Humana®

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 **1-866-427-7478 (TTY: 711)**.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-866-427-7478 (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 **1-866-427-7478**（**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 **1-866-427-7478 (TTY: 711)**.

한국어 (Korean): 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 . **1-866-427-7478 (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 **1-866-427-7478 (TTY: 711)**.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-866-427-7478 (телетайп: 711)**.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-866-427-7478 (TTY: 711)**.

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-866-427-7478 (ATS : 711)**.

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-866-427-7478 (TTY: 711)**.

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-866-427-7478 (TTY: 711)**.

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-866-427-7478 (TTY: 711)**.

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-866-427-7478 (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。 **1-866-427-7478** （**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 **1-866-427-7478 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih **1-866-427-7478 (TTY: 711)**.

العربية (Arabic):
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-866-427-7478 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)**.

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

PPO
Indemnización
HMO
POS



Humana®

Humana.com

TN14607SP 0116

INTRODUCCIÓN.....3
INSCRIPCIÓN.....4
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES MÉDICAS.....5
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES PARA MEDICAMENTOS RECETADOS.....14
REQUISITO PARA UN PLAN DE SALUD CON DEDUCIBLE ALTO 18
REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA LA COBERTURA.....18
TARIFA MÁXIMA PERMITIDA.....18
MODIFICACIÓN DE LA COBERTURA 19
RESPONSABILIDADES DEL PATRONO 19
RENOVACIÓN O TERMINACIÓN DE LA COBERTURA 20
FRAUDE.....21
FACTORES DE CLASIFICACIÓN PARA CONTRATOS CON PATRONOS DE EMPRESAS PEQUEÑAS 21

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 de cuidado médico y contribuir a reunir los requisitos estatales para la divulgación de información previa a la inscripción.

Este documento sólo 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 acuerdo 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 de cuidado médico o una póliza de seguros.

Comuníquese 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 relacionada con planes de salud estandarizados que su estado puede exigirnos ofrecerle.

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 de salud; 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, entre otros:

    - Terminación laboral o pérdida de elegibilidad;
    - Reducción en el número de horas laborales;
    - Divorcio, separación legal o muerte del cónyuge;
    - Pérdida de elegibilidad de un dependiente, tal como haber cumplido 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:

  - 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 de acuerdo con el Contrato del patrono o añadida al Contrato, un empleado que sea una Persona Cubierta puede inscribir a los dependientes elegibles durante la inscripción especial correspondiente. Cualquier empleado, que bajo otras circunstancias reúna los requisitos para la cobertura y haya renunciado a ella de acuerdo con 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 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 se describe 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 de Compensación Laboral al trabajador. Para planes no protegidos 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 de Compensación Laboral al trabajador.

- 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 ofrecidos 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, excepto por servicios proporcionados por un hospital de investigación caritativo no gubernamental.

- Cuidado y tratamiento de una enfermedad o lesión corporal que es pagado por o a través de un programa gubernamental.

- Cualquier servicio que no haya sido ordenado por un profesional de cuidado médico.

- Servicios proporcionados a usted, si usted no cumple con los requisitos del Contrato HMO/POS. Estos incluyen servicios:

    - No suministrados por un proveedor de la red, a menos que sean necesarios para cuidado de emergencia {esto aplica a planes HMO y a algunos planes POS}.
    - Recibidos en una sala de emergencias, a menos que hayan sido necesarios debido a un caso de emergencia.

- 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 registros médicos del proveedor de facturación.

- 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 viven fuera de Estados Unidos y el empleado tiene estado activo con el patrono que financia el contrato.

- Educación o capacitación, excepto para la capacitación para la autosupervisión de la diabetes y para planes no protegidos, servicios de habilitación especificados en la sección de “Gastos cubiertos” del Contrato.

- 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 en ambos sentidos entre los centros médicos o el consultorio de un profesional de cuidado médico.

- Cualquier medicamento, producto biológico, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento que sea experimental, investigativo, o para fines de investigación, excepto para estudios clínicos como se especifica en la sección "Gastos cubiertos" del Contrato.

- 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 tiene una receta de un profesional de cuidados médicos 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 productos o suministros médico de venta sin receta pueden ser proporcionados o recetados por un profesional de cuidados médicos, 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).

- Inmunizaciones requeridas a una Persona Cubierta, de cualquier edad, para viajes al extranjero.

- Hormonas del crecimiento (medicamentos, drogas 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 sean administrados:

  - Mientras es un paciente interno en un hospital, en un centro de enfermería especializada, en un centro de cuidado y tratamiento médico, o en un centro residencial de tratamiento; o
  - Según lo siguiente, cuando nos parezca apropiado:

    - Un profesional de cuidado médico:

      - Durante una visita al consultorio; o
      - Mientras es un paciente ambulatorio; o

    - Por una agencia de cuidado médico a domicilio como parte de un plan de cuidado médico a domicilio cubierto.

- Audífonos, colocación o implantación de audífonos o instrucciones para su cuidado, excepto para hijos dependientes cubiertos menores de 18 años; dispositivos auditivos implantables, excepto por implantes cocleares, según se especifique en el Contrato.

- Servicios recibidos en una sala de emergencias, a menos que sean necesarios debido al cuidado de emergencia.

- Ingresos hospitalarios durante el fin de semana que no sean de emergencia, específicamente ingresos en un hospital un viernes o sábado por comodidad de la Persona cubierta o de su profesional de cuidado médico, 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.

- Cuidado hospitalario 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, dispositivos o suministros para el tratamiento de dientes, encías, mandíbulas o procesos alveolares, incluidos, entre otros, cirugías orales o periodoncia, 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 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 de mantenimiento.

- Cualquier pérdida atribuida 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 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 membresía 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 de servicios de 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 hospitalización;
  - Para planes no protegidos, equipos médicos como dispositivos para supervisar la presión arterial, lámparas de luz PUVA y estetoscopios;

- Sistemas de comunicaciones, teléfonos, sistemas informáticos o de televisión y equipo relacionado, o artículos o equipos similares;
- Dispositivos de comunicación, excepto después de extracción quirúrgica de la laringe o diagnóstico de falta de 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 y 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 y otros productos o servicios para la pérdida de peso.

- Enfermedad o lesión corporal por la que el pago de servicios médicos o los gastos de beneficios de cobertura sean cubiertos por seguros de automóviles, residenciales, seguros de locales comerciales u otro tipo de cobertura similar.

- 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.

- Medicina alternativa.

- 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 completos del ojo ofrecidos de acuerdo con la sección “Gastos cubiertos – Cuidado 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 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 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 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 de salud de la conducta ordenados por un tribunal.

- Gastos por exámenes físicos relacionados con empleos, escuelas, deportes o campamentos, o con el fin de obtener seguro.

- Gastos por el cuidado 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 entrada en vigor o después de la fecha de terminación de su cobertura de acuerdo con el Contrato. La cobertura se extenderá según se indica en la sección "Extensión de beneficios" del certificado, si las leyes estatales así lo requieren.

- 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 permitida.

- Pruebas prequirúrgicas o de procedimiento que se dupliquen durante una hospitalización.

- 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 a domicilio;
  - Gastos de supervisión suministrados por agencias para el cuidado médico a domicilio;

- Gastos por servicios proporcionados por un asistente para la salud a domicilio;
- Cuidado personal no médico; o
- Suministro o administración de medicamentos inyectables autoadministrados.

- Cuidado médico de hospicio para:

  - Hospitalización (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 orientación 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 de ortodoncia; o
  - Dispositivos y férulas dentales u orales.

- Reparación o reemplazo de una prótesis cuando esté cubierta 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 incluye servicios o artículos que:

  - Es de tipo experimental, está en fase de investigación, o tiene fines de investigación;
  - Solo se proporcionan para recopilación de datos y análisis que no estén relacionados directamente con el tratamiento clínico de la persona cubierta; o
  - Sean inconsistentes con los estándares de cuidado 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.

- De acuerdo con 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, sin contar a 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 médico 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:

    - Elementos de precisión o semi precisión.
    - 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 dental.

  - Cargos por servicios prestados:

    - En un centro dental o centro de cuidado y tratamiento médico 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 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 microabrasión.
    - El registro de la mordida o análisis de la mordida.

  - Control de infección, que incluye pero no está limitado a técnicas de esterilización.

- Gastos en los que se incurre por el tratamiento hecho por otra persona que no sea el dentista, excepto para el raspado y limpieza de dientes, y la aplicación tópica de flúor que puede realizarla 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, instalación quirúrgica o de tratamiento, o por los servicios de un anestesiólogo o anestesista.

- Medicamentos recetados o medicina previa 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, pero sin limitarse a, instrucciones para la higiene oral, control de placa, artículos para llevar a la casa, medicamentos recetados y planificación alimenticia.

- El reemplazo de cualquier restauración, prótesis o dispositivo 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 bucales.

- 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 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 pediátrico de la vista” o en el “Programa de beneficios” del contrato.

    - 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 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;
        - Laminado de lente o lentes, o de moda o teñidos; o
        - Con surcos, taladrados o con muescas, u ondulados y pulidos.

- Para planes que incluyen beneficios para el cuidado 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 pediátrico de la vista".
- Gastos por citas incumplidas.
- Cualquier cargo de un consultorio de proveedor por completar y presentar formularios de reclamación.
- Tratamiento relacionado con o causado por una enfermedad.
- Materiales o dispositivos para la vista que no sean por receta médica.
- Costos asociados con el aseguramiento de materiales.
- Servicios pre y posoperatorios.
- Ortoqueratología.
- Mantenimiento de materiales.
- Reajuste o cambio en el diseño de los lentes tras el ajuste inicial.
- Lentes pintados artísticamente.

Estas limitaciones y exclusiones se aplican incluso si un profesional de cuidado médico ha realizado o indicado un procedimiento, tratamiento o suministro apropiado por razones médicas. Esto no impide que su profesional de cuidado médico 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 de venta con receta que no están incluidos en la lista de medicamentos.

- Toda cantidad que exceda la tarifa preestablecida.

- Medicamentos especializados cuya cobertura no está aprobada por nosotros.

- 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
- Es de tipo experimental, está en fase de investigación, o tiene fines de investigación,

aunque se le facture un cargo.

- Extractos de alérgenos.

- Dispositivos o aparatos terapéuticos, incluidos entre otros:

  - Jeringas y agujas hipodérmicas (excepto si un profesional de servicios de 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 administrar medicamentos; y
  - Otras sustancias no médicas.

- Complementos alimenticios, excepto fórmulas enterales y complementos nutricionales para el tratamiento de la fenilcetonuria u otras enfermedades metabólicas heredadas. 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 patrones}.

- Anorexígenos o cualquier medicamento destinado a reducir el peso {esto no se aplica a RxImpact}.

- Cualquier medicamento utilizado con fines cosméticos, incluyendo, pero sin limitarse a:

  - Productos dermatológicos o estimulantes del crecimiento capilar; 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 medicinas que aparezcan en la Lista de medicamentos de Cobertura de Medicación Preventiva; o
  - Esté disponible en concentración formulada sin receta médica.

- Medicamentos compuestos en cualquier tipo de dosis, 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 esterilidad incluyendo medicamentos.

- Todo medicamento recetado indicado para la impotencia o la disfunción sexual {esto no se aplica a RxImpact}.

- Todo fármaco, medicamento o medicina que se consuma o se inyecte en el lugar donde se entrega la receta médica, o suministrado por el profesional de servicios de 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 suministran los fármacos regularmente 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, a menos que determinemos otra cosa;
  - 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 de cuidado médico; o
  - Que se despachen más de un año después de la fecha del pedido original.

- Cualquier parte de un surtido o repetición de una receta que supere un suministro de 90 días cuando sea recibida de una farmacia con servicio de envío por correo o de una farmacia al por menor que participa en nuestro programa y que le permite recibir un suministro de 90 días de un surtido o repetición de una receta.

- Cualquier parte de un surtido o repetición de una receta que supere un suministro de 30 días cuando sea recibida de una farmacia al por menor que no participa en nuestro programa y que le permite recibir un suministro de 90 días de un surtido o repetición de una receta.

- Cualquier parte de un surtido o repetición de una receta de un medicamento especializado que supere un suministro de 30 días, a menos que determinemos otra cosa.

- Cualquier parte de un surtido o repetición de una receta que:

  - Supere el límite de suministro específico del medicamento;
  - Sea suministrado 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 suministro 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 fármaco, medicamento o medicación 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 diferente a usted.

- Cualquier surtido o repetición de la receta de fármacos, medicinas o medicamentos 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}.

- Toda cantidad que usted pague 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, las recetas surtidas 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 de cuidado médico ha realizado o prescrito un procedimiento, servicio, tratamiento, suministro o receta que sea apropiado por razones médicas. Esto no impide que su profesional de cuidado médico o farmacéutico proporcione o lleve a cabo el procedimiento, servicio, tratamiento, suministro o surtido de la receta de medicamento. Sin embargo, el procedimiento, servicio, tratamiento, suministro o surtido de la receta de medicamento 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 el deducible no debe ser menor que el “deducible mínimo anual” según lo define el IRS. Cada año, el IRS revisa los deducibles para determinar si el deducible mínimo anual debe incrementarse.

Si usted tiene un HDHP y el deducible de dicho plan no cumple con el requisito de deducible mínimo anual del IRS, se le exigirá que se traslade a una cantidad válida de deducible. Para la mayoría de grupos, este cambio de deducible sucederá 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 reúne los requisitos para ser pagadero bajo su plan de beneficios. Usted y su proveedor de cuidado médico deciden si recibe 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 nuestra página Web en www.humana.com o comuníquese con el Departamento de atención 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 PERMITIDA

Nosotros programamos el pago a proveedores por su cobertura de acuerdo con ciertos criterios establecidos en la definición siguiente de tarifa máxima permitida.

La tarifa máxima permitida para un gasto cubierto, diferente de los servicios de cuidado médico de emergencia proporcionados por proveedores no participantes en la sala de emergencias de un hospital, es el 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 reportado 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 permitida 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 fuera de la red puede ser considerablemente más alta que la tarifa máxima permitida. Además de los deducibles, copagos y coaseguro, si los hay, usted debe pagar la diferencia entre la tarifa máxima permitida y la cantidad que el proveedor le facture por los servicios. Cualquier

cantidad adicional a la tarifa máxima permitida que usted pague al proveedor, o cualquier cantidad que sobrepase los porcentajes indicados abajo, 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 permitida del procedimiento más complejo. Para cada procedimiento adicional, permitiremos:

  - 50% de la tarifa máxima permitida para el procedimiento secundario; y
  - 25% del máximo permitido 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 permitida para el procedimiento;

- Permitiremos un asistente quirúrgico o a un cirujano asistente a 20% de la tarifa máxima permitida para una cirugía, cuando sea necesario por razones médicas;

- Pagaremos un médico asistente (P.A., por sus siglas en inglés), un enfermero registrado (R.N., por sus siglas en inglés) o unos técnicos de salas de cirugía certificados, a 10% de la tarifa máxima permitida para la cirugía.

MODIFICACIÓN DE LA COBERTURA

El Contrato puede ser modificado por nosotros, al momento de la renovación del Contrato, según lo permita la ley estatal y federal. 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 se pueden hacer por nosotros 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 terminado 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.

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 31 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 asegurabilidad de la Solicitud grupal del patrono.

- El grupo se ha reubicado fuera del área de servicios para los planes HMO y POS.

- El titular del Contrato ha cometido un acto fraudulento o ha hecho una descripción falsa e intencional de hechos materiales. 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 o descripción falsa e intencional de hechos materiales.

- 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 dicho cese por lo menos con 90 días de anticipación a la fecha de cese 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 ofreciendo 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 ofreciendo en dicho momento.

- Dejamos de negociar 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 negociar 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 materiales, según lo determinemos nosotros.

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 suministrados por el uso de la tarjeta de identificación deberá pagar la tarifa máxima permitida 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 más alto 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 de salud 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 patrones de empresas pequeñas según lo definen las leyes estatales.

Garantía de tarifas

Las tarifas médicas iniciales de cada grupo de patrones 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 vigor en la fecha en la que el cambio en la cobertura comience a regir.

Publicación de tarifas

Para grupos con planes no protegidos y protegidos que adquirieron productos o renovaron antes del 1/1/2014:

La tarifa de cada grupo de titulares de contratos se basará en dos factores. El primer factor toma en cuenta la demografía de los titulares de contratos de su grupo (tales como edad, ocupación, industria, género, tamaño del grupo, según lo permitido por los requisitos del estado), plan de beneficios, tipo de cobertura, y ubicación geográfica, y también puede variar basado en la elegibilidad para la cobertura de Medicare y/o Compensación laboral al trabajador.

El primer factor también incluye un descuento en la prima de bienestar o un crédito en la prima de bienestar. El descuento o crédito se calcula para cada grupo de patronos en función del porcentaje de empleados que satisfagan el estado requerido dentro del programa para el bienestar. La nueva tarifa médica comercial inicial también se ajustará para reflejar el descuento de la prima de nivel grupal en función del porcentaje de empleados que satisfagan el estado requerido dentro del programa para el bienestar 3 meses después de que un grupo comience la cobertura. Si un grupo reúne los requisitos para un nuevo descuento comercial de la prima, el descuento se aplicará a la siguiente factura de la prima del grupo después de un cálculo de tres meses.

El segundo factor, la utilización de reclamos médicos real y potencial de cada grupo de patrono participante, puede causar que la tarifa sea superior o inferior a una tarifa del índice establecido. La tarifa del índice se define como el promedio aritmético de la tarifa de la prima más baja y la tarifa de la prima más alta correspondiente dentro de la clase (por ejemplo, la tarifa más alta más la tarifa más baja dividido entre dos da como resultado la tarifa del índice), para grupos con similares características de caso y plan de beneficios. Este factor puede causar un aumento de hasta el 35% sobre la tarifa del índice o una reducción de hasta el 35% por debajo de la tarifa del índice; la porción del incremento de una tarifa de renovación atribuible a este factor no debe ser mayor que el 15% en un período de 12 meses. El tamaño del caso se determinará por el número de afiliados al momento de la inscripción y periódicamente en lo sucesivo.

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 no protegidos que adquirieron productos o 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 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 demografía de los titulares de contratos de su grupo (tales como edad, ocupación, industria, género, tamaño del

grupo, según lo permitido por los requisitos del estado), plan de beneficios, composición familiar, y ubicación geográfica, y también puede variar basado en la elegibilidad para la cobertura de Medicare y/o Compensación laboral al trabajador.

El segundo factor, la utilización de reclamos médicos real y potencial de cada grupo de patrono participante, puede causar que la tarifa sea superior o inferior a una tarifa del índice establecido. La tarifa del índice se define como el promedio aritmético de la tarifa de la prima más baja y la tarifa de la prima más alta correspondiente dentro de la clase (por ejemplo, la tarifa más alta más la tarifa más baja dividido entre dos da como resultado la tarifa del índice), para grupos con similares características de caso y plan de beneficios. Este factor puede causar un aumento de hasta el 35% sobre la tarifa del índice o una reducción de hasta el 35% por debajo de la tarifa del índice; la porción del incremento de una tarifa de renovación atribuible a este factor no debe ser mayor que el 15% en un período de 12 meses. El tamaño del caso se determinará por el número de afiliados al momento de la inscripción y periódicamente en lo sucesivo.

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.

Ofrecido por Humana Health Plan, Inc. o asegurado por Humana Insurance Company

TN14607SP 0116