaria en virtud de la práctica médica generalmente aceptada o que uno de los planes ofrezca cobertura para habitaciones privadas en un hospital).
  - Si una persona tiene cobertura a través de dos o más planes que calculan sus pagos de beneficios según la tarifa usual, común y razonable, cualquier monto que supere la tarifa usual, común y razonable más alta por un beneficio específico no es un gasto permitido.
  - Si una persona tiene cobertura a través de dos o más planes que brindan beneficios o servicios según las tarifas negociadas, cualquier monto que supere las tarifas negociadas más altas no es un gasto permitido.
  - Si una persona está cubierta por un plan que calcula sus beneficios o servicios según la tarifa usual, común y razonable y otro plan que brinda sus beneficios o servicios según una tarifa negociada, la forma de pago del plan principal será el gasto permitido para todos los planes.
  - El monto en que se reduce un beneficio por el plan principal porque una persona cubierta no cumple con las disposiciones del plan no es un gasto permitido. Ejemplos de estas disposiciones son las segundas opiniones quirúrgicas, la Autorización previa o cuando la persona cubierta tiene un beneficio más bajo porque no usa un Proveedor participante.
4. “Período de determinación de reclamo” significa un Año de beneficios. Sin embargo, dicho período no incluye ninguna parte de un año durante el cual una persona no tiene cobertura de este Plan, o antes de la Fecha de entrada en vigencia de esta disposición sobre COB o una disposición similar.
  5. Un “Plan de panel cerrado” es un plan que ofrece beneficios médicos a personas con cobertura, principalmente, en forma de servicios a través de un panel de Proveedores que tienen un contrato con Health Alliance, y que limita o excluye beneficios por servicios que brindan otros Proveedores, excepto en casos de una Afección médica de emergencia o de remisión por parte de un Proveedor del panel.
  6. Un “Padre con la custodia” es un padre o una madre a quien se le ha otorgado la custodia por sentencia judicial. Si no existe una sentencia judicial, es el padre con quien el niño vive más de la mitad del año calendario sin considerar las visitas temporarias.

#### **Normas de determinación del orden de beneficios**

Este Plan determina su orden de beneficios utilizando la primera de las siguientes normas que aplique:

1. Se considera que un plan con ninguna disposición para la coordinación con otros beneficios paga sus beneficios antes que un plan que incluye dicha disposición.
2. **No Dependiente/Dependiente.** Los beneficios del Plan que cubren a la persona como un empleado o miembro (es decir, que no sea un dependiente) se determinan antes que los del plan que cubre a la persona como un dependiente. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como consecuencia de la ley federal, Medicare es secundario del plan que cubre a la persona como dependiente y principal del plan que cubre a la persona de otro modo que no sea como dependiente (p. ej., un empleado jubilado), el orden de los beneficios entre los dos planes se revierte de manera que el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, titular de póliza, suscriptor o jubilado es el plan secundario y el otro plan es el principal.

3. **Hijo dependiente, padres no separados legalmente o divorciados:** Excepto como se indica en el punto (4) a continuación, cuando este Plan y otro plan cubren al mismo hijo como Dependiente de diferentes personas, llamados “progenitores”, se sigue este orden:

- Los beneficios del plan del progenitor cuyo cumpleaños cae en una fecha más temprana en el año se determinan antes que los del plan del progenitor cuyo cumpleaños cae en una fecha posterior.
- Si ambos padres tienen la misma fecha de nacimiento, los beneficios del plan que cubrió a uno de los padres por más tiempo se determinan antes que los del plan que cubrió al otro padre por menos tiempo.

4. **Hijo dependiente con padres separados legalmente o divorciados.** Si dos o más planes cubren a una persona como hijo Dependiente de padres divorciados o separados, los beneficios para el hijo se determinan en este orden:

- El plan del padre que tenga la custodia del hijo.
- El plan del Cónyuge legal del padre que tenga la custodia del hijo.
- El plan del padre que no tenga la custodia del hijo.
- El plan del Cónyuge del padre que no tenga la custodia del hijo.

Sin embargo, si las condiciones específicas de una sentencia judicial establecen que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica del hijo y la entidad obligada a pagar o proporcionar los beneficios del plan de ese padre tiene conocimiento real de esas condiciones, los beneficios de ese plan se determinan primero. El plan del otro padre será el plan secundario. Este párrafo no se aplica a ningún período de determinación de reclamo o Año de beneficios cuando los beneficios efectivamente se pagan o brindan antes de que la entidad tenga conocimiento real.

5. **Hijo Dependiente/custodia compartida.** Si las condiciones específicas de una sentencia judicial establecen que los padres tendrán la custodia compartida, sin indicar que uno de los ellos es responsable de los gastos de atención médica del hijo, los planes que cubren al hijo respetarán las normas de determinación de orden de beneficios descritas en el punto (3) anterior.

6. **Dependiente adulto.** Si un dependiente casado tiene su propia cobertura como dependiente dentro del plan de su cónyuge y tiene cobertura como dependiente dentro del plan de alguno de sus padres o ambos, los planes que cubren al dependiente se regirán por las normas de determinación de orden de beneficios descritas en el punto (9) más abajo.

- Si la cobertura del Dependiente dentro del plan del Cónyuge empezó el mismo día que la cobertura como Dependiente dentro del plan de uno de sus padres o ambos, los planes que cubren al Dependiente se regirán por las normas de determinación de orden de beneficios descritas en el punto (3) arriba.

7. **Empleado activo/inactivo.** Los beneficios de un plan que cubre a una persona como empleado que no fue despedido ni se jubiló (o como dependiente del empleado) se determinan antes que los de un plan que cubre a esa persona como despedida o jubilada (o como dependiente del empleado). Si el otro plan no tiene esta norma y si, como resultado, los planes no concuerdan en el orden de beneficios, se ignorará este requisito.

8. **Continuación de la cobertura.** Si una persona que tiene cobertura conforme a un derecho de continuación provisto por ley federal o estatal también tiene cobertura de otro plan, el orden de la determinación de beneficios será el siguiente:

- Los beneficios del plan que cubre a la persona como Miembro, o como Dependiente de esta persona, se pagarán primero.
- Los beneficios del plan que ofrece continuación de la cobertura se pagarán en segundo lugar.

Si el otro plan no tiene la determinación de orden de beneficios que se describe en esta subsección y si, como resultado, los planes no concuerdan en el orden de beneficios, se ignorará este requisito.

9. **Tiempo de cobertura más largo/más corto.** Si ninguna de las normas anteriores determina el orden de los beneficios, los beneficios del plan que cubrió a un Empleado o Miembro por más tiempo se determinarán antes que los del plan que cubrió a esa persona por menos tiempo.
10. **Red.** Si el plan principal tiene una red de Proveedores y el plan secundario no tiene este tipo de red, el plan secundario debe pagar los beneficios como si se tratara de un plan principal cuando una persona cubierta utiliza un Proveedor no participante, a menos que los servicios se presten en una situación de emergencia o el plan principal los autorice y pague.
11. **Plan secundario para calcular beneficios.** Al determinar el monto a pagar por el plan secundario en un reclamo, si el plan deseara coordinar los beneficios, el plan secundario debe realizar el pago por un monto que, cuando se combina con el monto pagado por el plan principal, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes para el reclamo sean equivalentes al 100 % del gasto total permitido para ese reclamo. Sin embargo, en ningún caso la compañía de seguros secundaria puede ser obligada a pagar por encima de su beneficio máximo más los ahorros acumulados. En ningún caso el afiliado será responsable de un monto de deducible mayor que el más alto de los dos deducibles. El plan secundario debe calcular sus ahorros restando el monto que pagó como plan secundario del monto que habría pagado si hubiese sido principal. Estos ahorros se registran como una reserva de beneficio para la persona cubierta y deben ser utilizados por el plan secundario para pagar cualquier gasto permitido que no se pague de otro modo, en el que incurra la persona cubierta durante el período de determinación del reclamo.
12. Si ninguna de las normas descritas anteriormente se aplica, los planes deben compartir el gasto permitido por igual.

#### **Efecto sobre los beneficios de este Plan**

Cuando este Plan es secundario, puede reducir sus beneficios para que el total de beneficios pagados o proporcionados por todos los planes durante un período de determinación de reclamo no sea más del 100 % del total de los gastos permitidos. Cada beneficio se reduce en proporción y luego se cobra teniendo en cuenta cualquier límite de beneficios aplicable de este Plan. Asimismo, el plan secundario debe acreditar al deducible de su plan cualquier monto que habría acreditado a su deducible en ausencia de otra cobertura de atención médica.

#### **Derecho a recibir y divulgar información necesaria**

Ciertos datos sobre la cobertura y los servicios de atención médica son necesarios para aplicar estas normas de COB y para determinar los beneficios pagaderos según este Plan y otros planes. Health Alliance puede obtener la información que necesita de otras organizaciones o personas, o bien, entregarles a dichas organizaciones o personas esa información, con el fin de aplicar estas normas y determinar los beneficios pagaderos según este Plan y otros planes que cubren a la persona que reclama los beneficios. Health Alliance no tiene la obligación de informarle a ninguna persona ni de obtener su consentimiento para hacer esto. Cada persona que reclame beneficios según este Plan debe proporcionarle a Health Alliance la información necesaria para aplicar dichas normas y determinar los beneficios pagaderos.

Health Alliance también puede solicitarle información actualizada anualmente o cuando se reciba información que indique un cambio en la información que tenemos en nuestros archivos para así verificar o actualizar su información de coordinación de beneficios. Usted puede completar y devolver la solicitud por correo o puede comunicarse con Health Alliance llamando al número que figura en el reverso de su Tarjeta de identificación de Health Alliance para responder a estas solicitudes. Si no se recibe respuesta dentro de los 45 días a partir de la recepción del pedido de información, los reclamos pueden no ser considerados para el pago.

## **Posibilidad de pago**

Un pago realizado conforme a otro plan puede incluir un monto que se debería haber pagado conforme a este Plan. Si es el caso, es posible que Health Alliance pague este monto a la organización que realizó ese pago. Por lo que el monto se considerará como si fuese un beneficio pagado conforme a este Plan. Health Alliance no tendrá que pagar ese monto otra vez. El término “pago realizado” incluye proporcionar beneficios en forma de servicios, en cuyo caso “pago realizado” significa el valor en efectivo razonable de los beneficios proporcionados en forma de servicios.

## **DERECHO DE RECUPERACIÓN**

Si el monto de los pagos realizados por Health Alliance es mayor que el que debería haber pagado en virtud de esta disposición de la coordinación de beneficios (COB), puede recuperar el exceso de una o más de las personas a las que le pagó o por la cual pagó; o cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados para la persona cubierta. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios. Usted tiene la obligación de proporcionar información o ayuda o de entregar cualquier documento que el Plan requiera de forma razonable para el ejercicio de sus derechos en virtud de esta disposición. Esta disposición se aplica ya sea que el tercero admita su responsabilidad o no.

Health Alliance también puede solicitarle información sobre la base de los reclamos u otra información recibidas con el fin de verificar la información de responsabilidad de terceros o para confirmar si hay un tercero involucrado. Debe completar el formulario solicitado por escrito y devolverlo por correo o fax a Health Alliance Northwest Health Plan, 3310 Fields South Drive, Champaign, IL 61822 o a nuestro Departamento de Recuperación al 217-902-9786. Esta información se solicitará dentro de los 30 días de recibir el reclamo o la información. Si no se recibe respuesta dentro de los 45 días de la fecha en que se solicitó la información, es posible que no se considere el pago del reclamo.

## **SUBROGACIÓN**

La subrogación es el derecho de la aseguradora y del asegurado de solicitar el reembolso de un tercero que sea responsable de los cargos incurridos. Cuando se notifica a Health Alliance de la responsabilidad de un tercero, podemos ponernos en contacto con usted para obtener información adicional. Health Alliance pagaría los reclamos elegibles y tiene el derecho a recuperar del tercero negligente, o de su compañía aseguradora, hasta la medida de los beneficios pagados por el Plan por esa enfermedad o lesión, una vez que se haya compensado al miembro completamente. Si usted recupera de un tercero y nosotros compartimos la recuperación, pagaremos nuestra parte de los gastos legales razonables. Nuestra parte es el porcentaje de los gastos legales razonables y necesarios para garantizar una recuperación contra el tercero que corresponde al monto que recuperamos efectivamente dentro de la recuperación total. Usted tiene la obligación de proporcionar información o ayuda o de entregar cualquier documento que el Plan razonablemente requiera para obtener sus derechos en virtud de esta disposición. Esta disposición se aplica ya sea que el tercero admita su responsabilidad o no. Health Alliance también puede solicitarle información con base en los reclamos u otra información recibidas si hay un tercero involucrado. Si no se recibe respuesta dentro de los 45 días a partir de la recepción de la solicitud, los reclamos pueden no ser considerados para el pago.

## **PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD**

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, junto con las Normas de privacidad de la información de salud individualmente identificable, tiene como objetivo proteger la confidencialidad de la información privada y la integridad de los datos de atención médica.

### **Uso de la información**

La Información de salud protegida se usa en el transcurso comercial normal para emitir y establecer primas,

procesar reclamos, informarle sobre sus beneficios y fomentar la participación en los programas de promoción de la salud. Esta información también se usa de otras maneras, por ejemplo, para lo siguiente:

- Proporcionar listas de membresías para los Proveedores de atención médica.
- Comunicarse con usted.
- Participar en actividades de acreditación, auditoría y mejora de la calidad.
- Participar en estudios de manejo de enfermedades para mejorar la atención médica.
- Proporcionarle recordatorios de atención médica.
- Llevar a cabo revisión de utilización, presentación de informes y otras actividades de administración médica.
- Investigar quejas y apelaciones.
- Establecer y mantener registros adecuados.
- Realizar actividades de facturación y cobranza.
- Completar solicitudes de información sobre servicios y beneficios.

### **Divulgación de la información**

La Información de salud protegida y personal no pública se divulga en las siguientes circunstancias:

- Para compartir información con usted y su representante autorizado.
- Para compartir información con otra parte con su autorización firmada.
- Para la administración del Plan (operaciones y pagos de atención médica).
- Para compartir información con personas o compañías que realizan operaciones de atención médica en nombre de Health Alliance.
- Información específica que acepta divulgar (se le brindará la oportunidad de oponerse).
- Información en la que se hayan eliminado los datos de identificación (no pueden identificarlo en la información divulgada).
- Para compartir información con las agencias gubernamentales según lo requerido por las leyes estatales y federales aplicables.

Health Alliance tiene políticas y procedimientos vigentes para proteger la confidencialidad de su información. Todas las personas o compañías que trabajan con Health Alliance o en nombre de Health Alliance están obligadas contractualmente a mantener la información de manera confidencial y a usarla solo para llevar a cabo los servicios por los que fueron contratadas. Health Alliance participa en los acuerdos para la atención médica organizada con Confluence y sus afiliadas.

### **Sus derechos**

Conforme a las regulaciones de privacidad, se le otorgan los siguientes derechos con respecto a su Información de salud protegida:

- Derecho a tener acceso a su propia Información de salud protegida.
- Derecho a enmendar o corregir la Información de salud protegida que no sea precisa o esté incompleta.
- Derecho a obtener un detalle de las divulgaciones de su Información de salud protegida.
- Derecho a solicitar restricciones adicionales en el uso y la divulgación de su Información de salud protegida.
- Derecho a presentar una queja respecto de nuestras prácticas de privacidad.
- Derecho a recibir un aviso de privacidad por escrito en la que se expliquen sus derechos de manera más detallada.

## **DISPOSICIONES GENERALES**

### **Beneficios**

Los beneficios de esta Póliza no aumentarán en virtud de esta coordinación de limitación de beneficios. Todo miembro que reclame beneficios en virtud de esta póliza tendrá la obligación de notificarle a Health Alliance sobre la existencia de todos los demás contratos de plan, además de los beneficios que deba pagar cualquier otro contrato de plan. Health Alliance tendrá el derecho de divulgar y obtener a través de un Médico, otro profesional médico, una compañía de seguros u otra persona u organización, toda la información relativa al reclamo (incluidas copias de los registros) para pagarle a cualquier otra organización el monto determinado según la presente Póliza. Health Alliance puede recuperar cualquier excedente de pago realizado a una persona, compañía de seguros u organización según las disposiciones de esta sección. Todo Miembro que reclame beneficios en virtud de esta Póliza debe proporcionarle a Health Alliance toda la información necesaria para el pago del reclamo.

### **Error administrativo**

El error administrativo al cotizar beneficios o al procesar o mantener cualquier registro de la cobertura conforme a esta Póliza, no invalidará la cobertura legítimamente en vigencia ni restablecerá la cobertura legítimamente finalizada.

### **Información genética**

Health Alliance no utiliza información proveniente de pruebas genéticas y prohíbe el uso de dicha información para tomar decisiones de prestación, emisión, renovación o pago de reclamos.

### **Renovación garantizada**

Health Alliance renovará los beneficios conforme a esta póliza a opción del Grupo Empleador. Health Alliance se reserva el derecho a no renovar o a discontinuar la cobertura conforme a esta Póliza y según el Acuerdo de inscripción grupal por uno o más de los siguientes motivos:

- La falta de pago de las primas por parte del Grupo Empleador, incluidos los pagos realizados fuera de término.
- Actos de fraude o cualquier tergiversación sustancial intencional por parte del Grupo Empleador.
- Violación de las reglas de contribución o participación conforme al Acuerdo de inscripción grupal.
- Health Alliance deja de ofrecer cobertura en el mercado.

### **Tarjeta de identificación de Health Alliance**

Las Tarjetas de identificación de Health Alliance emitidas para usted y conforme a esta Póliza son solo para los fines de identificación. Poseer una Tarjeta de identificación de Health Alliance no le otorga derecho a servicios ni otros beneficios conforme a esta Póliza. Para tener derecho a dichos servicios o beneficios, el titular de la tarjeta debe ser un Miembro en cuyo nombre se hayan pagado todas las primas aplicables conforme a esta Póliza. Cualquier persona que reciba servicios u otros beneficios para los que no tiene derecho conforme a las disposiciones de esta Póliza, deberá pagar la tarifa Usual, común y razonable, además de acatar cualquier otro recurso disponible para el Plan como se establece en esta Póliza.

### **Administradores de beneficios de atención médica**

Health Alliance trabaja con compañías para proporcionar servicios de planes de salud. Estas compañías se denominan administradores de beneficios de atención médica (health care benefit manager, HCBM). Es posible que representantes de estas compañías se comuniquen con usted en alguna ocasión por correo electrónico o teléfono para fines limitados. Para obtener más información sobre nuestros administradores de beneficios de atención médica, visite <http://www.healthalliance.org/plan-support-materials>.

### **Internado en la Fecha de entrada en vigencia**

Si en la Fecha de entrada en vigencia conforme al Plan, usted o cualquiera de sus Dependientes cubiertos están internados en un Hospital, debe informarle al Plan llamando al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de

identificación de Health Alliance dentro de las 48 horas de la Fecha de entrada en vigencia o lo antes razonablemente posible. El Plan cubrirá los cargos Médicamente necesarios incurridos en la Fecha de entrada en vigencia o después de esta. Los cargos incurridos antes de las 12:01 a.m. de su Fecha de entrada en vigencia no estarán cubiertos por el Plan.

### **Acción legal**

No se iniciará ninguna acción legal para recuperar esta Póliza antes de los 60 días desde la presentación por escrito de pruebas de la pérdida. No se iniciará ninguna acción legal para recuperar esta Póliza más de seis años después de haber presentado por escrito las pruebas de la pérdida.

### **Beneficiarios elegibles de Medicare**

Las leyes federales del “Pagador secundario de Medicare” (Medicare Secondary Payor, MSP) regulan cómo ciertos empleadores pueden ofrecer cobertura de atención médica de Grupo Empleador a los Empleados elegibles para Medicare y sus Dependientes. Conforme a las leyes de MSP, Medicare generalmente pagará como secundaria después de la cobertura de salud del Grupo Empleador proporcionada conforme a esta póliza para los siguientes beneficiarios elegibles para Medicare:

- Miembros con enfermedad renal terminal, durante los primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a tener Medicare.
- Miembros de 65 años de edad en adelante que están cubiertos conforme a este Plan, debido a su estado de empleo actual o el de su cónyuge con el Grupo Empleador, si el Grupo Empleador tiene 20 empleados o más.
- Miembros discapacitados menores de 65 años que están cubiertos conforme a este Plan, debido a su estado de empleo actual o el de un familiar con el Grupo Empleador, si el Grupo Empleador emplea a más de 100 empleados.

Para ayudar a su Grupo Empleador y a Health Alliance a cumplir con las leyes de MSP, debe notificar a su Grupo Empleador inmediatamente si usted o cualquiera de sus dependientes cubiertos se vuelven elegibles para Medicare o si la elegibilidad de Medicare finalizó o cambió. También debe completar de manera inmediata y precisa toda solicitud de información de su Grupo Empleador o de Health Alliance respecto de su elegibilidad para Medicare o de cualquiera de sus dependientes cubiertos.

Medicare es la cobertura principal para aquellos Beneficiarios elegibles para Medicare para quienes no se aplican las leyes de MSP (por ejemplo, empleados jubilados y sus Cónyuges de 65 años o mayores). Los beneficios para dichos Beneficiarios elegibles para Medicare no incluyen el pago de servicios y artículos en la medida en que el pago de Medicare esté o estuviese disponible si el Miembro elegible para Medicare se inscribió en Medicare y realizó un reclamo adecuado del pago de Medicare.

Para que un Beneficiario elegible para Medicare obtenga el mayor nivel de beneficio, un Miembro elegible para Medicare al que no se aplican las leyes de MSP debe realizar lo siguiente:

- Inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Obtener los servicios y artículos de atención médica necesarios de Proveedores de acuerdo con los términos y las condiciones de esta Póliza. Para los servicios recibidos de Proveedores, este Plan cubrirá todos los montos aplicables de Coseguro y Deducible de Medicare, como así también todos los servicios y artículos descritos en la sección “Lo que está cubierto” que no cubre Medicare.
- Asignar su reclamo de los beneficios de Medicare al Proveedor. Para los servicios recibidos de Proveedores, este Plan cubrirá todos los montos aplicables de Coseguro y Deducible de Medicare, como así también todos los servicios y artículos descritos en la sección “Lo que está cubierto” que no cubre Medicare.

Si no se inscribe en la Parte B de Medicare, usted será responsable de la parte de las facturas que Medicare hubiera permitido conforme a la cobertura de la Parte B.

Le recomendamos que llame a Servicio al cliente al 866-247-3296 para hablar con uno de nuestros representantes del Servicio al cliente y preguntarle sobre los beneficios disponibles y cómo obtenerlos. Si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad para Medicare o los beneficios, comuníquese con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services).

Los beneficios de este Plan para los Beneficiarios elegibles para Medicare no incluyen el pago de servicios y artículos en la medida en que el pago de Medicare esté o estuviese disponible para dichos servicios y artículos si el Miembro se inscribió en Medicare y realizó una reclamación adecuada del pago de Medicare. Consulte la sección “Glosario” para conocer la definición de Beneficiario elegible para Medicare.

### **Nuevas tecnologías médicas**

Para estar al día con los cambios tecnológicos y su acceso equitativo a la atención médica eficaz y segura, Health Alliance ha establecido políticas y procedimientos para evaluar nuevos desarrollos en la tecnología médica y su aplicación para los cambios en los beneficios. Los profesionales con experiencia en los nuevos procedimientos médicos, tratamientos farmacológicos y dispositivos participan en la evaluación de cada tecnología nueva y en el desarrollo de criterios para su aplicación.

### **No discriminación**

Health Alliance no discrimina, ni permite la discriminación de forma injusta entre los Miembros y posibles Miembros que tienen seguro similar, riesgos y otros factores y elementos. Health Alliance no se niega a emitir ningún contrato o aviso de seguro propuesto, ni rechazará la renovación de dicho contrato por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, identidad de género, sexo, preferencia sexual, orientación sexual o estado civil del Miembro o de cualquier posible Miembro.

### **Avisos**

Todo aviso que Health Alliance deba realizarle a usted, conforme a los términos y condiciones de esta Póliza, será por escrito y puede efectuarse por envío en cualquier oficina postal de los Estados Unidos dirigida a usted a la dirección más reciente que se muestra en los registros de Health Alliance. Todo aviso que deba enviarse a Health Alliance, conforme a los términos y condiciones de esta Póliza, será por escrito y puede efectuarse por envío en cualquier oficina postal de los Estados Unidos dirigido a Health Alliance Northwest Health Plan, 3310 Fields South Drive, Champaign, Illinois 61822. Todos los avisos realizados de la manera indicada en esta sección se considerarán recibidos por la parte a quien se dirigió cinco días hábiles después del envío en dicha oficina postal.

Puede informarnos sobre un cambio de dirección llamando a Health Alliance al número que aparece en su Tarjeta de identificación de Health Alliance, o enviando la información sobre el cambio de dirección a Membership Department, Health Alliance Northwest Health Plan, 3310 Fields South Drive, Champaign, Illinois 61822.

### **Pago de reclamos**

El Plan paga los beneficios o asigna el pago de beneficios al Proveedor de atención médica, a menos que usted notifique a Health Alliance lo contrario en el momento en que se presenta el reclamo del pago. Si los servicios se reciben fuera de su red, o fuera de los Estados Unidos, es posible que deba pagar al proveedor en el momento en que se reciben los servicios y presentar una declaración detallada a Health Alliance para su reembolso. También es posible que se le solicite que envíe cualquier pago adeudado por Health Alliance al proveedor. En situaciones en las que se requiera una conversión monetaria, la conversión se basará en la tasa que estaba vigente en la fecha de alta por parte del proveedor o centro. Cualquier reclamo de reembolso o facturas por los servicios de atención médica cubiertos se deben enviar dentro de los 90 días de recibido el servicio o tan pronto como sea razonablemente posible. Todos los reclamos se deben enviar a esta dirección:

Claims Department  
Health Alliance Northwest Health Plan



3310 Fields South Drive.  
Champaign, Illinois 61822

El Plan no es responsable de ningún reclamo ni factura enviada más de un año después del suministro o inicio del servicio con el que se relaciona el reclamo o la factura.

A menos que su Plan reciba indicaciones previas por escrito de su parte, cualquier beneficio de atención médica no pagado en el momento de su fallecimiento se pagará al Proveedor de atención médica que prestó el servicio por el que se adeudan los beneficios o se reembolsarán a sus herederos. Si los beneficios pagaderos son \$1,000 o menos, Health Alliance puede pagarle a una persona relacionada con usted por sangre o matrimonio que Health Alliance considere que tiene derecho a recibir los beneficios. Health Alliance no tendrá otra obligación en lo que respecta a este pago del beneficio cuando lo realiza Health Alliance de buena fe.

**ADVERTENCIA DE FRAUDE:** Toda persona que, con el intento de estafar o consciente de que facilita un fraude en contra de un asegurador, presenta una solicitud o un reclamo que contiene una declaración engañosa o falsa, u oculta información con el objetivo de engañar, puede ser culpable de fraude de seguro y estar sujeta a sanciones civiles o penales.

### **Reembolso prorrateado**

En el caso de que el Titular de la póliza fallezca, Health Alliance reembolsará la prima no devengada prorrateada para el mes del fallecimiento del Titular de la póliza tras recibir aviso del fallecimiento y una solicitud de reembolso prorrateado, respaldado por un certificado de defunción válido suministrado por una parte con derecho a reclamar dicho reembolso. El reembolso de la prima y la finalización de la cobertura se harán sin perjuicio de cualquier reclamo que se hubiera originado antes de la fecha del fallecimiento del Titular de la póliza. La cobertura de las personas aseguradas por la misma Póliza que no sean el Titular de la póliza no se verá afectada por el reembolso de la prima estipulado en esta sección, ni se reducirá la obligación de los demás asegurados de pagar las primas requeridas conforme a esta sección.

### **Pago puntual de reclamos**

Todos los beneficios adeudados se pagarán una vez que se reciba la prueba de la pérdida. Si necesita algún formulario o información de Health Alliance para presentar reclamos, Health Alliance le notificará o le enviará la información si la solicita dentro de los 15 días hábiles. Le informaremos dentro de los 30 días si se requiere información adicional. Si después de 45 días a partir de la fecha en que se solicitó información adicional, la información continúa estando incompleta, Health Alliance no considerará el reclamo como exigible de pago, debido a la falta de información proporcionada.

### **Otras disposiciones**

La obligación de Health Alliance se limita a proporcionar cobertura de atención médica a los Miembros mediante contratos con dichos Proveedores de atención médica. Health Alliance no es responsable, en ningún caso, de ningún acto u omisión del personal profesional de cualquier grupo médico, Hospital u otro Proveedor de servicios para los Miembros.

La cobertura de atención médica proporcionada en esta Póliza no es transferible a otra parte por ningún Miembro.

En el caso de que Health Alliance decida no seguir ofreciendo este Plan a los Miembros, usted recibirá una notificación 90 días antes de la suspensión del Plan y se le dará la opción para adquirir otro Plan disponible en el momento.

En el caso de que Health Alliance decida no seguir ofreciendo ningún Plan en el mercado, se le notificará a usted y a la Oficina del Comisionado de Seguros 180 días antes de la suspensión de nuestros productos.

## **CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE GRUPO EMPLEADOR**

Usted puede ser elegible para continuar con su cobertura de atención médica conforme a esta Póliza, siempre que cumpla con los requisitos establecidos a continuación y los términos y las condiciones del Acuerdo de Inscripción Grupal. Su empleador es responsable de informarle sobre sus derechos a continuar con la cobertura. Deberá comunicarse con su empleador para obtener información más detallada sobre sus derechos a continuar con la cobertura.

### **Elegibilidad**

Usted puede ser elegible para la continuación de la cobertura durante tres meses si es un Miembro cuya cobertura, conforme a esta Póliza, terminaría, debido a la finalización del empleo del Titular de la póliza (la finalización del empleo no puede ser debido a un delito mayor o robo en el trabajo), finalización de la membresía o a la reducción de las horas del Titular de la póliza y si usted cumple con lo siguiente:

- Ha estado continuamente inscrito conforme al contrato del Grupo Empleador durante el período de tres meses completos que termina con la fecha de finalización.
- No está cubierto dentro de otra póliza de seguro médico del Grupo Empleador o no tiene derecho a Medicare.
- No se mudó fuera del Área de servicio.
- Su Grupo Empleador no está sujeto a COBRA.
- Usted no es elegible para la cobertura COBRA.

### **Elección**

Para optar por continuar con la cobertura, debe enviar una solicitud completa y el pago de la prima aplicable a Health Alliance dentro de los 30 días después de recibir la notificación de su derecho a elegir continuar con la cobertura.

### **Finalización de la cobertura**

La continuación de la cobertura conforme a esta Póliza finalizará si se produce alguna de las siguientes situaciones:

- Agotó el plazo máximo de tres meses.
- No realiza los pagos de las primas de manera oportuna.
- Ha finalizado el Acuerdo de Inscripción Grupal.
- Recibe cobertura conforme a otra póliza de seguro médico del Grupo Empleador.
- Se vuelve elegible para Medicare.
- Se muda fuera del Área de servicio.

## **LEY FEDERAL DE CONCILIACIÓN DEL PRESUPUESTO COLECTIVO CONSOLIDADO DE 1985 (COBRA)**

**Esta sección es aplicable solo a Miembros de un Grupo Empleador con 20 Empleados o más.**

### **Derechos de continuación de cobertura conforme a COBRA**

Conforme a la ley federal, la Ley Federal de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) de 1985, ciertos Empleados y sus Dependientes cubiertos por el Plan tendrán derecho a elegir una extensión temporaria de la cobertura de salud (denominada “continuación de la cobertura de la ley COBRA”), cuando la cobertura del Plan terminaría de otro modo. Este aviso tiene como objetivo informarle, de manera resumida, sobre sus derechos y obligaciones según las disposiciones de continuación de la cobertura de COBRA, que se enmienda y refleja en las regulaciones propuestas y finales publicadas por el Departamento del Tesoro. Este aviso tiene como objetivo reflejar la ley y no otorga ni retira

ningún derecho conforme a la ley.

### **¿Qué es la continuación de la cobertura de COBRA?**

La continuación de la cobertura de COBRA es la extensión temporal de la cobertura del plan de salud del Grupo Empleador que se debe ofrecer a ciertos titulares de la póliza y sus dependientes elegibles (denominados “beneficiarios calificados”) a las tarifas del Grupo Empleador. El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA se desencadena cuando se produce un evento de vida que causa la pérdida de la cobertura conforme a los términos y condiciones del Plan (el “Evento que califica”). La cobertura debe ser idéntica a la cobertura del Plan que el Beneficiario calificado tenía de inmediato antes del Evento que califica o, si la cobertura ha cambiado, la cobertura debe ser idéntica a la cobertura proporcionada a Empleados activos en situación similar que no han experimentado un Evento que califica (es decir, beneficiarios no pertenecientes a COBRA en una situación similar).

### **¿Quién puede convertirse en un Beneficiario calificado?**

En general, los siguientes pueden ser un Beneficiario calificado:

- (i) Cualquier persona que, el día anterior a un Evento que califica, tiene la cobertura de un Plan en virtud de ser, ese día, un Empleado cubierto, el Cónyuge legal de un Empleado cubierto o un hijo Dependiente de un Empleado cubierto. Sin embargo, si a una persona se le niega o no se le ofrece cobertura conforme al Plan en las circunstancias en que el rechazo o el no ofrecimiento constituyen una violación de la ley aplicable, se considerará que la persona tenía la cobertura del Plan y que era un Beneficiario calificado si experimenta un Evento que califica.
- (ii) Cualquier hijo que haya nacido o sea colocado en adopción con un Empleado cubierto durante un período de continuación de la cobertura de COBRA y cualquier persona que esté cubierta por el Plan como un destinatario alternativo conforme a una orden de asistencia médica calificada. Sin embargo, si a una persona se le niega o no se le ofrece cobertura conforme al Plan en las circunstancias en que el rechazo o el no ofrecimiento constituyen una violación de la ley aplicable, se considerará que la persona tenía la cobertura del Plan y que era un Beneficiario calificado si experimenta un Evento que califica.
- (iii) Un Empleado jubilado cubierto que se jubiló en la fecha de la eliminación sustancial de la cobertura del Plan o antes, como resultado de un proceso de quiebra conforme al Título 11 del Código de los EE. UU. con respecto al empleador, como son el Cónyuge legal, el hijo Dependiente o Cónyuge legal sobrevivientes de dicho empleado cubierto si, el día antes del Evento que califica de quiebra, el Cónyuge legal, el Cónyuge legal sobreviviente o el hijo Dependiente eran beneficiarios conforme al Plan.

El término “Empleado cubierto” incluye no solo los empleados de hecho (ya sean a tiempo parcial o completo), sino también a toda persona que recibe cobertura conforme al Plan, debido a su prestación de servicios para el empleador que patrocina el Plan (por ejemplo, trabajadores independientes, contratistas independientes o director corporativo).

Una persona no es un Beneficiario calificado si el estado de la persona como Empleado cubierto se debe a un período en que la persona era un extranjero no residente que no recibió ingresos obtenidos del empleador de la persona que constituyeran ingresos de fuentes dentro de los Estados Unidos. Si, por el motivo anterior, una persona no es un Beneficiario calificado, un Cónyuge legal o hijo Dependiente de la persona tampoco se considerarán un Beneficiario calificado en virtud de la relación con la persona. Un Dependiente que no califica como Dependiente fiscal del Titular de la póliza, conforme a las reglas del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), no se considera un Beneficiario calificado.

A cada Beneficiario calificado (incluido un hijo biológico o colocado en adopción con un Empleado cubierto durante un período de continuación de la cobertura de COBRA) se le debe ofrecer la oportunidad de realizar una elección independiente para recibir la continuación de la cobertura de COBRA.

Los beneficiarios calificados que tienen derecho a elegir COBRA pueden hacerlo incluso si tienen otra cobertura de salud del Grupo Empleador o tienen derecho a los beneficios de Medicare en la fecha en que se elige COBRA o antes. Sin embargo, la cobertura de COBRA de un beneficiario calificado terminará automáticamente si, después de optar por COBRA, tiene derecho a recibir beneficios de Medicare o queda cubierto por otro plan del Grupo Empleador.

### **¿Qué es un Evento que califica?**

Un Evento que califica es cualquiera de las siguientes situaciones si el Plan previó que el Miembro perdería la cobertura (es decir, dejaría de estar cubierto conforme a los mismos términos y condiciones en vigencia inmediatamente antes del Evento que califica) ante la ausencia de la continuación de la cobertura de COBRA:

- (i) El fallecimiento de un Empleado cubierto.
- (ii) La finalización (que no sea por motivo de una falta grave del Empleado) o la reducción de horas de trabajo de un Empleado cubierto.
- (iii) El divorcio o la separación legal de un Empleado cubierto de su cónyuge legal.
- (iv) La inscripción de un Empleado cubierto en cualquier parte del programa de Medicare.
- (v) Un hijo Dependiente deja de cumplir con los requisitos del Plan (por ejemplo, llega a la edad máxima para ser considerado Dependiente conforme al Plan).
- (vi) El empleador presenta la quiebra conforme al Título 11 del Código de los EE. UU. y usted es un empleado jubilado.

Si a raíz de un Evento que califica el Empleado cubierto, o el Cónyuge legal o un hijo Dependiente cubiertos del Empleado cubierto, dejan de estar cubiertos conforme al Plan bajo los mismos términos y condiciones que estaban en vigencia inmediatamente antes del Evento que califica (o en el caso de la quiebra del empleador, cualquier eliminación sustancial de la cobertura conforme al Plan que se produce dentro de los 12 meses antes o después de la fecha en que comienza el proceso por quiebra), las personas que pierden dicha cobertura se convierten en Beneficiarios calificados conforme a la ley COBRA si también se cumple con todas las otras condiciones de la ley COBRA. Por ejemplo, cualquier aumento en la contribución que debe pagar un Empleado cubierto, el Cónyuge legal o un hijo Dependiente del Empleado cubierto, para la cobertura conforme al Plan que resulte de uno de los eventos indicados antes, es una pérdida de la cobertura.

Si un Empleado cubierto discontinúa la cobertura de su Cónyuge legal en anticipación al divorcio u otro Evento que califica antes del evento real, cuando el divorcio u otro Evento que califica se vuelven finales, el empleador debe estar informado para que la notificación se pueda enviar.

Si su empleador está sujeto a la Ley de Licencias Médicas y Familiares (Family and Medical Leave Act, FMLA) de 1993, la licencia conforme a esta ley no constituye un Evento que califica. Sin embargo, se producirá un Evento que califica si un Empleado no regresa al empleo al final de la licencia de FMLA y se cumplen todas las otras condiciones de continuación de la cobertura de COBRA. Si se produce un Evento que califica, se produce el último día de la licencia de FMLA y el período máximo de cobertura aplicable se mide desde esta fecha (a menos que la cobertura se pierda en una fecha posterior y el Plan proporcione la extensión de los períodos requeridos; en dicho caso, la fecha de la cobertura máxima se mide desde la fecha en que se pierde la cobertura). Nota: que el Empleado cubierto y los Dependientes tendrán derecho a la continuación de la cobertura de COBRA incluso si no pagan la parte de las primas del Empleado para la cobertura conforme al Plan durante la licencia autorizada según

la FMLA.

### **¿Cuál es el procedimiento para obtener la continuación de la cobertura de COBRA?**

El Plan ha condicionado la disponibilidad de la continuación de la cobertura de COBRA a partir de la elección oportuna de dicha cobertura. Una elección es oportuna si se realiza durante el período de elección.

### **¿Cuál es el período de elección y cuánto debe durar?**

El período de elección es el período dentro del cual el Beneficiario calificado puede elegir la continuación de la cobertura de COBRA conforme al Plan. El período de elección debe comenzar antes de la fecha en que el beneficiario calificado pierda la cobertura a causa del evento que califica y no debe finalizar antes de la fecha en que se cumplen 60 días después de la fecha en que el beneficiario calificado perdiera la cobertura a causa del evento que califica o la fecha en que se le avisa al beneficiario calificado de su derecho a elegir la continuación de la cobertura de COBRA.

Los Beneficiarios calificados deben tener en cuenta que no elegir COBRA afectará sus derechos futuros según la ley federal. Los beneficiarios calificados deben tener en cuenta los derechos de inscripción especial disponibles según la ley federal. Los beneficiarios calificados tienen el derecho a solicitar una inscripción especial en otro plan de salud del Grupo Empleador para el que, de otra manera, usted es elegible (como un plan patrocinado por el empleador de su cónyuge legal) dentro de los 30 días después de la finalización de su cobertura médica del Grupo su empleador debido a un Evento que califica. Los Beneficiarios calificados también tendrán el mismo derecho de inscripción especial cuando finalice la cobertura de COBRA si obtiene la cobertura de COBRA para el tiempo máximo disponible para usted.

Nota: Si un Empleado cubierto que haya sido despedido o haya sufrido una reducción de horas laborales reúne los requisitos para una asignación por reajuste comercial o asistencia de ajuste comercial alternativa en virtud de la ley federal denominada Ley de Comercio de 2002, y si el Empleado o sus Dependientes cubiertos no han elegido la cobertura de la ley COBRA dentro del período de elección normal, se pondrá a disposición del Empleado y de determinados familiares una segunda oportunidad para elegir la cobertura de la ley COBRA, pero solo dentro de un período limitado de 60 días o menos y solo durante los seis meses inmediatamente posteriores a que finalice su cobertura del Plan de salud del Grupo Empleador. Toda persona que califique o piense que ella o los miembros de su familia pueden calificar para recibir ayuda según esta disposición especial deberá comunicarse con el empleador para obtener más información.

### **¿Un Empleado cubierto o un Beneficiario calificado es responsable de informarle al empleador cuando se produzca un Evento que califica?**

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los Beneficiarios calificados solo después de que el empleador reciba la notificación oportuna de que el Evento que califica tuvo lugar. El empleador (si el empleador no es el Administrador del Plan) le notificará al Administrador del Plan sobre el Evento que califica dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que termina la cobertura cuando el Evento que califica es alguno de los siguientes:

- Terminación del empleo o reducción de las horas laborales.
- El Empleado fallece.
- Inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador.
- El Empleado se inscribe en alguna parte de Medicare.

**IMPORTANTE:**

**En los casos de otros Eventos que califican (divorcio o separación legal del Empleado de su Cónyuge legal o pérdida de elegibilidad para la cobertura de un hijo Dependiente como hijo Dependiente), usted o alguien en su nombre deberán notificarle a su empleador por escrito dentro de los 60 días después de que ocurra el Evento que califica, mediante los procedimientos que se detallan a continuación. Si no se siguen estos procedimientos o si no se proporciona el aviso por escrito a su empleador durante el plazo de aviso de 60 días, el Cónyuge legal o los hijos Dependientes que pierdan la cobertura no podrán optar por la continuación de la cobertura. Usted debe enviar este aviso a su empleador.**

## ***PROCEDIMIENTOS DE AVISO***

Todo aviso que usted proporcione debe ser ***por escrito***. Los avisos orales, incluidos los avisos por teléfono, no son aceptables. Deberá enviarle el aviso a su empleador por correo, fax o mediante entrega en persona. Si el aviso se envía por correo, este deberá estar timbrado con fecha anterior al último día del período de aviso establecido. Todo aviso que usted proporcione deberá incluir lo siguiente:

- El ***nombre del plan o de los planes*** de los cuales usted ha perdido o está perdiendo su cobertura.
- El ***nombre y la dirección del Empleado*** cubierto por el plan.
- Los ***nombres y las direcciones de los Beneficiarios calificados***.
- el ***evento calificado*** y la ***fecha*** en la que ocurrió.

Si el evento calificado es un ***divorcio o una separación legal***, el aviso debe incluir una ***copia de la sentencia de divorcio o del acuerdo de separación legal***.

Existen otros requisitos de aviso en otros contextos. Consulte, por ejemplo, el análisis a continuación bajo “Duración de la cobertura de la ley COBRA”. Dicha explicación describe otras situaciones en las que se requiere un aviso suyo o del Beneficiario calificado a fin de obtener el derecho a recibir la cobertura de COBRA.

Una vez que su empleador reciba el ***aviso oportuno*** de que tuvo lugar un Evento que califica, se ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada Beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los Empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de la ley COBRA para sus Cónyuges legales, y los progenitores pueden elegir la continuación de la cobertura de la ley COBRA en nombre de sus hijos. Para todos los Beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de COBRA, esta comenzará en la fecha del Evento que califica. Si usted o su Cónyuge legal o hijos Dependientes no optan por continuar con la cobertura dentro del período de elección de 60 días descrito anteriormente, perderán el derecho a elegir la continuación de la cobertura.

### **¿Una renuncia realizada antes de que finalice el período de elección puede poner fin a los derechos de elección de un Beneficiario calificado?**

Si, durante el período de elección, un Beneficiario calificado renuncia a la continuación de la cobertura de COBRA, la renuncia puede revocarse en cualquier momento antes de que finalice el período de elección. La revocación de la renuncia es una elección de la continuación de la cobertura de COBRA. Sin embargo, si más tarde se revoca una renuncia, no necesariamente se proporcionará la cobertura de manera retroactiva (es decir, desde la fecha de pérdida de la cobertura hasta la revocación de la renuncia). Las renunciaciones y revocaciones de las renunciaciones se consideran realizadas en la fecha en que se envían al empleador, según corresponda.

### **¿Cuándo puede finalizar la continuación de la cobertura de COBRA de un Beneficiario calificado?**

Durante el período de elección, un Beneficiario calificado puede renunciar a la continuación de la cobertura de COBRA. A excepción de una interrupción de la cobertura en relación con una renuncia, la continuación de la cobertura de COBRA elegida por un Beneficiario calificado debe extenderse, al menos, durante el período que comienza en la fecha del Evento que califica y que finaliza no antes de alguna de las siguientes fechas, la que ocurra primero:

- (i) El último día del período máximo de cobertura aplicable.
- (ii) El primer día en el que no se realiza el pago puntual del Plan con respecto al Beneficiario calificado.

- (iii) La fecha en que el empleador deja de proporcionar un Plan de salud de Grupo Empleador (incluido un plan sucesor) a un Empleado.
- (iv) La fecha, después de la fecha de la elección, en la que el beneficiario calificado se inscribe por primera vez en el programa de Medicare (Partes A o B, lo que ocurra primero).
- (v) En el caso de un Beneficiario calificado con derecho a una extensión por discapacidad, la última de las siguientes fechas:
  - (a) 29 meses después de la fecha del Evento que califica, o (ii) el primer día del mes que sea más de 30 días después de la fecha de una determinación final en virtud del Título II o XVI de la Ley del Seguro Social que establezca que el beneficiario calificado discapacitado, cuya discapacidad generó el derecho del beneficiario calificado a la extensión por discapacidad, ya no está discapacitado, lo que ocurra primero; o
  - (b) El final del período máximo de cobertura que se aplica al Beneficiario calificado independientemente de la extensión por discapacidad.

El Plan puede finalizar con causa la cobertura de un Beneficiario calificado de igual manera que un plan finaliza con causa la cobertura de beneficiarios no pertenecientes a COBRA en una situación similar; por ejemplo, debido a la presentación de un reclamo fraudulento.

En el caso de una persona que no es un Beneficiario calificado y que está recibiendo cobertura por el Plan únicamente debido su relación con un Beneficiario calificado, si se interrumpe la obligación del Plan para poner a disposición del Beneficiario calificado la continuación de la cobertura de COBRA, el Plan no tiene la obligación de ofrecerle cobertura a la persona que no es un Beneficiario calificado.

### **¿Cuáles son los períodos máximos de cobertura para la continuación de la cobertura de COBRA?**

Los períodos máximos de cobertura se basan en el tipo de Evento que califica y el estado del Beneficiario calificado, como se muestra a continuación.

- (i) En el caso de un Evento que califica que sea un despido o una reducción de horas laborales, el período máximo de cobertura termina 18 meses después del Evento que califica si no hay una extensión por discapacidad, y 29 meses después del Evento que califica si hay una extensión por discapacidad.
- (ii) En el caso de la inscripción de un Empleado cubierto en el programa de Medicare antes de que ocurra un Evento que califica que sea un despido o una reducción de las horas laborales, el período máximo de cobertura para los beneficiarios calificados, que no sean el Empleado cubierto, termina en la fecha posterior entre las siguientes:
  - (a) 36 meses después de la fecha en la que el Empleado cubierto se inscriba en el programa de Medicare; o
  - (b) 18 meses (o 29 meses, si hay una extensión por discapacidad) después de la fecha del despido o reducción de las horas laborales del Empleado cubierto.
- (iii) En el caso de un Evento que califica que sea una quiebra, el período máximo de cobertura, para un Beneficiario calificado que sea el empleado jubilado, termina en la fecha del fallecimiento del jubilado. El período máximo de cobertura para un Beneficiario calificado que sea el Cónyuge legal cubierto, el Cónyuge legal sobreviviente o el hijo Dependiente del jubilado finaliza cuando fallece el Beneficiario calificado o 36 meses después del fallecimiento del jubilado, lo que ocurra primero.



- (iv) En el caso de un Beneficiario calificado que sea hijo biológico de un Empleado cubierto o entregado en adopción a un Empleado cubierto durante un período de continuación de la cobertura de COBRA, el período máximo de cobertura es el período máximo de cobertura aplicable al Evento que califica que da lugar al período de continuación de la cobertura de COBRA durante el cual el niño nació o fue entregado en adopción.
- (v) En el caso de cualquier otro Evento que califica que no sea el descrito anteriormente, el período máximo de cobertura finaliza 36 meses después del Evento que califica.

**¿En qué circunstancias se puede ampliar el período máximo de cobertura?**

Si un Evento que califica que da lugar a un período máximo de cobertura de 18 meses o 29 meses es seguido, dentro de ese período de 18 o 29 meses, por un segundo Evento que califica que da lugar a un período máximo de cobertura de 36 meses, el período original se amplía hasta los 36 meses, pero solo para las personas que sean Beneficiarios calificados en el momento en que ocurren los dos Eventos que califican. Bajo ninguna circunstancia, el período máximo de cobertura de COBRA puede ampliarse a más de 36 meses después de la fecha del primer Evento que califica. El empleador debe ser notificado sobre el segundo Evento que califica dentro de los 60 días de ocurrido dicho evento. Este aviso se debe enviar al empleador.

**¿De qué manera un Beneficiario calificado tiene derecho a la extensión por discapacidad?**

La extensión por discapacidad se concederá a una persona (sea o no el Empleado cubierto) que sea un Beneficiario calificado en relación con el Evento que califica que sea un despido o una reducción de las horas laborales de un Empleado cubierto si se determina, en virtud del Título II o XVI de la Ley del Seguro Social, que dicha persona sufrió la discapacidad en algún momento durante los primeros 60 días de la continuación de la cobertura de COBRA. Para calificar para la extensión por discapacidad, el Beneficiario calificado también debe proporcionarle al empleador el aviso de la determinación de la discapacidad en una fecha que esté dentro de los 60 días después de la fecha de la determinación y antes del final de la cobertura máxima inicial de 18 meses. Este aviso se debe enviar al empleador.

**¿El Plan exige el pago de la continuación de la cobertura de COBRA?**

Para cualquier período de la continuación de la cobertura de COBRA conforme al Plan, los Beneficiarios calificados que elijan la continuación de la cobertura de COBRA deben pagar la continuación de la cobertura de COBRA. Los Beneficiarios calificados pagarán hasta el 102 % de la prima aplicable y hasta el 150 % de la prima aplicable para cualquier período de extensión de la continuación de la cobertura de COBRA que cubra a un Beneficiario discapacitado que califica debido a una extensión por discapacidad. El Plan finalizará la continuación de la cobertura de COBRA del Beneficiario calificado a partir del primer día de cualquier período durante el cual no se reciba el pago puntual.

**¿El Plan debe permitir el pago de la continuación de la cobertura de COBRA en cuotas mensuales?**

Sí. El Plan también puede permitir el pago en otros intervalos.

**¿Qué se considera el pago puntual para el pago de la continuación de la cobertura de COBRA?**

Pago puntual significa un pago realizado a más tardar 30 días después del primer día del período de cobertura. El pago que se realice al Plan en una fecha posterior también se considera un pago puntual si, según las condiciones del Plan, los Empleados cubiertos o Beneficiarios calificados tienen hasta esa fecha posterior para pagar por su cobertura del período o, según las condiciones de un acuerdo entre el empleador y la entidad que ofrece los beneficios del Plan en nombre del empleador, el empleador tiene hasta esa fecha posterior para pagar por la cobertura del período de los beneficiarios no pertenecientes a la ley COBRA en una situación similar.

No obstante el párrafo anterior, el Plan no exige el pago de ningún período de continuación de la cobertura de COBRA para un Beneficiario calificado antes de los 45 días después de la fecha en que se realizó la elección de la continuación de la cobertura de COBRA para ese Beneficiario calificado. El Plan considerará el pago efectuado en la fecha de timbrado.

Si se realiza el pago puntual al Plan por un monto que no sea significativamente menor que el monto que el Plan requiere que se pague para un período de cobertura, se considerará que el monto pagado cumple con los requisitos del Plan en cuanto al monto a pagarse, a menos que el Plan le notifique al Beneficiario calificado que el monto pagado no es suficiente y le otorgue un plazo razonable para realizar dicho pago. Un “plazo razonable” es un plazo de 30 días después de que se presente el aviso. Una mora en el pago puntual no se considera significativo si no es mayor que lo que resulte menor entre \$50 o el 10 % del monto requerido.

### **¿Un Beneficiario calificado debe tener el derecho a inscribirse en un plan de salud de conversión al final del período máximo de cobertura para recibir la continuación de la cobertura de COBRA?**

Si la continuación de la cobertura de la ley COBRA del Beneficiario calificado conforme a un plan de salud del Grupo Empleador termina como resultado del vencimiento del período máximo de cobertura aplicable, el Plan, durante el período de 180 días que finaliza en esa fecha de vencimiento, le proporcionará al Beneficiario calificado la opción de inscribirse en un plan de salud de conversión si dicha opción está, de otra manera, disponible de forma general para beneficiarios no pertenecientes a la ley COBRA en situación similar en virtud del Plan. Si tal opción de conversión no se ofrece de forma general, no es necesario ponerla a disposición de los Beneficiarios calificados.

### **SI TIENE PREGUNTAS**

Si tiene preguntas acerca de la continuación de la cobertura de COBRA, debe comunicarse con su empleador o un administrador de COBRA. Para obtener más información sobre la ley ERISA, incluidas COBRA, HIPAA y otras leyes que afectan los planes de salud de Grupo Empleador, póngase en contacto con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador (EBSA) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la EBSA están disponibles en el sitio web de la EBSA en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa).

### **MANTENGA A SU EMPLEADOR INFORMADO SOBRE LOS CAMBIOS DE DIRECCIÓN**

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado a su empleador sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de su familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de todos los avisos que le envía a su empleador.

### **Huelga, cierre patronal u otras disputas laborales**

Si su compensación se suspende o finaliza como resultado de una huelga, un cierre patronal u otra disputa laboral puede continuar la cobertura en virtud de la póliza para usted y los Dependientes elegibles durante la disputa por un período que no supere los seis meses mediante el pago de las primas de su cobertura a través del grupo. Esta disposición no se aplicará si usted o sus dependientes elegibles son elegibles para COBRA.

### **GLOSARIO**

Los términos en mayúsculas utilizados en esta Póliza se definen en esta sección.

#### **Estudios clínicos aprobados**

Estudio clínico aprobado se refiere a un estudio clínico de fases I, II, III o IV que se realiza en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer, o de otra enfermedad o afección que pone en peligro la vida, y que está aprobado o financiado por una entidad de ensayos financiada por el gobierno federal o una entidad de investigación no gubernamental calificada que estén identificadas en las pautas publicadas por los Institutos Nacionales de Salud para las subvenciones para el apoyo a los centros.

#### **Inseminación artificial (IA)**

La introducción de espermatozoides en la vagina o el útero de una mujer mediante métodos no coitales para los fines de la concepción.

**Tecnología de reproducción asistida (TRA)**

Los tratamientos o procedimientos en que se extraen los Ovocitos o el esperma humanos, y los Ovocitos o Embriones humanos se manipulan en el laboratorio. Las TRA incluirán terapia con medicamentos con receta usados durante el ciclo en el que se realiza la Extracción de ovocitos.

**Servicios básicos de atención médica**

Atención médica de emergencia, atención Hospitalaria y Médica para pacientes internados, servicios médicos para Pacientes externos, atención psiquiátrica y tratamiento para el Trastorno de abuso de sustancias.

**Año de beneficios**

El año en el cual se calculan los beneficios anuales del plan.

**Rehabilitación cardíaca**

Un programa con supervisión médica que ayuda a mejorar la salud y el bienestar de las personas con problemas cardíacos. Los programas de rehabilitación incluyen ejercicios, educación sobre cómo vivir con un corazón saludable y asesoramiento para reducir el estrés y ayudarlo a regresar a una vida activa. Existen diferentes fases en la atención de rehabilitación cardíaca. Consulte la sección Rehabilitación cardíaca de la sección “Lo que está cubierto” de esta Póliza.

La Fase I abarca parte de los días que pasa como paciente internado mientras se lo trata y se recupera de una afección cardíaca.

La Fase II es un programa integral a largo plazo que incluye evaluación médica, ejercicio indicado, modificación del factor de riesgo cardíaco, educación y asesoramiento. Fase II se refiere a los programas para pacientes externos con supervisión médica que, por lo general, se inician de una a tres semanas después del alta hospitalaria y que proporcionan supervisión electrocardiográfica adecuada.

La Fase III involucra a los Miembros que ya no necesitan supervisión médica al hacer ejercicios. Estos Miembros podrían unirse a un programa de ejercicio y mantenimiento de la salud a largo plazo. Dichos programas generalmente se realizan en el hogar o en un gimnasio.

**Centro de excelencia**

Un proveedor de atención médica o terciario que se identifica como un proveedor con expertos altamente calificados y que produce los mejores resultados. También se denomina “Centro de calidad”.

**Dependencia química**

La Dependencia química se define como una enfermedad caracterizada por una dependencia fisiológica o psicológica, o ambas, en una sustancia controlada. Se caracteriza además por un patrón frecuente o intenso de uso patológico en la medida en que el usuario exhibe una pérdida de autocontrol sobre la cantidad y las circunstancias del uso; desarrolla síntomas de tolerancia o abstinencia fisiológica o psicológica si se reduce o suspende el uso de la sustancia controlada o bebida alcohólica; y la salud del usuario se ve sustancialmente perjudicada o en peligro o su función social o económica se ve sustancialmente interrumpida.

**Profesional clínico**

Un profesional de atención médica que tiene la misma profesión y la misma especialidad, o especialidad similar, que el Proveedor de atención médica que normalmente maneja la afección médica, los procedimientos o los tratamientos que se revisan.

**Coseguro**

Un porcentaje del cargo que debe pagarle directamente al Proveedor por los servicios que le brinde dicho Proveedor.

**Anticonceptivos**

Dispositivos, medicamentos, procedimientos u otros métodos que se usan con la intención de evitar el embarazo o la concepción.

**Copago**

Un monto específico en dólares que debe pagar por determinados servicios cubiertos en el momento y lugar en que reciba tales servicios.

**Cuidado asistencial**

Atención suministrada con el fin de satisfacer necesidades personales no Medicamento Necesarias que podría ser proporcionada por personas sin experiencia o capacitación profesional, como ayuda para caminar, cambiar de posición, vestirse, bañarse, comer, preparar dietas especiales y tomar medicamentos.

**Deducible**

El monto que debe pagar antes de que comiencen los beneficios del Plan. Se aplicará un nuevo Deducible para cada Año de beneficios.

**Dependiente**

Un hijo o Cónyuge legal de un Titular de la póliza que cumple con los requisitos de elegibilidad de esta Póliza.

**Descripción de la cobertura**

Un adjunto a la presente Póliza, que contiene, entre otros, montos de copagos, coseguro, deducibles, limitaciones en los beneficios y montos máximos que paga de su bolsillo por este Plan de beneficios de salud.

**Pareja de hecho**

Una sociedad, donde al menos ambas personas tienen 18 años y al menos una persona tiene 62 años o más, con quien el Titular de la póliza vive en una relación exclusiva y registrada por el estado.

**Donante**

Donante de Ovocitos o esperma.

**Formulario de medicamentos**

Una lista de medicamentos que cubre su Plan.

**Fecha de entrada en vigencia**

La fecha en que usted y sus Dependientes cubiertos son elegibles para recibir los beneficios conforme a esta Póliza.

**Embrión**

Óvulo fertilizado que comenzó la división celular y completó la etapa preembrionaria.

**Transferencia del embrión**

La colocación del preembrión en el útero o, en el caso de Transferencia intratubárica de cigotos, en la trompa de Falopio.

**Afección médica de emergencia**

Una afección médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de una intensidad tal, incluido dolor agudo, que una persona común y prudente podría prever razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría resultar en un grave peligro para la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, para su salud y la del feto), un grave deterioro de las funciones corporales, o una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo.

**Servicios de emergencia**

Servicios que incluyen transporte, entre otros, servicios de ambulancia y servicios para pacientes internados y para pacientes externos brindados por un Proveedor calificado para prestar dichos servicios y necesarios para evaluar o estabilizar una Afección médica de emergencia.

**Empleado**

Una persona que es un empleado activo regular del empleador, con un cronograma de trabajo regular para el empleador en una relación de empleado-empleador.

**Grupo Empleador**

Un empleador, asociación, sindicato u otro Grupo Empleador que tiene un contrato con Health Alliance para ofrecer beneficios de atención médica a sus Empleados.

**Episodio de atención**

Tratamiento para una condición nueva o recurrente por la cual el Miembro no ha sido tratado por el Proveedor dentro de los 90 días anteriores y actualmente no está recibiendo ningún tratamiento activo.

**Ley de Seguridad de los Ingresos Jubilatorios de los Empleados de 1974 (ERISA)**

Una ley federal que regula la mayoría de los planes de beneficios de pensión privada y bienestar de los Grupos Empleadores en los Estados Unidos.

**Beneficios de salud esenciales**

Beneficios cubiertos por la Póliza, al menos en las siguientes categorías: servicios para pacientes ambulatorios, Servicios de emergencia, internación, atención por maternidad y neonatología, servicios para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias (incluidos los tratamientos de salud conductual, medicamentos con receta, servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación), servicios de laboratorio, servicios de prevención y bienestar, control de enfermedades crónicas, y servicios pediátricos (incluida la atención oftalmológica y odontológica). Estos beneficios estarán en conformidad con los establecidos en virtud de la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo de 2010 y los reglamentos federales o estatales emitidos de acuerdo con ella. Los Beneficios de salud esenciales que establece su Póliza no están sujetos a ningún monto máximo en dólares anual.

**Tratamientos, procedimientos, medicamentos, dispositivos y trasplantes experimentales o de investigación**

Los tratamientos, procedimientos, medicamentos, dispositivos o trasplantes de atención médica se consideran experimentales o de investigación si un director médico determina que cumplen uno o más de los siguientes estándares o condiciones:

- El tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o trasplante está sujeto a estudios clínicos de fase I, II, III o IV en curso o, de otra manera, se encuentra en estudio para determinar su seguridad, eficacia o eficiencia, en comparación con la forma estándar de tratamiento o diagnóstico para la afección o enfermedad del miembro.
- Los expertos comparten la opinión de que se necesitan otros estudios o pruebas clínicos para determinar la seguridad, eficacia o eficiencia del tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o trasplante, en comparación con la forma estándar de tratamiento o el diagnóstico para la afección o enfermedad del miembro.
- El medicamento o dispositivo no se puede comercializar legalmente para su afección o enfermedad sin la aprobación de la FDA y no se otorgó la aprobación para la comercialización en el momento en que el medicamento o el dispositivo se receta u otorga.
- El tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o trasplante para el tratamiento o el diagnóstico de su afección o enfermedad no estén en conformidad con las buenas prácticas médicas estándares y no reconocidos de manera general y profesionalmente avalados por la comunidad médica en general del estado de Washington en el momento en que se les proporciona.

- El tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o trasplante para el tratamiento o el diagnóstico de la afección o enfermedad del miembro según un Director Médico sea de naturaleza experimental o investigativa.

Al realizar su determinación de que un tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o trasplante para el tratamiento o el diagnóstico de su afección o enfermedad se excluye de la cobertura conforme a esta subsección, un director médico usará bibliografía médica actual y analizará el caso con expertos médicos y otros organismos de asesoramiento tecnológicos designados por Health Alliance. Cada revisión se realizará caso por caso con respecto a la cobertura de un tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o trasplante solicitado para el tratamiento o diagnóstico de su afección o enfermedad.

Health Alliance proporcionará a un miembro la documentación de respaldo en base a la cual se establecen los criterios, ante la solicitud por escrito. Health Alliance no se negará a proporcionar esta documentación de respaldo como información de propiedad exclusiva.

### **Cobertura familiar**

Los servicios de atención médica acordados y que se le proporcionan a usted y a sus Dependientes en conformidad con los términos y las condiciones de esta Póliza por los cuales Health Alliance recibe la prima aplicable.

### **Medicamentos del formulario**

Medicamentos que están incluidos en la lista de medicamentos que cubre su plan.

### **Gameto**

Una célula reproductiva. En un hombre los gametos son espermatozoides; en una mujer los gametos son huevos u óvulos.

### **Transferencia intratubárica de gametos (TITG)**

La transferencia directa de una mezcla de espermatozoides/óvulo en la trompa de Falopio; la fecundación tiene lugar dentro de la trompa.

### **Exámenes genéticos**

Análisis de ADN, ARN, cromosomas, proteínas o metabolitos humanos si el análisis detecta genotipos, mutaciones o cambios cromosómicos. Los exámenes genéticos no incluyen un análisis de proteínas o metabolitos que estén directamente relacionados con una enfermedad, un trastorno o una afección patológica manifiestos.

### **Acuerdo de inscripción grupal**

Un contrato, del cual esta Póliza forma parte, entre Health Alliance y el Grupo Empleador para ofrecer los beneficios de atención médica a los Empleados por parte del Grupo Empleador.

### **Tarjeta de identificación de Health Alliance**

Una tarjeta que Health Alliance le entrega a cada Miembro después de la inscripción. Se pueden solicitar tarjetas de reemplazo comunicándose con Health Alliance al 877-750-3517.

### **Plan de beneficios de salud**

Los servicios de atención médica cubiertos, las limitaciones, las exclusiones y los montos de los costos compartidos, así como la red de Proveedores que Health Alliance Northwest pone a disposición de los Miembros en virtud del Acuerdo de inscripción grupal emitido al Grupo Empleador.

### **Hospital**

Una institución que cumple con los siguientes requisitos:

- Debe prestar atención y tratamiento médico y quirúrgico a las personas con enfermedades o lesiones agudas o que estén internadas.
- Debe contar con centros terapéuticos y de diagnóstico.
- El tratamiento y la atención deben ser brindados o supervisados por Médicos. Los servicios de enfermería diurnos y nocturnos también deben estar proporcionados y supervisados por un enfermero certificado.
- No debe estar operado por un Gobierno nacional, provincial o estatal.
- No debe ser principalmente un lugar de descanso, un lugar para personas mayores o un hogar de convalecencia.
- Debe estar certificado por las leyes de la jurisdicción donde se encuentra. Debe funcionar como un Hospital, tal como lo definen dichas leyes.

### **Infertilidad**

La incapacidad para concebir después de un año de tener Relaciones sexuales sin protección o la incapacidad de mantener un embarazo exitoso. En el caso de que un médico determine que existe una afección médica que imposibilite la concepción mediante relaciones sexuales sin protección, incluidas, entre otras, la ausencia congénita del útero o los ovarios, la ausencia del útero o los ovarios debido a una extracción quirúrgica a raíz de una afección médica, o la esterilización involuntaria debido a tratamientos de radiación o quimioterapia, el requisito de un año no se aplicará.

### **Lesión**

Una Lesión física accidental en el cuerpo causada por medios externos inesperados.

### **Fertilización in vitro (FIV)**

Proceso en el que un óvulo y el esperma se combinan en un plato de laboratorio donde se produce la fertilización. El óvulo fertilizado y dividido luego se transfiere al útero de la mujer.

### **Cónyuge legal**

La persona reconocida como esposo o esposa del Empleado cubierto según las leyes del estado donde vive el Empleado cubierto. Health Alliance podría solicitar documentación que pruebe el matrimonio.

### **Enfermedad o afección que pone en peligro la vida**

Enfermedad o afección que pone en peligro la vida hace referencia a cualquier enfermedad o afección que presenta una gran posibilidad de muerte a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o la afección.

### **Edad límite**

La edad a la que un hijo ya no es elegible para la cobertura de Dependientes en el plan de sus padres.

### **Transferencia tubárica baja del óvulo**

Proceso en el que los Ovocitos se transfieren pasando una sección dañada o bloqueada de la trompa de Falopio a un área más cercana al útero.

### **Cargo máximo permitido**

Health Alliance determina el cargo Máximo permitido pagadero por un servicio cubierto según un porcentaje de Medicare, **incluido el uso de un cronograma de tarifas para servicios en períodos sin cobertura de Medicare**, o el descuento promedio que Health Alliance ha negociado con los Proveedores participantes. Si el monto facturado por un Proveedor no participante supera el Cargo Máximo permitido, usted será responsable de la diferencia entre el Cargo Máximo permitido y el monto real facturado además de los Copagos, Coseguro y Deducibles. Los montos que superen al cargo máximo permitido no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo para el año del Plan.

**Director médico**

Director médico significa un Médico con licencia empleado por Health Alliance o con un contrato con Health Alliance para proporcionar servicios, incluidos, entre otros, las revisiones de control de calidad y administración de la utilización.

**Medicamento necesario (Necesidad médica)**

Un servicio o suministro que se requieren para identificar o tratar su afección y que cumplen con los siguientes requisitos:

- Son adecuados, necesarios y coherentes para el síntoma o diagnóstico y el tratamiento o mejora clara de una enfermedad o Lesión.
- Son adecuados y esenciales para la evaluación o el tratamiento de una enfermedad, afección o trastorno.
- Se puede esperar razonablemente que mejoren su afección o nivel de funcionamiento.
- Cumplen con las normas de buena práctica médica, están reconocidos de manera general y están profesionalmente avalados por la comunidad médica en general en el momento en que se le proporcionan.
- No están diseñados, principalmente, para su conveniencia, la de su Médico u otro Proveedor.
- Es el servicio médico, suministro o nivel de atención más adecuado que puede prestarse de forma segura. Cuando se aplica a la atención de pacientes internados, también significa que los servicios no se pueden proporcionar de forma segura como Paciente externo debido a su afección o síntomas médicos.

**Miembro (también mencionado en esta Póliza como “usted”, “su” o “persona cubierta”)**

Un Titular de la póliza o un Dependiente cubierto que tiene derecho a los beneficios del Plan.

**Proveedor de nivel intermedio**

Un profesional de atención médica, que no sea un Médico, que proporciona atención médica para el paciente en una práctica de colaboración bajo la supervisión de un Médico.

**Recién nacido**

Un bebé de hasta 28 días de vida.

**Medicamentos que no aparecen en el formulario**

Medicamentos que no están incluidos en la lista de medicamentos que cubre su plan.

**Proveedor no participante**

Un médico o proveedor que no ha celebrado un contrato válido con Health Alliance para prestar servicios de atención médica a los miembros de Health Alliance. Los proveedores no participantes también pueden conocerse como proveedores fuera de la red.

**Medicamentos no preferidos**

Medicamentos del formulario por los que un Miembro paga un costo compartido más alto. Estos medicamentos generalmente tienen una alternativa preferida en el Formulario de menor costo.

**Ovocito**

El óvulo femenino formado en un ovario.

**Donante de ovocitos**

Una mujer determinada por un Médico como capaz de donar óvulos de acuerdo con las normas recomendadas por la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva.

**Recuperación de ovocitos**

El procedimiento a través del cual se obtienen óvulos insertando una aguja en el folículo ovárico y extrayendo el líquido y el óvulo por succión. Este procedimiento también se denomina aspiración de óvulos.



**Monto máximo que paga de su bolsillo**

El monto máximo en dólares que usted o su familia deberán pagar en montos acumulados de Copagos, Coseguro y Deducibles para los Servicios básicos de atención médica durante un Año del Plan. Los montos pagados por servicios de atención médica no cubiertos y otros gastos no se aplicarán al Monto máximo que paga de su bolsillo.

**Paciente externo**

La atención o los servicios que usted o un Dependiente reciben en el consultorio de un Proveedor, a domicilio, en el departamento de pacientes externos de un Hospital o en un centro quirúrgico independiente.

**Cirugía para Pacientes externos**

Cirugía o procedimiento que se realizan en el consultorio de un proveedor, en el departamento de Pacientes externos del Hospital, centro quirúrgico independiente o clínica médica independiente. Los gastos facturados como parte de una cirugía ambulatoria pueden incluir los honorarios del cirujano, incluidos los cirujanos asistentes, los asistentes de cirugía, los honorarios del centro y los insumos quirúrgicos.

Los Copagos, Coseguros y Deducibles por Cirugías para Pacientes externos se aplican a cualquier honorario del centro asociado con una cirugía o una intervención.

**Proveedor participante**

Un médico, farmacia o proveedor que ha celebrado un contrato válido con Health Alliance para prestar servicios de atención médica a los miembros de Health Alliance. Los proveedores participantes también pueden conocerse como proveedores dentro de la red. Estos Proveedores formarían parte de la Red de planes de salud de Health Alliance Northwest.

**Médico**

Una persona con licencia para ejercer la medicina en todas sus ramas conforme a las leyes aplicables del estado dentro de los Estados Unidos de América donde se prestan los servicios.

**Plan**

El programa de beneficios de atención médica cubierto por esta Póliza.

**Año del Plan**

El Año del Plan es de 12 meses que empieza y termina el 1.º de enero y termina el 31 de diciembre del mismo año calendario, a menos que el Acuerdo de Inscripción Grupal establezca lo contrario.

**Beneficio máximo del Año del Plan**

Los beneficios totales disponibles para determinados servicios cubiertos durante un Año del Plan para cada Miembro.

**Póliza**

Este folleto que se entrega a un Titular de la póliza que describe la cobertura proporcionada por el Plan.

**Titular de la póliza** (también mencionado en esta póliza como “usted”, “su” o “persona cubierta”)

Una persona que es un Empleado de buena fe, que el Grupo Empleador emplea regularmente de forma permanente y que está inscrita en Health Alliance. El titular de la póliza debe vivir o trabajar en el área de servicio del Plan del Grupo Empleador y está sujeto a los términos y condiciones del Acuerdo de Inscripción Grupal.

**Servicios médicos posteriores a la estabilización**

Los servicios que se le brindan después de un tratamiento médico de emergencia a un Miembro estabilizado con el objetivo de mantener, mejorar o resolver su afección.

**Autorización previa (Autorizado previamente)**

Una revisión a cargo de Health Alliance antes de recibir los servicios para determinar y autorizar el nivel de cobertura de los servicios Médicamente necesarios que el Plan pagará.

**Medicamentos preferidos**

Medicamentos del Formulario que se consideran adecuados para la mayoría de los miembros.

**Sincronización de resurtido de recetas**

La posibilidad de resurtir uno o más medicamentos de mantenimiento el mismo día para evitar tener que ir varias veces a la farmacia y para una gestión más fácil de los medicamentos.

**Médico de atención primaria**

Un Médico participante que pasa la mayor parte del tiempo en una clínica dedicado a la práctica general o de medicina familiar, medicina interna, ginecología, obstetricia o pediatría. Estos Médicos se designan en el Directorio de proveedores.

**Diagnóstico médico principal**

La afección o enfermedad principal que provoca síntomas o motiva el tratamiento. La afección consignada en primer lugar para el tratamiento.

**Servicio de atención de enfermería privada**

Los Servicios de atención de enfermería privada son servicios de enfermería especializada proporcionados de forma individual por personal de enfermería registrado (registered nurse, R.N.) activo en la práctica o personal de enfermería práctico habilitado (licensed practical nurse, L.P.N.). La atención de enfermería privada consiste generalmente en turnos de enfermería de ocho horas o más por día y no incluye la atención de enfermería de menos de ocho horas por día.

El Servicio de atención de enfermería privada no incluye el Servicio de cuidado asistencial.

**Información de salud protegida**

Toda la información médica individualmente identificable que el Plan conserva y transmite.

**Proveedor**

Un Proveedor de atención médica (como un Médico o Proveedor de nivel intermedio), centro de atención médica o corporación con licencia conforme a las leyes aplicables del estado dentro de los Estados Unidos en el que se prestan los servicios.

**Directorio de proveedores**

Una lista de Proveedores participantes del Plan y el área donde prestan servicios.

**Red de proveedores**

Una Red de proveedores es la lista de Médicos, centros de atención médica y otros profesionales de atención médica que participan en su Plan. Para obtener una lista de los Proveedores de la Red del Plan de Health Alliance Northwest, visite [HealthAlliance.org](http://HealthAlliance.org) o llame a Health Alliance al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de identificación de Health Alliance.

**Revisión retrospectiva**

Una revisión realizada después de que se recibe un reclamo de beneficios.

**Fecha de entrada en vigencia regular**

La Fecha de entrada en vigencia definida para ciertos períodos de inscripción especial. Si se solicita la inscripción entre el primero y el decimoquinto día del mes, la fecha de entrada en vigencia es el primer día del mes siguiente, después de la inscripción solicitada. Si se solicita la inscripción entre el decimosexto y el último día del mes, la Fecha de entrada en vigencia es el primer día del segundo mes posterior a la inscripción solicitada.

**Empleado jubilado**

Un ex empleado activo del empleador que se jubiló mientras prestaba servicios como empleado para el empleador y que está cubierto por el plan de atención médica del Grupo Empleador.

**Área de servicio**

La región geográfica que incluye los condados en los que el Plan está autorizado a operar comercialmente.

Su Área de servicio está determinada por el lugar donde vive o trabaja. A continuación, se indican los condados en los que Health Alliance Northwest Health Plan está autorizada a operar comercialmente y en los que ofrece los planes de Health Alliance:

- Chelan
- Douglas
- Grant
- Okanogan

**Atención especializada**

Los servicios que solo pueden prestar o supervisar un enfermero certificado o un fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla.

**Centro de atención de enfermería especializada**

Un centro que se dedica, principalmente, a ofrecerles a sus residentes servicios de Atención especializada o de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla). Los Centros de atención de enfermería especializada no incluyen hogares de convalecencia, centros de descanso o centros para personas mayores que ofrezcan, principalmente, Cuidado asistencial.

**Medicamentos especializados con receta**

Cualquier agente que se obtenga a través de un Proveedor de medicamentos especializados, debido a requisitos especiales de manipulación, almacenamiento, administración, supervisión o financieros.

**Trastorno por abuso de sustancias**

Los siguientes trastornos mentales según se define en la última edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM)* publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría:

- trastorno de consumo indebido de drogas;
- trastornos de adicciones; y
- trastornos provocados por drogas

**Resumen de beneficios y cobertura (SBC)**

Un breve resumen de los beneficios cubiertos y límites para los Miembros y Dependientes cubiertos por esta Póliza. Comprende, entre otros, montos de copago, coseguro y deducibles, limitaciones de beneficios y montos máximos que paga de su bolsillo. El Resumen de beneficios y cobertura incluye un glosario uniforme de términos.

**Madre de alquiler**

Una mujer que lleva un embarazo para una mujer que tiene cobertura para tratar la Infertilidad.

**Telemedicina**

La prestación de servicios clínicos a través de sistemas de comunicaciones de audio, solo audio y video sincrónicos e interactivos que permiten la comunicación en tiempo real entre el proveedor y el paciente. Los servicios pueden incluir transmisiones de telecomunicaciones en tiempo real o transmitidas por tecnología de almacenamiento y envío. La telemedicina proporciona acceso remoto a servicios presenciales, como consultas, visitas al consultorio, atención preventiva y servicios de salud mental. La telemedicina, por medio de la

tecnología, replica la interacción de un encuentro tradicional y presencial entre un proveedor y un paciente.

### **Relaciones sexuales sin protección**

Unión sexual entre un hombre y una mujer, sin el uso de ningún proceso, dispositivo ni método que evite la concepción, incluidos, entre otros, anticonceptivos orales, productos químicos, anticonceptivos físicos o de barrera, abstinencia natural o procedimientos quirúrgicos permanentes voluntarios.

### **Atención de urgencia**

Cuidado que requiere atención inmediata para una enfermedad, Lesión o trastorno imprevisto para evitar el deterioro grave de una afección. También se refiere a un centro denominado como atención conveniente, atención urgente o atención exprés.

### **Usuales, habituales y razonables**

Un cargo que no supera el nivel normal de cargos realizado por los Proveedores por servicios cubiertos en un área geográfica. Health Alliance tiene contrato con una base de datos nacional para determinar los cargos por código postal geográfico. Los cargos de los Proveedores participantes no están sujetos a las limitaciones de cargos usuales, comunes y razonables debido a las disposiciones de su contrato con Health Alliance.

### **Lavado uterino para la recuperación de embriones**

Un procedimiento mediante el cual el útero se lava para recuperar un Embrión preimplantado.

### **Consultas virtuales**

Servicios que un médico presta a través de un portal basado en la web u otros medios electrónicos; puede abarcar servicios de exámenes médicos y consultas.

### **Proveedor de atención médica principal para mujeres**

Una persona con licencia para ejercer la medicina en todas sus ramas conforme a las leyes aplicables del estado en el que presta servicios y que se especializa en obstetricia o ginecología o medicina familiar.

### **Cigoto**

Un óvulo fertilizado antes de que comience la división celular.

### **Transferencia intratubárica de cigotos (Zygote Intrafallopian Tube Transfer, ZIFT)**

Un procedimiento mediante el cual un óvulo se fertiliza in vitro y el Cigoto se transfiere a la trompa de Falopio previo a la etapa pronuclear antes de que se lleve a cabo la división celular. Los óvulos se recolectan y fertilizan un día, y el Embrión se transfiere posteriormente.