



La discriminación es contra la ley

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. **Humana Inc.** y sus subsidiarias no excluyen ni tratan de manera diferente a nadie por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes acreditados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-866-427-7478; si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que **Humana Inc.** y sus subsidiarias han fallado en proveer estos servicios o discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1-866-427-7478 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

Servicios de intérpretes en otros idiomas

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **(TTY: 711).**

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **(TTY: 711).**

繁體中文 (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 **(TTY: 711)。**

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **(TTY: 711).**

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **(TTY: 711)** 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **(TTY: 711).**

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **(телетайп: 711).**

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **(TTY: 711).**

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **(ATS : 711).**

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **(TTY: 711).**

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **(TTY: 711).**

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **(TTY: 711).**

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **(TTY: 711).**

日本語 (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。

(TTY : 711) まで、お電話にてご連絡ください。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **(TTY: 711)** تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłnih **(TTY: 711).**

العربية (Arabic):

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

Guía reguladora de declaraciones previas a la inscripción para planes de salud grupales de Georgia

PPO
Indemnización
HMO
POS



INTRODUCCIÓN.....	3
INSCRIPCIÓN	4
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES MÉDICAS.....	5
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES PARA MEDICAMENTOS RECETADOS.....	15
REQUISITO PARA UN PLAN DE SALUD CON DEDUCIBLE ALTO	19
REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA LA COBERTURA.....	19
TARIFA MÁXIMA PERMISIBLE.....	19
MODIFICACIÓN DE LA COBERTURA	21
RESPONSABILIDADES DEL PATRONO	21
RENOVACIÓN O TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	21
FRAUDE.....	23
FACTORES DE CLASIFICACIÓN PARA CONTRATOS CON PATRONOS DE EMPRESAS PEQUEÑAS	23

INTRODUCCIÓN

Este documento identifica algunas cláusulas del plan que pueden excluir, limitar, reducir, modificar o terminar la cobertura del plan. Esta información se proporciona antes de la inscripción para ayudarle a tomar una decisión informada sobre la cobertura para el cuidado de la salud y contribuir a reunir los requisitos estatales para la divulgación de información previa a la inscripción.

Este documento solo sirve como recurso informativo. La información relacionada con los planes personalizados, financiados por el patrono o exigidos por el estado puede diferir. Aunque se ha hecho el mayor esfuerzo para que la información proporcionada sea lo más fiel y actualizada posible, el propósito no es ofrecer una descripción completa de la cobertura ni tampoco constituir un contrato. Esta información se actualizará periódicamente sin previo aviso. Las determinaciones sobre beneficios, cobertura y elegibilidad se fundamentarán en los términos y condiciones del Contrato.

Los siguientes términos tienen el significado que se indica a continuación cada vez que se usen en este documento:

“Persona cubierta” es un empleado o dependiente cubierto por el Contrato.

“Contrato” es el documento que describe los beneficios que proporcionamos, según lo acordado por nosotros y el titular del Contrato. Al Contrato también se le puede denominar póliza o contrato principal del grupo.

“Titular del contrato” es la entidad legal identificada como el titular de la póliza o patrocinador del plan grupal en el anverso del Contrato, quien establece, financia y apoya un plan de beneficios para empleados que ofrece cobertura para el cuidado de la salud o una póliza de seguros.

Póngase en contacto con su Agente de ventas si necesita más asistencia en relación con la información presentada en este documento, o si está interesado en información específica del plan. Tenga en cuenta que también hay información disponible relacionada con planes de salud estandarizados que su estado puede exigirnos que le ofrezcamos.

El agente no está autorizado a renunciar a dar una respuesta completa a ningún tipo de pregunta, determinar la cobertura o la elegibilidad, alterar ningún Contrato, comprometer a la entidad aseguradora o entidad que ofrece el producto mediante promesas o representaciones, ni pasar por alto otros derechos o requisitos de la entidad aseguradora o que ofrece el producto.

INSCRIPCIÓN

Cada empleado debe completar el proceso de inscripción para tener cobertura bajo el Contrato para ellos y sus dependientes elegibles, si los hubiera.

Nos reservamos el derecho de exigir prueba del estado de salud a un empleado elegible o a un dependiente elegible, o a ambos. El estado de salud no se usará para determinar las tarifas de las primas de los productos no protegidos ofrecidos a través de un plan de salud de un grupo de patronos de pequeñas empresas. No usaremos los factores relacionados con el estado de salud para negar la cobertura médica a un empleado elegible o dependiente elegible. Aplicaremos esta cláusula de manera no discriminatoria.

Un solicitante tardío es un empleado o dependiente que solicita cobertura bajo el Contrato más de 31 días después de su fecha de elegibilidad, después del período de tiempo especificado en la cláusula de "Inscripción especial", o después del Período de inscripción abierta.

Período de inscripción abierta es un período de no menos de 31 días, que ocurre anualmente para el grupo, durante el cual los empleados tienen la oportunidad de inscribir a sus dependientes elegibles y a sí mismos en la cobertura bajo el Contrato.

Inscripción especial

La inscripción especial está disponible si se aplican las siguientes circunstancias:

- Su situación familiar presenta un cambio debido a:
 - Matrimonio;
 - Divorcio;
 - Una Orden médica calificada de manutención de hijos (QMCSO, por sus siglas en inglés);
 - Un Aviso de ayuda médica nacional (NMSN, por sus siglas en inglés);
 - El nacimiento de un hijo biológico; o
 - La adopción de un niño o acogida para ser adoptado por el empleado con el fin de adopción; y
 - Usted se inscribe dentro de los 31 días posteriores a la fecha de inscripción especial; o
- Usted es un empleado o dependiente elegible para cobertura bajo el Contrato, y:
 - Usted previamente rechazó la inscripción señalando que ya estaba cubierto por otro plan de salud grupal u otra cobertura de seguro médico; y
 - Se produce la pérdida de elegibilidad de dicha otra cobertura, independientemente de si usted es elegible para esa cobertura, o elige COBRA; y
 - Usted se inscribe dentro de los 31 días posteriores a la fecha de inscripción especial.
- La pérdida de elegibilidad de otra cobertura incluye, sin limitarse a ello:
 - Terminación laboral o pérdida de elegibilidad;
 - Reducción en el número de horas laborales;
 - Divorcio, o muerte del cónyuge;
 - Pérdida de elegibilidad de un dependiente, por ejemplo haber alcanzado el límite de edad;
 - Terminación de la contribución de su patrono a la cobertura;
 - Pérdida de cobertura HMO individual debido a que usted ya no reside, vive o trabaja en el área de servicio;
 - Pérdida de cobertura HMO grupal debido a que usted ya no reside, vive o trabaja en el área de servicio, y no hay ningún otro paquete de beneficios disponible; o
 - El plan ya no ofrece beneficios a una clase de individuos con situaciones similares; o

- Usted tenía continuación de la cobertura suministrada por el programa COBRA en otro plan al momento de la elegibilidad, y:
 - Dicha cobertura se agotó desde entonces; y
 - Usted especificó, al momento de la inscripción inicial, que la cobertura suministrada por el programa COBRA era la razón para rechazar la inscripción; y
 - Usted se inscribe dentro de los 31 días posteriores a la fecha de inscripción especial; o
- Usted estaba cubierto por otro plan provisto por el patrono que cesa, y:
 - Usted está reemplazando la cobertura con el Contrato; y
 - Usted se inscribe dentro de los 31 días posteriores a la fecha de inscripción especial; o
- Usted es un empleado o dependiente elegible para cobertura bajo el Contrato, y:
 - Su cobertura de Medicaid o su cobertura del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) cesó como consecuencia de la pérdida de elegibilidad; y
 - Usted se inscribe dentro de los 60 días posteriores a la fecha de inscripción especial; o
- Usted es un empleado o dependiente elegible para cobertura bajo el Contrato, y:
 - Usted se vuelve elegible para recibir un subsidio de asistencia para la prima bajo Medicaid o CHIP; y
 - Usted se inscribe dentro de los 60 días posteriores a la fecha de inscripción especial.

Inscripción especial para dependientes

La inscripción especial para dependientes es el periodo de tiempo especificado en la cláusula “Inscripción especial”.

Si la cobertura del dependiente está disponible según el Contrato del patrono o está añadida al Contrato, un empleado que sea una Persona cubierta puede inscribir a los dependientes elegibles durante la inscripción especial correspondiente. Cualquier empleado que en otras circunstancias reúna los requisitos para la cobertura y haya renunciado a ella según el Contrato cuando era elegible, podrá inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles durante la inscripción especial. Al empleado y/o dependiente que se inscribe dentro del período de tiempo especificado en la cláusula de “Inscripción especial” después de la fecha de inscripción especial no se le considerará un solicitante tardío.

El empleado y/o dependiente será un solicitante tardío si se inscribe después del periodo de tiempo especificado en la cláusula “Inscripción especial” posterior a la fecha de la inscripción especial. Un solicitante tardío debe esperar para inscribirse en la cobertura durante el periodo de inscripción abierta.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES MÉDICAS

A menos que se especifique lo contrario en el Contrato, no se proporcionará ningún beneficio por, ni a cuenta de, lo siguiente:

- Para planes protegidos, tratamientos, servicios, suministros o cirugías que no sean necesarios por razones médicas, con excepción de los servicios preventivos de rutina específicos según se describe en el “Programa de beneficios” y en la sección de “Gastos cubiertos” del certificado.

- Para planes no protegidos, tratamientos, servicios, suministros o cirugías que no sean necesarios por razones médicas, con excepción de los servicios preventivos requeridos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos. Para obtener una lista de estos servicios recomendados consulte el sitio Web del HHS en www.healthcare.gov.
- Enfermedad o lesión corporal que surja de, o en el curso de, cualquier trabajo por un sueldo, ganancia o beneficio. Esta exclusión se aplica tanto si una persona tiene o no cobertura del Programa de compensación laboral. Para un plan no protegido de pequeños patronos, esta exclusión no se aplica a un empleado que es propietario único, socio o directivo de la empresa si el propietario único, socio o directivo de la empresa no es elegible para recibir beneficios del Programa de compensación laboral.
- Cuidado médico y tratamiento ofrecido en un hospital gubernamental o administrado por una entidad del gobierno, a menos que por ley usted tenga que pagar por dicho cuidado médico y tratamiento. No obstante, no se excluye el cuidado médico y el tratamiento proporcionados por hospitales militares a Personas cubiertas que sean jubiladas de los servicios militares y a sus dependientes.
- Cualquier servicio suministrado mientras esté internado en un hospital o una institución gubernamental o institución administrada por el gobierno de Estados Unidos o cualquiera de sus agencias, para cualquier tipo de enfermedad o lesión corporal relacionada con el servicio militar.
- Cualquier servicio que por ley no estaría obligado a pagar en ausencia de esta cobertura.
- Enfermedad o lesión corporal por la que reciba pago o tenga derecho a pago o cuidado médico y tratamiento por parte de un programa gubernamental o a través de él. Esto no incluye los beneficios de Medicaid.
- Cualquier servicio que no haya sido ordenado por un profesional del cuidado de la salud.
- Servicios proporcionados a usted, si usted no cumple con los requisitos del Contrato HMO/POS. Estos incluyen servicios:
 - No proporcionados por un proveedor de la red, a menos que sean necesarios para cuidado médico de emergencia *{esto aplica a planes HMO}*;
 - Recibidos en una sala de emergencias, a menos que hayan sido necesarios debido a un caso de cuidado médico de emergencia;
 - Que requieren autorización previa y dicha autorización no se haya obtenido;
 - Que requieren referido de un médico de cuidado primario y que dicho referido no se haya obtenido *{esto aplica solo a algunos planes HMO y POS}*.
- Servicios de enfermería privada.
- Servicios ofrecidos por un médico sustituto, asistente quirúrgico, cirujano asistente, asociado médico, enfermera registrada o técnico certificado de un quirófano, a menos que sean necesarios por razones médicas.
- Cualquier servicio que no es prestado por el proveedor de facturación.
- Cualquier servicio que no sea confirmado en los expedientes médicos del proveedor de facturación.
- Cualquier gasto incurrido por servicios recibidos en otros países mientras esté residiendo fuera de Estados Unidos por más de seis meses en un año dado, excepto, según lo exige la ley, para los servicios de cuidado médico en casos de emergencia.

- Para los planes PPO, Indemnización y POS, todos los gastos por servicios, medicamentos recetados, equipo o suministros recibidos fuera de Estados Unidos o de un proveedor extranjero a menos que:
 - Sean por cuidado médico de emergencia;
 - El empleado esté viajando fuera de Estados Unidos por su trabajo en una situación donde el patrono financia el contrato y los servicios no están cubiertos por ningún Programa de compensación laboral o ley similar; o
 - El empleado y el dependiente vivan fuera de Estados Unidos y el empleado tenga estado activo con el patrono que financia el contrato.
- Educación o capacitación, excepto para la capacitación para el automanejo de la diabetes y para planes no protegidos, servicios de habilitación especificados en la sección de “Gastos cubiertos” del certificado.
- Escuelas, servicios, exámenes o terapia de tipo educacional o vocacional, incluidos los internados y otros establecimientos relacionados con actividades terapéuticas. También se excluyen los libros, las grabaciones y los videos educacionales o vocacionales, y materiales similares.
- Servicios proporcionados por un familiar de la Persona cubierta.
- Servicios de ambulancia para transporte de rutina hasta, desde o entre los centros médicos y/o el consultorio de un profesional del cuidado de la salud.
- Cualquier medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento que sea experimental, investigativo o para fines de investigación.
- Vitaminas, suplementos dietéticos, y fórmulas dietéticas, excepto fórmulas enterales, suplementos nutricionales o productos alimenticios modificados bajos en proteínas para el tratamiento de una enfermedad metabólica heredada, como la fenilcetonuria (PKU).
- Medicamentos de venta libre, medicamentos sin receta, a menos que sea para fármacos, medicinas o medicamentos en la Lista de medicamentos de cobertura de medicación preventiva, y usted tenga una receta de un profesional del cuidado de la salud y el plan no esté protegido (los patronos con planes no protegidos fieles a sus creencias religiosas y las organizaciones elegibles pueden elegir no proporcionar cobertura de agentes anticonceptivos).
- Los artículos o suministros médicos de venta sin receta pueden ser proporcionados o recetados por un profesional del cuidado de la salud, pero también están disponibles sin una receta u orden escrita, a menos que sean para servicios preventivos y el plan no esté protegido (los patronos con planes no protegidos fieles a sus creencias religiosas y las organizaciones elegibles pueden elegir no proporcionar cobertura de agentes anticonceptivos).
- Vacunas necesarias para viajes al extranjero para una Persona cubierta de cualquier edad.
- Hormonas del crecimiento (medicamentos fármacos u hormonas para estimular el crecimiento) a menos que sea especificado en la sección de servicios de farmacias del certificado.
- Para planes protegidos, tratamiento para la adicción a la nicotina o el tabaquismo, incluidos los parches de nicotina, la hipnosis y los medios electrónicos o clases para dejar de fumar, entre otros.
- Medicamentos recetados y medicamentos inyectables autoadministrados, a menos que le sean administrados:

- Mientras es un paciente internado en un hospital, en un centro de enfermería especializada, en un centro médico de tratamiento para el cuidado de la salud o un centro residencial de tratamiento; o
- Según lo siguiente, cuando nos parezca apropiado:
 - Un profesional del cuidado de la salud:
 - Durante una consulta médica; o
 - Mientras es un paciente ambulatorio; o
 - Por una agencia de cuidado médico en el hogar como parte de un plan de cuidado médico en el hogar cubierto.
- Audífonos, colocación o implantación de audífonos o instrucciones para su cuidado médico; dispositivos auditivos implantables, excepto por implantes cocleares, según se especifique en el certificado.
- Servicios recibidos en una sala de emergencias, a menos que sean necesarios debido al cuidado médico de emergencia.
- Admisiones hospitalarias durante el fin de semana que no sean de emergencia, específicamente admisiones en un hospital un viernes o sábado por comodidad de la Persona cubierta o de su profesional del cuidado de la salud, cuando no existe una causa para admisión de emergencia y la Persona cubierta no es sometida a cirugía ni recibe tratamiento terapéutico hasta el lunes siguiente.
- Servicios hospitalarios como paciente internado cuando usted se encuentra en observación.
- Servicios para infertilidad; o reversión de la esterilización electiva.
- Servicios de cambio de sexo, independientemente de cualquier diagnóstico de identidad sexual o problemas de orientación psicosexual.
- No se proporcionarán beneficios para:
 - Inmunoterapia por aborto recurrente;
 - Quimionucleólisis;
 - Litotricia biliar;
 - Terapia del sueño;
 - Fototerapia para el trastorno afectivo estacional (SAD, por sus siglas en inglés);
 - Inmunoterapia por alergias a alimentos;
 - Proloterapia; o
 - Terapia de integración sensorial.
- Cirugía cosmética y servicios o dispositivos cosméticos.
- Prótesis de cabello, implantes o trasplantes de cabello, y pelucas.
- Servicios dentales, aparatos o suministros para el tratamiento de dientes, encías, mandíbula o procesos alveolares, que incluyen, entre otros, cualquier cirugía oral, servicios de endodoncia o cirugía periodontal, implantes y procedimientos relacionados, procedimientos de ortodoncia, y cualquier servicio dental relacionado con una lesión corporal o enfermedad, a menos que esté establecido de forma diferente en el certificado.

- Los siguientes tipos de cuidado médico para los pies:
 - Terapia de onda de choque de los pies;
 - Tratamiento de pies débiles, tensionados, planos, inestables o desiguales;
 - Cuidados de higiene y tratamiento de lesiones superficiales de los pies, como callos, callosidades o hiperqueratosis;
 - Tratamiento de la tarsalgia, metatarsalgia o juanetes, excepto quirúrgicamente;
 - Corte de las uñas de los pies, excepto la remoción de la matriz ungueal;
 - Cuñas para el talón, elevaciones o insertos para los zapatos; y
 - Soportes de arco (aparatos ortopédicos para el pie) o zapatos ortopédicos, excepto para diabetes o dedo de martillo.

- Cuidado personal no médico y cuidado médico de mantenimiento.

- Cualquier pérdida atribuida a, u ocasionada por:

- Guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no;
- Insurrección; o
- Cualquier conflicto que involucre a las fuerzas militares de cualquier autoridad.

- Enfermedad o lesión corporal causada porque la persona con cobertura:

- Se involucra en una ocupación ilegal; o
- Intenta cometer o comete un delito.

Esta exclusión no se aplica a ninguna enfermedad o lesión corporal que resulte de un acto de violencia doméstica o una afección médica (incluyendo tanto afecciones físicas como de salud mental).

- Gastos por cargos de afiliación o del programa pagados por usted, incluyendo, entre otros, gimnasios o spas, preparación aeróbica y de resistencia, programas de rehabilitación laboral y programas quirúrgicos o de pérdida de peso, y cualquier material o producto relacionado con estos programas.
- Procedimientos quirúrgicos para la eliminación de excesos de piel o grasa en relación con, o como consecuencia de, la pérdida de peso o una cirugía para bajar de peso.
- Gastos por servicios que se usan principal y habitualmente para el control o mejoramiento del ambiente (ya sea que un profesional del cuidado de la salud lo haya indicado o no) y ciertos dispositivos médicos incluidos, entre otros:
 - Artículos comunes para el hogar, como acondicionadores de aire, purificadores de aire, purificadores de agua, aspiradoras, camas de agua, colchones o almohadas hipoalergénicos, o equipo para ejercicio;
 - Equipo para transporte motorizado (como las patinetas motorizadas), escaleras mecánicas, elevadores, rampas, o modificaciones o adiciones al lugar de residencia o de trabajo, o a los vehículos de transporte;
 - Equipo para la higiene personal, como sillas para tinas de baño o duchas, equipo o suministros para transferencia, o retretes portátiles;
 - Artículos para la comodidad personal, como almohadas cervicales, sillas para reducir el efecto de la gravedad en la zona lumbar, piscinas, tinas de hidromasaje, spas o saunas;
 - Para planes protegidos, equipos médicos como dispositivos para supervisar la presión arterial, lámparas de luz PUVA, estetoscopios y extractores de leche materna, excepto los extractores de leche materna de uso hospitalario que se usan para un dependiente menor de un año de edad durante una admisión hospitalaria;
 - Para planes no protegidos, equipos médicos como dispositivos para supervisar la presión arterial, lámparas de luz PUVA y estetoscopios;

- Sistemas de comunicaciones, teléfonos, sistemas de computación o de televisión y equipo relacionado, o artículos o equipos similares;
- Dispositivos de comunicación, excepto después de la remoción quirúrgica de la laringe o un diagnóstico de mal funcionamiento permanente de la laringe.
- Alquiler duplicado o similar, o compras de equipo médico duradero o equipos para la diabetes.
- Terapias y pruebas para el tratamiento de alergias, incluidos, entre otros, servicios relacionados con ecología clínica, alergia ambiental, alteración del sistema inmunitario por alergias, antígenos sublinguales, extractos, pruebas o tratamiento de neutralización a menos que dichas pruebas o terapias hayan sido aprobadas por:
 - La Academia Estadounidenses de Alergia e Inmunología; o
 - El Departamento de Salud y Servicios Humanos o cualquiera de sus dependencias o agencias.
- Alojamiento o transporte.
- Tiempo invertido en comunicaciones o viajes.
- Cualquier tratamiento que incluya, entre otros, procedimientos quirúrgicos:
 - Para la obesidad, incluida la obesidad patológica; o
 - Para la obesidad, incluida la obesidad patológica, con fines de tratamiento de enfermedad o lesión corporal causada, complicada o exacerbada por dicha afección.
- Cirugía bariátrica, cualquier servicio o complicaciones relacionados con la cirugía bariátrica y otros productos o servicios para la pérdida de peso.
- Aborto médico o quirúrgico electivo a menos que:
 - El embarazo pueda poner en riesgo la vida de la madre; o
 - El embarazo sea resultado de una violación o incesto.
- Medicamento alternativo.
- Acupuntura, a menos que:
 - El tratamiento sea apropiado y necesario por razones médicas y se proporcione dentro del ámbito profesional de un acupunturista certificado; y
 - Se le haya remitido al acupunturista para tratamiento dirigido por un médico certificado.
- Servicios prestados en una clínica de síndrome premenstrual o clínica de medicina holística.
- Servicios de una partera, a menos que la partera esté certificada.
- Pruebas o exámenes de la vista con el fin de recetar lentes correctivos, a menos que se trate de exámenes integrales de la vista proporcionados según la sección “Gastos cubiertos – Cuidado médico pediátrico de la vista” del certificado.
- Entrenamiento ortóptico/de la vista (ejercicios para los ojos).
- Queratotomía radial, queratoplastia refractiva o cualquier otro tipo de cirugía o procedimiento para corregir la miopía, la hipermetropía o un error astigmático.

- Para planes que no incluyen beneficios para el cuidado médico pediátrico de la vista, la compra o adaptación de anteojos o lentes de contacto, excepto como resultado de un accidente o después de una cirugía de cataratas según se especifica en el certificado.
- Para planes que incluyen beneficios para el cuidado médico pediátrico de la vista, la compra o adaptación de anteojos o lentes de contacto, excepto que:
 - Sean resultado de un accidente o después de una cirugía de cataratas según se especifica en el contrato.
 - Se especifique de otra manera en la sección “Gastos cubiertos - Cuidado médico pediátrico de la vista” del certificado.
- Servicios y suministros que:
 - Sean ofrecidos en conexión con enfermedades mentales no clasificadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos; o
 - Se extiendan más allá del periodo necesario para la evaluación y el diagnóstico de discapacidades del aprendizaje y la conducta o el retardo mental.
- Asesoramiento matrimonial.
- Servicios para la salud del comportamiento ordenados por un tribunal.
- Gastos de empleo, escuela, deporte o exámenes físicos de campo o a los fines de obtener seguro.
- Gastos por el cuidado médico y el tratamiento de servicios o procedimientos no cubiertos.
- Gastos por el tratamiento de complicaciones surgidas por servicios o procedimientos no cubiertos.
- Gastos incurridos por servicios anteriores a la fecha de vigencia o después de la fecha de terminación de su cobertura según el Contrato. La cobertura se extenderá según se indica en la sección “Extensión de beneficios” del certificado.
- Para los planes HMO, todo cuidado médico, tratamiento, servicio, equipo o suministro que se reciba fuera del área de servicio:
 - Si usted, de manera razonable, pudiera haber previsto o anticipado su necesidad antes de salir del área de servicio; y
 - Que no haya sido autorizado por nosotros o en la medida en la que exceda la tarifa máxima permisible.
- Pruebas prequirúrgicas o de procedimiento que se dupliquen durante una internación.
- Cuidado médico en el hogar:
 - Gastos por millaje recorrido o tiempo de transporte de ida y regreso al hogar de la Persona cubierta;
 - Diferencias en salario o tarifas por cambio de turno para cualquier representante de una agencia para el cuidado médico en el hogar;
 - Gastos de supervisión suministrados por agencias para el cuidado médico en el hogar;
 - Cargos por servicios de un asistente de cuidado médico en el hogar; *{esto solo se aplica a planes PPO}*
 - Cuidado personal no médico; o
 - Suministro o administración de medicamentos inyectables autoadministrados, a menos que determinemos otra cosa.

- Cuidado médico de hospicio para:
 - Internación no requerida para control de dolor agudo u otro tratamiento de una fase aguda durante el control de síntomas crónicos;
 - Servicios ofrecidos por voluntarios o personas que por lo general no cobran por su trabajo;
 - Servicios ofrecidos por un asesor religioso certificado a un miembro de su congregación. Estos son servicios ofrecidos durante el curso de funciones para las cuales se solicitó la presencia de la persona en calidad de sacerdote, pastor o ministro; y
 - Servicios de asesoramiento para personas por la pérdida de un ser querido para familiares no cubiertos por el Contrato.
- Aparatos ortopédicos si se trata de:
 - Aparatos ortopédicos de reemplazo;
 - Aparatos dentales; o
 - Aparatos y férulas dentales u orales, a menos que sean personalizados para el tratamiento de apnea obstructiva del sueño documentada.
- Reparación o reemplazo de dispositivos protésicos cuando estén cubiertos por el fabricante.
- Reparación o mantenimiento de equipo médico duradero o equipo para la diabetes, a menos que:
 - Se haya vencido la garantía del fabricante;
 - La reparación o el mantenimiento no sea el resultado del mal uso o el abuso;
 - El mantenimiento no sea con frecuencia mayor que cada seis meses; y
 - La reparación cueste menos que el reemplazo.
- Reemplazo o compra de equipo médico duradero y equipo para la diabetes, a menos que:
 - Se haya vencido la garantía del fabricante;
 - El costo del reemplazo sea menor que el costo de reparación; y
 - El reemplazo no se deba a la pérdida o robo del equipo, mal uso o abuso del equipo; o
 - El reemplazo sea necesario debido al cambio en su afección que hace que el equipo actual no sea funcional.
- Cirugía reconstructiva debido a una afección psicológica.
- Los costos de rutina para un ensayo clínico aprobado no incluyen servicios o artículos que:
 - Sean de tipo experimental, estén en fase de investigación, o tengan fines de investigación;
 - Solo se proporcionan para recopilación de datos y análisis que no estén relacionados directamente con el control clínico de la persona cubierta; o
 - Sean inconsistentes con los estándares de cuidado médico establecidos y ampliamente aceptados para un diagnóstico.
- Un trasplante de órgano si:
 - Es de tipo experimental, está en fase de investigación, o tiene fines de investigación.
 - El gasto corresponde al almacenamiento de sangre y células madre del cordón umbilical, a menos que sea una parte integral de un trasplante de órgano aprobado por nosotros.
 - Según nuestros criterios establecidos, nosotros no aprobamos la cobertura del trasplante del órgano.

- Se tiene derecho al pago de los gastos con financiación privada o de investigación pública, programa gubernamental, excepto Medicaid, u otro programa de financiación, ya sea que dicha financiación se haya solicitado o recibido, o no.
 - Los gastos se relacionan con el trasplante de cualquier órgano o tejido no humano, a menos que se especifique de otra manera en el Contrato.
 - Los gastos se relacionan con la donación o adquisición de un órgano para un destinatario que no esté cubierto por nosotros.
 - Los gastos se relacionan con un trasplante de órgano realizado fuera de los Estados Unidos y cualquier cuidado resultante del trasplante.
 - Se lleva a cabo un trasplante denegado, lo que incluye la evaluación previa al trasplante, el procedimiento en sí, el cuidado de seguimiento, los medicamentos inmunosupresores y los gastos relacionados con las complicaciones de dicho trasplante.
 - Usted no reunió las condiciones previas al trasplante establecidas por nosotros.
- Para planes que incluyen beneficios para el cuidado dental pediátrico:
 - Cualquier costo que se presentara por completar formularios.
 - Cualquier gasto debido a que usted deja de cumplir con una cita médica.
 - Cualquier gasto por un servicio que consideramos cosmético, a menos que se deba a una lesión dental accidental.
 - Gastos en los que se incurre por:
 - Aditamentos de precisión o semiprecisión.
 - Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con las sobredentaduras.
 - Otros elementos personalizados.
 - Cualquier servicio de diagnóstico por imágenes en 3D (imágenes de haz cónico).
 - Servicios dentales temporales y provisionales.
 - Gastos adicionales relacionados con los materiales o los equipos utilizados en el cuidado médico dental.
 - Cargos por servicios prestados:
 - En un centro dental o centro de tratamiento del cuidado de la salud patrocinado o mantenido por el patrono bajo este plan o un patrono de cualquier persona cubierta según el contrato.
 - Por un empleado de cualquier persona cubierta según el contrato.
- Para los fines de esta exclusión, se entiende por persona cubierta el empleado y los dependientes del empleado que están inscritos para los beneficios bajo el contrato y como se define en la sección "Glosario".
- Cualquier servicio relacionado con:
 - La alteración de la dimensión vertical de los dientes o el cambio del espaciado y/o la forma de los dientes.
 - La restauración o el mantenimiento de la oclusión.
 - Ferulización de dientes, incluidos los soportes múltiples, o cualquier servicio para estabilizar dientes periodontales débiles.
 - Sustitución de estructuras dentales perdidas como resultado de abrasión, desgaste, erosión o abfracción.
 - El registro de la mordida o análisis de la mordida.
 - Control de infección que incluye, entre otras, técnicas de esterilización.

- Gastos en los que se incurre por el tratamiento hecho por otra persona que no sea el dentista, excepto para el destartraje y limpieza de dientes, y la aplicación tópica de flúor, los cuales pueden ser realizados por un higienista dental certificado. El tratamiento debe ser realizado bajo la supervisión y asesoramiento de un dentista conforme a las normas dentales generalmente aceptadas.
- Cualquier hospital, centro médico quirúrgico o de tratamiento, o por los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o medicamentos previos a la anestesia, ya sean suministrados o recetados.
- Cualquier servicio que:
 - No sea elegible para beneficios en función de la revisión clínica.
 - No ofrezca un pronóstico favorable.
 - No tenga aceptación profesional uniforme.
 - Sea de carácter experimental o para investigación.
- Programas de control preventivo entre los que se incluyen, entre otros, instrucciones para la higiene oral, control de sarro, artículos para llevar a la casa, medicamentos recetados y planificación alimenticia.
- El reemplazo de cualquier restauración, prótesis o aparato principal duplicado, perdido, robado, dañado o mal colocado.
- Cualquier prueba de susceptibilidad a las caries, análisis de laboratorios, muestras de saliva, cultivos anaeróbicos, pruebas de sensibilidad o cargos por procedimientos patológicos orales.
- Los siguientes servicios cuando se realizan al mismo tiempo que un conducto radicular:
 - Pulpotomía parcial para apexogénesis.
 - Pulpotomía vital.
 - Desbridamiento pulpar o terapia pulpar.
- Para un plan que incluye beneficios para el cuidado médico pediátrico de la vista, los beneficios se limitan como sigue:
 - En ningún caso los beneficios excederán la cantidad menor de los límites del contrato, según se indica en la sección “Programa de beneficios – Cuidado médico pediátrico de la vista” o en el “Programa de beneficios” del certificado.
 - Los materiales cubiertos por el contrato que se han perdido, han sido robados, se han roto o se han dañado solo se reemplazarán en intervalos normales según se especifica en la sección “Programa de beneficios – Cuidado médico pediátrico de la vista”.
 - El costo básico por monturas cubiertas por el contrato. La Persona cubierta es responsable de los lentes seleccionados, incluidos, entre otros:
 - Anteojos para el sol, con receta y plano; o
 - Con surcos, taladrados o con muescas, u ondulados y pulidos.
- Para planes que incluyen beneficios para el cuidado médico pediátrico de la vista, a menos que se especifique de otra manera, no se proporcionarán beneficios en razón ni como consecuencia de los siguientes artículos:

- Entrenamiento ortóptico o de la vista y cualquier prueba complementaria asociada.
- Dos o más pares de anteojos en lugar de bifocales o trifocales.
- Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o de tejidos anexos.
- Cualquier servicio y material requerido por un patrono como condición de empleo.
- Lentes y monturas de seguridad.
- Lentes de contacto, cuando se reciban beneficios por monturas y lentes.
- Artículos cosméticos.
- Todo servicio o material no incluido en la sección de este beneficio como un beneficio cubierto o en la sección "Programa de beneficios - Cuidado médico pediátrico de la vista".
- Gastos por citas incumplidas.
- Cualquier cargo de un consultorio de un proveedor por completar y presentar formularios de reclamación.
- Tratamiento relacionado con, o causado por, una enfermedad.
- Materiales o dispositivos para la vista sin receta médica.
- Costos asociados con el aseguramiento de materiales.
- Servicios pre y posoperatorios.
- Ortoqueratología.
- Mantenimiento de materiales.
- Readaptación o cambio en el diseño de los lentes tras la readaptación inicial.
- Lentes pintados artísticamente.

Estas limitaciones y exclusiones se aplican incluso si un profesional del cuidado de la salud ha realizado o indicado un procedimiento, tratamiento o suministro apropiado por razones médicas. Esto no impide que su profesional del cuidado de la salud proporcione o lleve a cabo el procedimiento, tratamiento o suministro, pero no se dará cobertura a dicho procedimiento, tratamiento o suministro.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

A menos que se especifique lo contrario, no se proveerá ningún beneficio en razón ni como consecuencia de lo siguiente:

- Medicamentos con advertencia en la etiqueta que no son considerados necesarios por razones médicas a nuestro criterio.
- Medicamentos recetados que no están incluidos en la lista de medicamentos.
- Toda cantidad que exceda la tarifa preestablecida.
- Medicamentos y/o ingredientes no aprobados por la FDA, incluyendo ingredientes de un compuesto a granel.
- Cualquier medicamento recetado para un uso previsto distinto de:
 - Las indicaciones aprobadas por la FDA; o
 - Las indicaciones fuera de etiqueta reconocidas por la literatura médica revisada por pares.
- Cualquier medicamento recetado para una enfermedad o lesión corporal no cubierta por el Contrato.
- Todo fármaco, medicina o medicamento que:

- Tenga la etiqueta “Caution-limited by federal law to investigational use” (Atención: limitado por las leyes federales para uso de investigación); o
- Sea de tipo experimental, esté en fase de investigación, o tenga fines de investigación,

aunque se le facture un cargo a menos que el medicamento sea considerado como un medicamento contra el cáncer que ha resultado seguro y efectivo en estudios clínicos formales.

- Extractos de alérgenos.
- Dispositivos o aparatos terapéuticos, incluidos entre otros:
 - Jeringas y agujas hipodérmicas (excepto cuando un profesional del cuidado de la salud las ha recetado para administrar insulina y medicamentos inyectables autoadministrados cuya cobertura esté aprobada por nosotros);
 - Prendas de soporte;
 - Reactivos de pruebas;
 - Bombas mecánicas para el suministro de medicamentos; y
 - Otras sustancias no médicas.
- Complementos alimenticios, excepto fórmulas enterales y complementos nutricionales para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU) u otras enfermedades metabólicas hereditarias. Consulte la sección “Gastos cubiertos” del certificado para ver la cobertura de alimentos modificados bajos en proteínas.
- Productos nutricionales.
- Complementos de flúor *{esto no se aplica a planes no protegidos}*.
- Minerales.
- Hormonas del crecimiento para talla baja idiopática o cualquier otra afección a menos que exista un diagnóstico confirmado mediante análisis de laboratorio de deficiencia de la hormona del crecimiento, o según lo determinemos a nuestro criterio.
- Hierbas y vitaminas, excepto para uso prenatal (incluido más de un miligramo de ácido fólico) y multivitaminas pediátricas con flúor y vitaminas de la lista de medicamentos de Cobertura de medicación preventiva.
- Esteroides anabólicos *{esto no se aplica a RxImpact o planes no protegidos de pequeños patronos}*.
- Anorexígenos o cualquier medicamento destinado a reducir el peso *{esto no se aplica a RxImpact}*.
- Cualquier medicamento utilizado con fines cosméticos, incluyendo, entre otros:
 - Productos dermatológicos o estimulantes del crecimiento del cabello; o
 - Agentes que inducen la pigmentación o despigmentación *{esto no se aplica a RxImpact}*.
- Todo medicamento o fármaco que:
 - Pueda obtenerse legalmente sin una receta (medicamentos sin receta), excepto la insulina o medicamentos que aparezcan en la Lista de medicamentos de Cobertura de Medicación Preventiva; o
 - Esté disponible en concentración de medicamento recetado sin una receta médica.

- Medicamentos compuestos en cualquier forma farmacéutica, excepto cuando se recetan para uso pediátrico en pacientes de hasta 19 años de edad, o según lo determinemos a nuestro criterio.
- Medicamentos abortivos (que inducen el aborto) *{esto no se aplica a RxImpact}*.
- Servicios de infertilidad incluyendo los medicamentos.
- Todo medicamento indicado para la impotencia o la disfunción sexual *{esto no se aplica a RxImpact}*.
- Todo medicamento o fármaco que se consuma o se inyecte en el lugar donde se entregan los medicamentos recetados, o suministrado por el profesional del cuidado de la salud.
- La administración de medicamento(s) cubierto(s).
- Medicamentos recetados que usted debe tomar o que hay que administrarle, total o parcialmente, mientras se encuentra en un centro en donde se le proporcionan regularmente los medicamentos como paciente internado. Los centros de pacientes internados incluyen, entre otros:
 - Hospitales;
 - Centros de enfermería especializada; u
 - Hospicios.
- Medicamentos inyectables que incluyen, entre otros:
 - Agentes inmunizantes (excepto para vacunas coherentes con el programa de vacunación de la Academia de Pediatría de los Estados Unidos);
 - Sueros biológicos;
 - Sangre;
 - Plasma sanguíneo; o
 - Medicamentos inyectables autoadministrados o medicamentos de especialidad cuya cobertura no está aprobada por nosotros.
- Repeticiones de la receta médica:
 - Por encima del número especificado por el profesional del cuidado de la salud; o
 - Que se despachen más de un año después de la fecha del pedido original.
- Cualquier parte de un surtido o una repetición de receta, excepto inhaladores recetados para el tratamiento del asma u otras dolencias bronquiales graves, que supere un suministro de 90 días cuando sea recibida de una farmacia de pedido por correo o de una farmacia minorista que participa en nuestro programa y que le permite recibir un suministro de 90 días de un surtido o repetición de receta.
- Cualquier parte de un surtido o una repetición de receta, excepto inhaladores recetados para el tratamiento del asma u otras dolencias bronquiales graves, que supere un suministro de 30 días cuando sea recibida de una farmacia minorista que no participa en nuestro programa y que le permite recibir un suministro de 90 días de un surtido o repetición de receta.
- Cualquier parte de un surtido o una repetición de receta de un medicamento de especialidad, excepto inhaladores recetados para el tratamiento del asma u otras dolencias bronquiales graves, que supere un suministro de 30 días, a menos que determinemos otra cosa.
- Cualquier parte de un surtido o una repetición de receta que:

- Supere el límite de despacho específico del medicamento;
 - Sea despachado a una Persona cubierta cuya edad no esté dentro de los límites de edad específicos para el medicamento y definidos por nosotros;
 - La repetición se realice anticipadamente, según nuestra definición; o
 - Supere el límite de despacho de duración específica.
- Todo medicamento para el que se requiera autorización previa o terapia por fases y no se haya obtenido.
 - Todo medicamento por el cual no se cobra ningún cargo normalmente.
 - Todo medicamento o fármaco que usted reciba:
 - Antes de obtener la cobertura; o
 - Después de la fecha de terminación de su cobertura.
 - Cualquier costo relacionado con el franqueo, envío o entrega de medicamentos recetados.
 - Cualquier mal uso deliberado del beneficio de medicamentos recetados, incluidos aquellos adquiridos para consumo de otra persona que no sea usted.
 - Cualquier surtido o repetición de la receta de medicamentos o fármacos que se hayan perdido, o que hayan sido robados, derramados o dañados, o que se hayan echado a perder.
 - Implantes para el suministro de medicamentos y otros dispositivos o sistemas de implantes.
 - Tratamiento para la onicomicosis (hongos en las uñas) *{esto no se aplica a RxImpact o planes no protegidos de pequeños patronos}*.
 - En el caso de medicamentos recetados que no sean de Subsidio de RxImpact: Más de un medicamento recetado o repetición de receta para el mismo fármaco o medicamento equivalente terapéutico, excluyendo los inhaladores recetados para el tratamiento del asma u otras dolencias bronquiales graves, indicados por uno o más profesionales médicos del cuidado de la salud y despachados por una o más farmacias a menos que:
 - Usted haya usado, o debería haber usado, un suministro de 23 días de un medicamento recetado o repetición de receta correspondiente a los 30 días previos; o
 - Usted haya usado, o debería haber usado, un suministro de 75 días del medicamento recetado minorista correspondiente a los 90 días previos comprado a través de una farmacia minorista que participa en nuestro programa; o
 - Usted haya usado, o debería haber usado, un suministro de 60 días de un medicamento recetado de una farmacia de pedido por correo correspondiente a los 90 días previos.
 (En base al programa de dosificación prescrito por el profesional médico del cuidado de la salud);
 - En el caso de medicamentos recetados de Subsidio de RxImpact: Más de un medicamento recetado o repetición de receta en un período de 23 días para el mismo fármaco o medicamento equivalente terapéutico, excluyendo los inhaladores recetados para el tratamiento del asma u otras dolencias bronquiales graves, indicados por uno o más profesionales médicos del cuidado de la salud y despachados por una o más farmacias, a menos que lo haya recibido a través de una farmacia de pedido por correo o una farmacia minorista que participe en nuestro programa, lo cual le permita recibir un suministro para 90 días de un medicamento recetado o repetición de receta. Para medicamentos recibidos por el servicio de farmacia de pedido por correo o farmacia minorista que participe en nuestro programa, lo cual le permite recibir un suministro para 90 días de un medicamento recetado o repetición de receta, más de un medicamento recetado o repetición de receta dentro de un período de 20 días para un suministro

de 1 a 30 días; o un período de 60 días para un suministro de 61 a 90 días. (En base al programa de dosificación prescrito por el profesional médico del cuidado de la salud).

- Toda cantidad que usted haya pagado por una receta que ha sido surtida, independientemente de que la receta sea revocada o modificada debido a una reacción adversa o un cambio en la dosificación o receta médica.
- Para los planes HMO y algunos planes POS, los medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red, excepto los medicamentos recetados que se requieren durante una emergencia.

Estas limitaciones y exclusiones se aplican incluso si un profesional del cuidado de la salud ha realizado o recetado un procedimiento, servicio, tratamiento, suministro o medicamento que sea apropiado por razones médicas. Esto no impide que su profesional del cuidado de la salud o farmacéutico proporcione o lleve a cabo el procedimiento, servicio, tratamiento, suministro o medicamento recetado. Sin embargo, el procedimiento, servicio, tratamiento, suministro o medicamento recetado no será un gasto cubierto.

REQUISITO PARA UN PLAN DE SALUD CON DEDUCIBLE ALTO

Para los Planes de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés), el IRS exige ciertos requisitos que deben cumplirse para que los afiliados reúnan las condiciones para obtener una Cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés). Uno de estos requisitos es que la cantidad de deducible no debe ser menor que el “deducible mínimo anual” según lo define el IRS. Cada año, el IRS revisa las cantidades de deducible para determinar si el deducible mínimo anual debe incrementarse.

Si usted tiene un HDHP y la cantidad de deducible de dicho plan no cumple con el requisito de deducible mínimo anual del IRS, se le exigirá que se cambie a una cantidad válida de deducible. Para la mayoría de los grupos, este cambio de deducible se producirá en la próxima fecha de renovación. Sin embargo, es posible que se aplique el ajuste en el deducible en la fecha de vigencia inicial que le corresponde a usted si esto se requiere para cumplir con las normas del IRS.

REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA LA COBERTURA

Humana requiere autorización previa para ciertos servicios y procedimientos que su médico u otro proveedor puedan recomendarle. Humana hace esto únicamente para determinar si el servicio o procedimiento es elegible para ser pagadero bajo su plan de beneficios. Usted y su proveedor de cuidado de la salud deciden si usted debería recibir o no dichos servicios o procedimientos. La determinación de Humana para la autorización previa se relaciona únicamente con el pago que deba hacer esta compañía. Para conocer una lista de estos servicios y suministros, visite nuestro sitio Web en www.humana.com o comuníquese con el Departamento de Servicios al cliente. Si no obtiene la autorización previa necesaria cuando sea obligatorio hacerlo, es posible que se reduzca el pago de beneficios que de otra manera serían pagaderos.

TARIFA MÁXIMA PERMISIBLE

Nosotros usamos un cuadro de tarifas para remunerar a los proveedores por su cobertura según ciertos criterios establecidos en la definición siguiente de tarifa máxima permisible.

La tarifa máxima permisible (también conocida como cargos usuales, habituales y razonables) para un gasto cubierto, diferente de los servicios de cuidado médico para casos de emergencia proporcionados por proveedores no participantes en la sala de emergencias de un hospital, es lo que sea menor de:

- La tarifa cobrada por el proveedor de los servicios;
- La tarifa negociada con el proveedor, ya sea directamente o por medio de uno o más intermediarios, o por contratos de ahorros compartidos para los servicios;
- La tarifa establecida por nosotros, la cual se determina comparando tarifas de una o más bases de datos nacionales o regionales, o de tablas indicativas para servicios iguales o similares de un área geográfica determinada por nosotros;
- La tarifa basada en precios negociados por nosotros u otros pagadores con uno o más proveedores de la red en un área geográfica determinada por nosotros para servicios iguales o similares;
- La tarifa basada en el costo del proveedor por proporcionar los mismos servicios o servicios similares según lo informado por dicho proveedor en su más reciente informe de costos Medicare disponible públicamente para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) de forma anual; o
- La tarifa basada en un porcentaje determinado por nosotros de la tarifa permitida por Medicare para servicios iguales o similares proporcionados en la misma área geográfica.

La tarifa máxima permisible para un gasto cubierto por servicios de cuidado médico de emergencia proporcionados por proveedores no participantes en la sala de emergencias de un hospital, es una cantidad equivalente a la mayor de:

- La tarifa negociada con los proveedores de la red;
- La tarifa calculada con el mismo método para determinar los pagos para los servicios de proveedores no participante; o
- La tarifa que paga Medicare por servicios similares.

La factura que usted recibe por los servicios de proveedores no participantes puede ser considerablemente superior a la tarifa máxima permisible. Además de los deducibles, copagos y coseguro, si los hay, usted debe pagar la diferencia entre la tarifa máxima permisible y la cantidad que el proveedor le facture por los servicios. Cualquier cantidad adicional a la tarifa máxima permisible que usted pague al proveedor no se aplicará a su límite de desembolso personal, límite de copago o deducible, si los hay:

- Si se llevan a cabo varias cirugías en una operación, permitiremos la tarifa máxima permisible del procedimiento más complejo. Para cada procedimiento adicional, permitiremos:
 - 50% de la tarifa máxima permisible para el procedimiento secundario; y
 - 25% de la tarifa máxima permisible para el tercer procedimiento y los subsecuentes.
- Si dos cirujanos trabajan juntos como cirujanos principales que llevan a cabo distintas partes de un procedimiento único declarable, permitiremos a cada cirujano 62.5% de la tarifa máxima permisible para el procedimiento;
- Permitiremos un asistente quirúrgico y/o a un cirujano asistente a 20% de la tarifa máxima permisible para la cirugía, cuando sea necesario por razones médicas;

- Permitiremos un médico asistente (P.A., por sus siglas en inglés), un enfermero registrado (R.N., por sus siglas en inglés) o un técnico de salas de cirugía certificado, a 10% de la tarifa máxima permisible para la cirugía.

MODIFICACIÓN DE LA COBERTURA

El Contrato puede ser modificado por nosotros, al momento de la renovación del Contrato, según lo permitan las leyes estatales y federales. Se notificará al titular del Contrato de patrono grande, por escrito o por medio electrónico, por lo menos con 31 días de anticipación a la fecha de vigencia de dichos cambios. Se notificará al titular del Contrato de patrono pequeño, por escrito o por medio electrónico, por lo menos con 60 días de anticipación a la fecha de vigencia de dichos cambios.

El Contrato puede modificarse por acuerdo entre nosotros y el titular del Contrato y sin el consentimiento de ninguna Persona cubierta o ningún beneficiario. Ninguna modificación tendrá validez a menos que sea aprobada por nuestro Presidente, Secretario o Vicepresidente. La aprobación debe ir incorporada o adjunta al Contrato. Ningún agente tiene la autoridad de modificar el Contrato, descartar ninguna de las cláusulas del Contrato, extender el tiempo del pago de la prima, ni de comprometernos mediante promesas o representaciones.

Las correcciones debido a errores administrativos o las aclaraciones que no cambien beneficios no son modificaciones del Contrato y podemos hacerlas en cualquier momento sin consentimiento previo, o aviso, al Titular del contrato.

RESPONSABILIDADES DEL PATRONO

Además de las responsabilidades descritas en el Contrato, el patrono es responsable de:

- Cobrar las primas; y
- Proporcionar acceso a:
 - Los documentos de beneficios del plan;
 - Los avisos de renovación y la información de modificaciones al Contrato; y
 - La información relacionada con los derechos de continuación.

Ningún patrono tiene autoridad para cambiar o descartar ninguna cláusula del Contrato.

RENOVACIÓN O TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

El titular del Contrato puede dar por terminado el Contrato mediante un aviso por escrito que deberá llegarnos en un lapso no mayor a 31 días previos a la fecha de terminación deseada.

El titular del Contrato puede terminar la cobertura provista en cualquier cláusula del Contrato, con nuestro consentimiento, mediante aviso por escrito y a partir de una fecha determinada de común acuerdo entre el titular del Contrato y nosotros.

El titular del Contrato puede dar por terminada una clase elegible de Personas cubiertas del plan grupal, si corresponde, con nuestro consentimiento y a partir de una fecha determinada de común acuerdo entre el titular y nosotros. La terminación tendrá lugar únicamente con respecto a las Personas cubiertas incluidas en la clase terminada. Ninguna terminación perjudicará una reclamación existente de los servicios cubiertos.

Es posible que nosotros demos por terminado el Contrato, según lo permitan las leyes vigentes, mediante un aviso por escrito al titular del Contrato. El aviso por escrito se enviará por correo en un lapso no mayor a 60 días previos a la fecha de terminación, excepto en los casos que se describen a continuación.

Podemos rechazar la renovación del Contrato o podemos darlo por terminado si:

- El titular del Contrato no nos paga la prima adeudada, aunque la cobertura continuará durante el periodo de gracia.
- El titular del Contrato no cumple con los requisitos mínimos de participación o contribución, según se especifica en los requisitos de suscripción de la Solicitud grupal del patrono.
- Para los planes HMO y POS, el grupo y todos sus afiliados se han reubicado fuera del área de servicio de manera tal que todos los afiliados viven, residen y trabajan fuera del área de servicio, a menos que el afiliado acuerde por escrito regresar al área de servicio aprobada para obtener el cuidado médico cubierto.
- El titular del Contrato ha cometido un acto fraudulento o ha hecho una descripción falsa e intencional de hechos sustanciales al solicitar o intentar obtener cobertura bajo el contrato. Es posible que demos por terminado el Contrato de inmediato, mediante aviso por escrito o medio electrónico al titular del Contrato, en casos de fraude, descripción falsa e intencional de hechos sustanciales al solicitar o intentar obtener cobertura bajo el contrato.
- Decidimos discontinuar el ofrecimiento de un Contrato de salud a un grupo en particular:
 - Se notificará al titular del Contrato y a los empleados de dicha discontinuación por lo menos con 90 días de anticipación a la fecha de discontinuidad de dicha cobertura; y
 - Se dará al titular del Contrato de patrono grande la opción de comprar cualquier otro Contrato grupal que proporcione beneficios médicos que la compañía esté proporcionando en dicho momento.
 - Se dará al titular del Contrato de patrono pequeño la opción de comprar cualquier otro Contrato grupal que proporcione beneficios médicos que la compañía esté proporcionando en dicho momento.
- Dejamos de operar en el mercado de servicios médicos para grupos con pequeños o grandes patronos, según sea el caso y lo permitan los requisitos exigidos por el estado. Si dejamos de operar en el mercado de servicios médicos para grupos con pequeños o grandes patronos, se notificará dicho cese tanto a los titulares de los Contratos como a las Personas cubiertas y al Comisionado de Seguros cuando menos con 180 días de anticipación a la fecha de cese de dicha cobertura.

La terminación de la cobertura de una Persona cubierta por un Contrato grupal se llevará a cabo por las razones siguientes:

- Termina el Contrato grupal;
- Se vence el plazo de pago de la prima y no lo hemos recibido;
- La Persona cubierta ya no reúne los requisitos de elegibilidad del plan. Usted y el patrono son responsables de enviarnos notificación de cualquier cambio en la elegibilidad, incluida la pérdida de elegibilidad de cualquier Persona cubierta;
- El empleado solicita la terminación de su cobertura o de la cobertura de los dependientes cubiertos; o
- La Persona cubierta comete fraude, o hace una descripción falsa e intencional de hechos sustanciales al solicitar o intentar obtener cobertura bajo el contrato.

También daremos por terminada su cobertura en los casos siguientes:

- Si usted permite que una persona no autorizada use su tarjeta de identificación o si usted usa la tarjeta de identificación de otra Persona cubierta. En estos casos, la persona que reciba los servicios proporcionados por el uso de la tarjeta de identificación deberá pagar la tarifa máxima permisible por dichos servicios.
- Si usted o el titular del Contrato cometen fraude o hacen una descripción falsa e intencional en reclamaciones, tarjetas de identificación u otro tipo de identificación para obtener servicios o un nivel superior de beneficios. Estos supuestos incluyen, entre otros, la invención o alteración de alguna reclamación, tarjeta de identificación u otra identificación.

FRAUDE

El fraude en el ámbito de los seguros médicos es un delito penal que puede ser penalizado. Toda persona que con pleno conocimiento participe en actividades destinadas a estafarnos mediante la presentación de una reclamación o un formulario con declaraciones falsas o engañosas puede ser culpable de fraude en el sector de los seguros.

Si usted comete fraude en contra nuestra o su patrono comete fraude relacionado con usted en contra nuestra, según lo hayamos determinado, nos reservaremos el derecho de cancelar su cobertura después de haberle proporcionado una notificación por escrito con 30 días calendario de anticipación informando que se cancelará la cobertura. Usted tiene derecho de apelar la cancelación.

FACTORES DE CLASIFICACIÓN PARA CONTRATOS CON PATRONOS DE EMPRESAS PEQUEÑAS

La siguiente información de clasificación se aplica únicamente a grupos de patronos de pequeñas empresas según lo definen las leyes estatales y federales.

Garantía de tarifas

Las tarifas médicas iniciales de cada grupo de patronos de pequeñas empresas quedan garantizadas, según lo permitido por las leyes vigentes, durante 12 meses a partir de la fecha de vigencia de la cobertura. A partir de esa fecha, se dará aviso de cualquier cambio en la prima con un mínimo de 60 días de anticipación.

Si se modifican los beneficios del plan de salud grupal o la cobertura de una persona en una fecha diferente a la fecha de vencimiento de la prima, todo cambio aplicable en la prima que sea resultado de dicha modificación entrará en vigencia en la fecha en la que el cambio en la cobertura comience a regir.

Publicación de tarifas

Para grupos con planes no protegidos que adquirieron productos y renovaron el 1/1/2014 y después:

La tarifa de cada grupo de titulares de contratos se basará en el plan de beneficios, la edad, el lugar geográfico y la composición familiar.

No se dará por terminada la cobertura del grupo de titulares de contratos en función de la experiencia en reclamaciones del grupo de titulares de contratos o una afección en particular. La Compañía se reserva el derecho de modificar los procedimientos para obtener la tarifa para la renovación y de ajustar las tarifas según las leyes aplicables.

Para grupos con planes protegidos y de transición que se renovaron el 1/1/2014 y después:

La tarifa de cada grupo de titulares de contratos se basará en dos factores. El primer factor toma en cuenta la información demográfica de su grupo de titulares de contratos participante (como edad, ocupación, industria, sexo, tamaño del grupo, según lo permitan los requisitos estatales), plan de beneficios, composición familiar y ubicación geográfica, y también puede variar dependiendo de la elegibilidad para Medicare o cobertura del Programa de compensación laboral.

El segundo factor se usa para obtener una tarifa del grupo de titulares de contratos participante y se denomina Factor de experiencia del grupo. Este factor toma en cuenta la experiencia de las reclamaciones de su grupo de titulares de contratos participante según lo permiten los requisitos estatales, y puede ocasionar que su tarifa aumente hasta 67% por encima de la tarifa de referencia más baja posible que se cobra a todos los grupos pequeños y está en lugar de una tarifa para coaliciones de empresas. El Factor de experiencia del grupo se aplica de manera uniforme, consistente y equitativa a las tarifas que se cobran a todos los empleados, afiliados, personas inscritas y dependientes en el grupo pequeño. Ambos factores afectan a la tarifa de renovación. El incremento porcentual en el Factor de experiencia del grupo al momento de la renovación no excederá el quince por ciento (15%) de un periodo tarifario al siguiente.

No se dará por terminada la cobertura del grupo de titulares de contratos en función de la experiencia en reclamaciones del grupo de titulares de contratos o una afección en particular. La Compañía se reserva el derecho de modificar los procedimientos para obtener la tarifa para la renovación y de ajustar las tarifas de acuerdo con las leyes aplicables.

Para grupos con planes protegidos que se renovaron el 1/1/2014 y después:

La tarifa de cada grupo de titulares de contratos se basará en dos factores. El primer factor toma en cuenta la información demográfica de su grupo de titulares de contratos participante (como edad, ocupación, industria, sexo, tamaño del grupo, según lo permitan los requisitos estatales), plan de beneficios, composición familiar y ubicación geográfica, y también puede variar dependiendo de la elegibilidad para Medicare o cobertura del Programa de compensación laboral.

El segundo factor se usa para obtener una tarifa del grupo de titulares de contratos participante y se denomina Factor de experiencia del grupo. Este factor toma en cuenta la experiencia de las reclamaciones de su grupo de titulares de contratos participante según lo permiten los requisitos estatales, y puede ocasionar que su tarifa aumente hasta 67% por encima de la tarifa de referencia más baja posible que se cobra a todos los grupos pequeños y está en lugar de una tarifa para coaliciones de empresas. El Factor de experiencia del grupo se aplica de manera uniforme, consistente y equitativa a las tarifas que se cobran a todos los empleados, afiliados, personas inscritas y dependientes en el grupo pequeño. Ambos factores afectan a la tarifa de renovación. El incremento porcentual en el Factor de experiencia del grupo al momento de la renovación no excederá el quince por ciento (15%) de un periodo tarifario al siguiente.

No se dará por terminada la cobertura del grupo de titulares de contratos en función de la experiencia en reclamaciones del grupo de titulares de contratos o una afección en particular. La Compañía se reserva el derecho de modificar los procedimientos para obtener la tarifa para la renovación y de ajustar las tarifas según las leyes aplicables.

Ofrecido por Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc. o Asegurado por Humana Insurance Company

Consulte su Documento de beneficios del plan (Certificado de seguro/cobertura) para obtener más información sobre la compañía que le provee sus beneficios.