



Estado de Connecticut

Documento del Plan Médico de Asociación
a disposición de las agrupaciones de empleadores
participantes

Actualizado a partir del 18 de marzo de 2024



Índice

Introducción.....	1
Información de contacto.....	3
Elegibilidad.....	4
Inscripción.....	8
Fecha de entrada en vigencia de la cobertura.....	11
Cobertura médica.....	12
Programa de beneficios médicos.....	35
Programas y normas de cobertura médica.....	40
Exclusiones y limitaciones.....	47
Coordinación de beneficios.....	58
Finalización de la cobertura.....	62
Disposiciones de pago.....	66
Derechos de reclamación y apelación.....	67
Disposiciones generales.....	73
Información de salud protegida.....	75
Glosario.....	78

Introducción

En este documento se describen los beneficios del Plan Médico de Asociación del estado de Connecticut (el "Plan de Beneficios Médicos") a disposición de los EMPLEADORES PARTICIPANTES para sus empleados, jubilados que no pertenecen a MEDICARE y DEPENDIENTES elegibles. El Plan de Beneficios Médicos es un plan gubernamental y autofinanciado de beneficios médicos. En este DOCUMENTO DEL PLAN se explican los beneficios, las exclusiones, las limitaciones, los términos y condiciones de la cobertura, y las pautas que deben seguirse para obtener beneficios por los SERVICIOS CUBIERTOS. Todos los términos que se utilizan en este Documento del plan se escriben en mayúscula la primera vez que se utilizan. Las definiciones figuran en el *Glosario*.

Este documento se actualizó a partir del 1 de julio de 2023 y sustituye a cualquier Documento del plan, contrato, póliza o programa de cobertura igual o similar a la que el PATROCINADOR DEL PLAN haya emitido con anterioridad al 1 de julio de 2023. Pueden producirse modificaciones de este Documento del plan, según lo apruebe el estado de Connecticut, y se hará constar la fecha de entrada en vigencia de dichas modificaciones.

El estado contrató a Anthem Blue Cross and Blue Shield (Anthem BCBS) para la tramitación de las reclamaciones, la gestión de las enfermedades y otros servicios administrativos. Sujeto a negociación colectiva, el estado tiene derecho a modificar los beneficios del Plan de Beneficios Médicos y a interpretar el significado del Documento del plan.

Los Empleadores participantes que decidan adherirse al Plan de Beneficios Médicos del estado de Connecticut deben cumplir los términos y disposiciones del Plan de Beneficios Médicos. El Empleador participante es responsable de determinar la elegibilidad para la cobertura de sus empleados, jubilados y dependientes, y de completar el Anexo, que establece sus requisitos para la cobertura de empleados activos y jubilados, y dependientes elegibles.

Como Patrocinador del plan, el estado de Connecticut, actuando en nombre de la Oficina del Contralor del Estado y mediante ella, tiene total autoridad discrecional, vinculante y final para:

- interpretar el lenguaje ambiguo del Plan de Beneficios Médicos;
- aplicar la CERTIFICACIÓN PREVIA y los requisitos de seguridad;
- tomar decisiones de hecho en relación con el pago de las reclamaciones o la prestación de beneficios;
- revisar las solicitudes denegadas; y
- resolver las reclamaciones de los afiliados al Plan de Beneficios Médicos.

Dicha autoridad se ha delegado a Anthem Blue Cross and Blue Shield (Anthem BCBS) a los fines de proporcionar la tramitación de las reclamaciones y otros servicios administrativos para los Empleadores participantes. El estado contrató a Quantum Health, Inc. para que preste servicios de GESTIÓN DE UTILIZACIÓN y servicios de navegación de atención médica a los afiliados. Quantum Health también es el administrador del Programa de Mejora de la Salud (HEP).

Todas las notificaciones al Patrocinador del plan deben dirigirse de la siguiente manera:

State of Connecticut Medical Partnership Plan
c/o Office of the State Comptroller
Healthcare Policy & Benefit Services Division
165 Capitol Avenue
Hartford, CT 06106

Conozca la diferencia

- **Afiliado cubierto:** persona inscrita en este Plan de Beneficios Médicos que es elegible para recibir beneficios por servicios cubiertos en virtud de un empleo anterior o actual con el Empleador participante.
- **Persona cubierta:** persona dependiente de un afiliado cubierto que está inscrito en este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados y es elegible para recibir beneficios por los servicios cubiertos.

Información de contacto

Póngase en contacto con Quantum Health (ADMINISTRADOR) para obtener información sobre los MÉDICOS y PROVEEDORES DENTRO DE LA RED, la gestión de utilización, la CERTIFICACIÓN PREVIA, el Programa de Mejora de la Salud y preguntas generales relacionadas con los beneficios.

Póngase en contacto con Anthem BCBS para obtener la CERTIFICACIÓN PREVIA para salud conductual, medicamentos especializados y genoterapia administrados de conformidad con el Plan Médico y las apelaciones relacionadas con dichos servicios. Llame al número de teléfono impreso en la TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CUBIERTA o de la siguiente manera:

Información de contacto	
Quantum Health 5240 Blazer Parkway Dublin, OH 43017 833-740-3258 carecompass.ct.gov	Anthem Blue Cross and Blue Shield Servicios para el afiliado 108 Leigus Road Wallingford, CT 06492 800-922-2232 anthem.com/statect

Elegibilidad

Anthem BCBS debe recibir y aceptar la solicitud de afiliación y cualquier otro formulario o declaración que exija el Empleador participante antes de que se considere que el solicitante está cubierto por el Plan de Beneficios Médicos. El derecho del AFILIADO CUBIERTO y de cualquier dependiente cubierto a la cobertura está sujeto a la condición de que toda la información que el afiliado cubierto proporcione al Empleador participante sea verdadera, correcta y completa a su leal saber y entender.

El afiliado cubierto tiene la obligación de notificar al Empleador participante, **en un plazo de 31 días** a partir del acontecimiento, de cualquier cambio que afecte a la elegibilidad de cualquier dependiente, así como cualquier cambio en el nombre, la dirección o el número de teléfono del afiliado cubierto o de su(s) dependiente(s) afiliado(s).

Empleados elegibles

La cobertura del empleado activo y del jubilado que no es elegible para Medicare está determinada por las reglamentaciones del Empleador participante según se establece en el Anexo.

En ningún caso las reglamentaciones de elegibilidad del Empleador participante permitirán la afiliación (excepto como dependiente) de cualquier persona que no sea un empleado activo o jubilado del Empleador participante.

Jubilados

Si el Empleador participante permite la afiliación de empleados jubilados, este Plan de Beneficios Médicos prestará beneficios a un empleado jubilado (y a su cónyuge inscrito, si corresponde) solo en la que medida en que:

- no sea elegible para participar en las Partes A y B de Medicare; o
- si es elegible para Medicare, no viva en el área geográfica de servicio que está cubierta por Medicare.

Por ejemplo, si un jubilado elegible para Medicare vive fuera del área geográfica de servicio de Medicare, que incluye los 50 estados de EE. UU., el Distrito de Columbia y los territorios de EE. UU., estará cubierto por el Plan de Beneficios Médicos.

Dependientes elegibles

En este apartado se describen las personas que pueden afiliarse al Plan de Beneficios Médicos como Dependientes de un Empleado cubierto, ya sea activo o jubilado. El Empleador participante tiene derecho a solicitar una CONSTANCIA de estado de dependiente en cualquier momento.

Nota: Revise el Anexo del contrato de su Empleador participante con el estado para conocer las reglas de elegibilidad adicionales además de las que se enumeran a continuación.

Las siguientes personas tienen derecho a la cobertura como dependientes en virtud del Plan de Beneficios Médicos (además de las identificadas en el Anexo, si corresponde):

- **Cónyuge o pareja reconocida legalmente por unión civil.** El cónyuge legítimo del afiliado cubierto según un matrimonio legalmente válido y existente o la pareja reconocida por unión civil del afiliado cubierto según la definición del Patrocinador del plan. A excepción de lo dispuesto en este apartado, la persona de la que un afiliado cubierto está divorciado o separado legalmente no tiene derecho a la cobertura.
 - **Nota:** Si el afiliado cubierto fallece antes de la jubilación, el cónyuge que no haya estado casado con el empleado fallecido durante al menos 12 meses antes de la fecha del fallecimiento no tiene derecho a la continuación de la cobertura.
- **Hijo del afiliado cubierto o del cónyuge del afiliado cubierto.** Un hijo del afiliado cubierto o de su cónyuge, lo que incluye un hijastro, un hijo legalmente dado en adopción o un hijo legalmente adoptado.
- **Hijo recién nacido.** La cobertura del Plan de Beneficios Médicos se proporcionará al hijo recién nacido del afiliado cubierto desde el momento de su nacimiento.

El afiliado cubierto debe presentar una solicitud de afiliación cumplimentada en un plazo de 31 días a partir de la fecha de nacimiento para mantener la cobertura del recién nacido.

- **Recién nacido de un hijo dependiente cubierto.** El hijo recién nacido de una hija afiliada dependiente tiene derecho a la cobertura desde el momento del nacimiento hasta los 31 días inmediatamente posteriores al parto inclusive. El recién nacido de un hijo dependiente cubierto no tiene derecho a la cobertura del Plan de Beneficios Médicos más allá del período de 31 días.
- **Hijo con DISCAPACIDAD TOTAL.** Un hijo con discapacidad total que no puede mantener un empleo debido a una discapacidad física o mental puede continuar con la cobertura más allá del límite de edad establecido en el Plan de Beneficios Médicos, siempre que:
 - esté incapacitado para mantener un empleo debido a una discapacidad física o mental certificada por un MÉDICO y de cuyo mantenimiento y manutención sea responsable principalmente el afiliado cubierto (o su cónyuge o pareja por unión civil); y
 - haya quedado incapacitado antes de la edad límite para tener un hijo a cargo y tuviera una cobertura comparable como dependiente en el momento de la afiliación; y
 - sea mayor de 26 años, pero no esté casado.

Anthem BCBS deberá recibir la constancia de dicha discapacidad y dependencia del hijo en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que la cobertura del hijo habría finalizado de no haberse producido dicha discapacidad. Un médico debe certificar la discapacidad y la dependencia continuada en ese momento o en el momento de la afiliación. A partir de entonces, se debe proporcionar la constancia de discapacidad y dependencia continuadas como máximo una vez al año.

- **Órdenes médicas calificadas de manutención (QMCSO).** Un hijo dependiente puede estar cubierto como consecuencia de una orden de relaciones domésticas emitida por un tribunal estatal a favor de un progenitor divorciado que sea una PERSONA CUBIERTA o el cónyuge del afiliado cubierto, siempre que el hijo sea menor de 26 años. La afiliación puede ser

obligatoria incluso en circunstancias en las que el hijo no estaba cubierto anteriormente por el Plan de Beneficios Médicos.

Las personas dependientes cuyo derecho de participación haya caducado pueden optar por continuar la cobertura en el Plan de Beneficios Médicos, tal y como exigen las secciones aplicables de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) (véase *Cobertura de continuación en virtud de la COBRA*).

Cambios que afectan la elegibilidad

El afiliado cubierto es responsable de notificar al Empleador participante sobre cualquier cambio en la situación de dependencia de las personas afiliadas en un plazo de 31 días a partir del suceso que haga que la persona no sea elegible para la cobertura. Algunos ejemplos de estos acontecimientos son el final del año natural en el que el hijo cubierto cumple 26 años o la entrada en vigor de una sentencia de divorcio o separación legal.

Falta de notificación del cambio de estado

Todo afiliado cubierto que afilie a sabiendas a una persona que no reúna los requisitos o que tergiversar (u oculte) datos relativos a la situación de una persona afiliada, o que no notifique al Empleador participante un hecho o acontecimiento que haga que una persona afiliada no sea elegible para la cobertura continua en virtud del Plan de Beneficios Médicos, podrá ser objeto de una o varias de las siguientes sanciones:

- un empleado activo puede ser objeto de medidas disciplinarias si afilia o mantiene la afiliación de una persona que no es elegible para recibir cobertura como cónyuge o dependiente;
- el valor justo de mercado de la cobertura proporcionada a una persona no elegible se declarará al Servicio de Impuestos Internos (IRS) como ingreso para el afiliado cubierto;
- el Empleador participante puede intentar recuperar del afiliado cubierto el valor de las primas adelantadas para la cobertura de un excónyuge o dependiente no elegible;
- la responsabilidad por el valor de las reclamaciones pagadas en nombre de un dependiente no elegible;
- la rescisión de la cobertura solo con carácter prospectivo;
- la suspensión de la elegibilidad para recibir cobertura en virtud del Plan de Beneficios Médicos; o
- procesamiento por fraude.

Nota: Los cambios de situación familiar son eventos que pueden otorgar a sus antiguos dependientes el derecho a continuar con la cobertura a su cargo durante un plazo limitado según la ley federal conocida como COBRA. Consulte *la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA*. Aunque el Plan de Beneficios Médicos exige la notificación y finalización de la cobertura para las personas que no califican en un plazo de 31 días a partir del cambio de situación familiar, la normativa federal establece que las personas cubiertas o los dependientes cubiertos disponen de hasta 60 días para notificar al Empleador participante el cambio de situación a fin de obtener la continuación de la cobertura en virtud de la COBRA. Si no se

notifica el cambio de situación familiar en el plazo de 60 días a partir del evento que da derecho a la cobertura, el Plan de Beneficios Médicos no está obligado a brindar la continuación de la cobertura en virtud de la COBRA.

Cobertura durante licencias

- **Licencia remunerada:** los beneficios médicos pueden continuar durante la licencia remunerada según lo establecido en el Anexo.
- **Licencia no remunerada:**
 - **Licencia familiar y médica:** el Empleador participante continuará contribuyendo con la parte del empleador de las primas aplicables para mantener la cobertura del Plan de Beneficios Médicos para un empleado de licencia en virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) por hasta 24 semanas (12 períodos de pago) en cualquier período de dos años, siempre que la contribución de la prima del empleado para dicha cobertura, si la hubiera, se realice directamente a la agencia empleadora de manera oportuna. Un empleado que reúna los requisitos para acogerse a la FMLA federal, pero no a la estatal, tiene derecho a un máximo de 12 semanas de cobertura continua para los beneficios médicos en cualquier período de 12 meses, siempre que la contribución de la prima del empleado, si la hubiera, se realice directamente a la agencia empleadora de manera oportuna. La FMLA también prevé determinados derechos de licencia familiar por motivos militares. Los empleados elegibles pueden acogerse a la licencia FMLA por motivos específicos relacionados con determinados despliegues militares de sus familiares. Además, pueden tomar hasta 26 semanas de licencia en virtud de la FMLA en un solo período de 12 meses para cuidar a un miembro del servicio cubierto con una lesión o enfermedad grave.
 - **Licencia médica del empleado:** el Empleador participante continuará contribuyendo con la parte del empleador de las primas aplicables para mantener la cobertura del Plan de Beneficios Médicos para un empleado con licencia médica personal por el período establecido en la *Fecha de entrada en vigencia de la cobertura*, siempre que la parte de la prima del empleado, si la hubiera, se pague directamente a la agencia empleadora de manera oportuna.
 - **Seguro de riesgos de trabajo:** un empleado que esté de licencia mientras recibe los beneficios del seguro de riesgos de trabajo atribuibles a su empleo con el Empleador participante puede continuar participando en el Plan de Beneficios Médicos.
 - **Licencia militar:** si un afiliado cubierto se marcha para realizar el servicio militar, puede optar por permanecer en la cobertura médica existente durante un máximo de 24 meses mientras realiza el servicio mediante el pago de la parte de la prima que le corresponde al empleado.

Un empleado con licencia de cualquier tipo tiene derecho a cambiar de cobertura durante la INSCRIPCIÓN ABIERTA.

Inscripción

Empleados recientemente contratados

La cobertura para empleados activos está determinada por las reglamentaciones del Empleador participante según se establece en la *Fecha de entrada en vigencia de la cobertura*. Con el fin de que un empleado activo se convierta en un afiliado cubierto, él o ella deben inscribirse dentro del período establecido en la *Fecha de entrada en vigencia de la cobertura*. Si no se inscribe durante ese período, es posible que tenga que esperar hasta la Inscripción abierta anual, a menos que se produzca un suceso que le haga perder la cobertura de salud.

Jubilados

Un jubilado se debe inscribir durante el plazo establecido en *Elegibilidad*. Si no se inscribe durante ese período, es posible que tenga que esperar hasta la Inscripción abierta, a menos que se produzca un suceso que le haga perder la cobertura de salud.

Inscripción abierta

Todos los años existe una Inscripción abierta durante aproximadamente un mes. Durante este período, todos los afiliados cubiertos pueden hacer cambios en sus elecciones de inscripción del Plan de Beneficios Médicos. Habitualmente, la Inscripción abierta es el único momento en que un afiliado cubierto puede cambiar la cobertura de los dependientes.

Constancia de estado de dependencia

La constancia de la relación de parentesco de cada dependiente con el afiliado cubierto debe presentarse en el momento de la solicitud inicial de cobertura de dicha persona o cuando se solicite la confirmación de la continuación de elegibilidad de la cobertura. Los documentos originales (o copias certificadas), tal y como se especifica a continuación, deben presentarse en la oficina de personal del Empleador participante o a su agente autorizado para la verificación de la situación de dependiente:

- **Matrimonio:** certificado de matrimonio y las dos primeras páginas de la declaración federal de la renta más reciente del afiliado cubierto que confirmen el estado civil declarado.
- **Unión civil:** certificado de unión civil y las dos primeras páginas de la declaración federal de la renta más reciente del afiliado cubierto que confirmen el estado civil declarado (cuando corresponda).
- **Hijo biológico:** certificado de nacimiento detallado.
- **Hijastro:** certificado de nacimiento detallado que demuestre la relación paternofamiliar entre el cónyuge del afiliado cubierto y el hijo que se desea añadir.
- **Adopción:** notificación de ubicación en adopción de la agencia de adopción o una copia certificada de la sentencia de adopción.

- **QMCSO:** una Orden de ejecución de manutención válida del Departamento de Servicios Sociales del Estado cumplirá los requisitos anteriores para la constancia de parentesco con respecto a un hijo menor. En tal caso, el hijo debe añadirse a la cobertura del afiliado cubierto, según lo ordenado, con o sin el consentimiento del afiliado cubierto.

Inscripción tardía o períodos especiales de inscripción

Un AFILIADO TARDÍO es un empleado, jubilado o dependiente elegible que solicita cobertura según el Plan de Beneficios Médicos después de que finalice la Inscripción abierta del Empleador participante o, si corresponde, más de 31 días después de la primera oportunidad del empleado o dependiente de inscribirse para obtener cobertura. Los afiliados tardíos no tendrán derecho a la cobertura, salvo en los casos previstos en este documento. Un empleado, jubilado o dependiente que reúna los requisitos no se considerará afiliado tardío si se presenta una solicitud de cobertura y se cumple cada una de las siguientes condiciones:

- No se eligió la cobertura cuando el empleado o dependiente cumplía los requisitos por primera vez según el Plan de Beneficios Médicos únicamente porque dicho empleado o dependiente estaba cubierto por otro Plan de Beneficios Médicos grupal.
- La cobertura según ese otro Plan de Beneficios Médicos grupal se perdió debido a lo siguiente:
 - agotamiento de la continuación de la cobertura en virtud de la COBRA o de la continuación de la cobertura estatal
 - cese de la relación laboral
 - reducción de horas de trabajo
 - muerte del cónyuge
 - divorcio
 - finalización de la contribución del empleador a la cobertura
 - rescisión o cancelación involuntaria del Plan de Beneficios Médicos grupal por parte de su ASEGURADORA
 - reducción sustancial de los beneficios
 - aumento sustancial del costo para el afiliado cubierto, determinado exclusivamente por el Empleador participante
- El empleado o dependiente se inscribe en el Plan de Beneficios Médicos en un plazo de 31 días a partir de la pérdida de la cobertura del otro Plan de Beneficios Médicos grupal.

Períodos especiales de inscripción

Se permite un período de inscripción especial para dependientes recientemente adquiridos no cubiertos por la cobertura grupal, a raíz de un matrimonio, nacimiento, adopción o ubicación en adopción.

El/Los nuevo(s) dependiente(s) debe(n) inscribirse en un plazo de 31 días tras el acontecimiento, a menos que el afiliado cubierto tenga una cobertura del Plan de Beneficios Médicos que cubra al dependiente recientemente adquirido sin el pago de una prima adicional en la fecha del

matrimonio, el nacimiento, la adopción, la ubicación u otro acontecimiento que haga que el nuevo dependiente tenga derecho a la cobertura. Los hijos dependientes distintos de los descritos en *Dependientes elegibles* no califican para el período de afiliación especial.

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura

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

- **Empleados recientemente contratados:** la cobertura para el empleado y las personas dependientes elegibles comenzará a partir del primer día del mes siguiente a la inscripción. Por ejemplo, un empleado cuyo primer día de trabajo es en enero tiene derecho a la cobertura a partir del 1 de febrero, si se inscribe a tiempo.
- **Jubilados:** la cobertura para los jubilados comenzará el primer día del mes siguiente a la inscripción.
- **Nuevo cónyuge:** la cobertura para un nuevo cónyuge entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la inscripción, que debe realizarse en un plazo de 31 días a partir del matrimonio o en la Inscripción abierta.
- **Hijos:** el hijo recién nacido de un afiliado cubierto está cubierto automáticamente durante los 31 días posteriores al nacimiento, pero no estará cubierto después de ese período a menos que se presente una solicitud de afiliación en un plazo de 31 días a partir del nacimiento.

Un hijo recién adoptado o ubicado en adopción con un afiliado cubierto debe ser inscrito en un plazo de 31 días a partir de la FECHA DE UBICACIÓN en adopción o de la fecha de adopción. La cobertura tendrá efecto retroactivo a la fecha de ubicación en adopción o a la fecha de adopción.

Se puede inscribir a un hijastro en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que se cumplan por primera vez los requisitos de elegibilidad. La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de inscripción. Por ejemplo, como consecuencia de un matrimonio, un afiliado cubierto puede afiliar al hijo de su nuevo cónyuge un plazo de 31 días posteriores al matrimonio.

Prohibición de cobertura doble

No se permite a ninguna persona mantener una cobertura doble como afiliado cubierto o persona cubierta por el Plan de Asociación y el Plan de Beneficios Médicos del empleado del estado de Connecticut, el Plan de Beneficios para Jubilados No Elegibles para Medicare o el Plan Medicare Advantage. También se prohíbe que la misma persona esté afiliada simultáneamente como dependiente o beneficiario del Plan de Asociación y de un Plan de Beneficios Médicos del estado de Connecticut, del Plan de Beneficios para Jubilados No Elegibles para Medicare o del Plan Medicare Advantage.

El afiliado cubierto o dependiente, o beneficiario que esté doblemente afiliado infringiendo esta disposición dispondrá de 31 días para elegir un único plan en el que participar. Quien no haga una elección en ese plazo permanecerá en el plan con la fecha de inscripción más antigua (para la que sigue siendo elegible), y se cancelará su cobertura duplicada posterior.

Cobertura médica

Salvo que lo exija la legislación aplicable, los beneficios y los derechos otorgados en virtud de este Plan de Beneficios Médicos no se cederán ni gravarán, directa o indirectamente, en ningún momento por contrato, por ministerio de la ley o de otro modo sin el consentimiento expreso por escrito del Administrador del plan.

Una persona cubierta es elegible para recibir beneficios por los servicios cubiertos para cuidados MÉDICAMENTE NECESARIOS cuando los indique o solicite un médico y cuando se ajusten a los términos y condiciones del Plan de Beneficios Médicos. El derecho de una persona cubierta a recibir beneficios por los servicios cubiertos prestados en virtud de este Plan de Beneficios Médicos está sujeto a determinadas políticas o directrices y limitaciones, entre las que se incluyen la CERTIFICACIÓN PREVIA, la REVISIÓN CONCURRENTE y la GESTIÓN DE CASOS. El incumplimiento de las directrices de atención administrada para obtener los servicios cubiertos puede dar lugar a una reducción o denegación de los beneficios.

Los afiliados que tengan preguntas sobre las directrices de atención administrada y los servicios para los que se requiere una certificación previa deben ponerse en contacto con Quantum Health llamando al 833-740-3258 o enviando un mensaje seguro a través de carecompass.ct.gov.

La persona cubierta debe consultar con su médico sobre las pautas de tratamiento y atención. A pesar de cualquier determinación de beneficios, la persona cubierta y el médico de la persona cubierta deben determinar qué atención o tratamiento se recibe.

Atención primaria y preventiva cubierta

La **atención primaria** consiste en visitas al consultorio, visitas a domicilio y visitas HOSPITALARIAS proporcionadas por un Proveedor de atención primaria u otro PROVEEDOR para consultas, diagnóstico y tratamiento de lesiones y enfermedades.

La **ATENCIÓN PREVENTIVA** consiste en los servicios prestados en régimen ambulatorio en un consultorio médico, un centro alternativo o un hospital. Los servicios de atención preventiva engloban los servicios médicos que han demostrado, mediante pruebas clínicas, ser seguros y eficaces para la detección temprana de enfermedades o la prevención de estas, que han demostrado tener un efecto beneficioso sobre los resultados en materia de salud y que, como exige la legislación aplicable, incluyen los siguientes:

- Artículos o servicios basados en la evidencia que tienen en vigencia una calificación de "A" o "B" en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de Estados Unidos.
- Vacunas que tienen en vigencia una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- Con respecto a los bebés, niños y adolescentes, la atención preventiva basada en la evidencia y las pruebas de detección previstas en las directrices generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA).

- Con respecto a las mujeres, dicha atención preventiva adicional y las pruebas de detección previstas en las directrices generales respaldadas por la HRSA.

La atención preventiva consiste en los servicios que se describen a continuación con el fin de promover la buena salud y la detección temprana de enfermedades. La siguiente tabla contiene ejemplos de atención preventiva cubierta, pero no es taxativa. Para consultar la lista completa de servicios cubiertos por la LEY DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO, visite [healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits](https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits).

- **Controles periódicos para bebés y niños.** El Plan de Beneficios Médicos cubre controles periódicos para bebés y niños, que consisten en exámenes físicos de rutina, incluidos exámenes visuales y auditivos, evaluaciones del desarrollo, recomendaciones preventivas y pruebas de laboratorio solicitadas en el momento de la visita, según las recomendaciones de la Academia Estadounidense de Pediatría. También están cubiertos las vacunas y los refuerzos según las recomendaciones del estado de Connecticut y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Las vacunas contra el HPV están cubiertas para hombres y mujeres.
- **Exámenes físicos para adultos.** Los exámenes físicos para adultos están cubiertos. El Plan de Beneficios Médicos cubrirá un examen físico por AÑO CALENDARIO para todas las personas cubiertas mayores de 19 años. El Plan de Beneficios Médicos cubrirá un examen anual de próstata para hombres a partir de los 50 años, hombres sintomáticos a cualquier edad y hombres cuyo padre o hermano biológico haya sido diagnosticado de cáncer de próstata a cualquier edad.
- **Exámenes ginecológicos de rutina para mujeres.** Se incluye un examen ginecológico de rutina, examen de mamas y prueba de Papanicoláu.
- **Mamografías.** Se incluyen las mamografías realizadas por tomosíntesis mamaria.
 - Detección integral por ecografía de toda una mama, o de ambas, en los siguientes casos:
 - » Una mamografía muestra un tejido mamario heterogéneo o denso según el Sistema de Datos e Informes de Imágenes Mamarias establecido por el Colegio Estadounidense de Radiología.
 - » Se cree que una mujer tiene mayor riesgo de cáncer de mama debido a antecedentes familiares o personales previos de cáncer de mama.
 - » Prueba genética positiva.
 - » Otras indicaciones recomendadas por el médico tratante de la mujer o enfermero de práctica avanzada certificado, para una mujer de cuarenta años o más, con antecedentes familiares o personales previos de cáncer de mama.
 - » Antecedentes personales previos de enfermedad mamaria diagnosticada a través de biopsia como benigna.
 - Captura de imágenes por resonancia magnética de toda una mama, o de ambas, de conformidad con las directrices de la Sociedad Americana contra el Cáncer.
- **Planificación familiar.** Incluye el asesoramiento sobre el uso de anticonceptivos y temas relacionados, la inserción (o extracción) de un implante anticonceptivo, la medición o adaptación de un dispositivo anticonceptivo como un diafragma, un capuchón cervical o un dispositivo intrauterino.

- **Extractores de leche materna.** Los beneficios de la atención preventiva incluyen el costo de alquilar o comprar un extractor de leche por cada embarazo en combinación con el parto. Los beneficios solo están disponibles si los extractores de leche se obtienen de un proveedor de EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, hospital, médico u otro proveedor autorizado para suministrar dichos equipos.
- **Vacunas.** Un examen rutinario de la vista, incluida la refracción, por persona cubierta por año calendario.
- **Pruebas de detección del cáncer colorrectal.** El Plan de Beneficios Médicos cubrirá una prueba anual de sangre oculta en heces, una prueba inmunoquímica fecal, una prueba de ADN fecal, una colonoscopia, una sigmoidoscopia flexible o una prueba por imágenes radiológicas. La cobertura se ajustará a las recomendaciones establecidas por el Colegio Americano de Gastroenterología, previa consulta con la Sociedad Americana contra el Cáncer en cuanto al tipo y frecuencia con que debe realizarse dicha prueba (p. ej., intervalos por edad, antecedentes familiares, etc.).
- Control de la diabetes (equipos, suministros y educación). Estos servicios están cubiertos de la siguiente manera:
 - **Suministros.** Los equipos y suministros relacionados para personas cubiertas diabéticas insulino dependientes y no insulino dependientes están cubiertos cuando sea médicamente necesario, según lo determine un médico. Los equipos y suministros cubiertos incluyen, entre otros, los mencionados en la siguiente lista:

Suministros cubiertos	
Tiras reactivas para medir la acetona	Dispositivos de dibujo para personas con discapacidad visual
Tabletas reactivas para medir la acetona	Equipo para el uso de la bomba
Alcohol o peróxido por pinta	Tiras reactivas para medir la acetona y la glucosa
Toallitas húmedas con alcohol	Tiras reactivas para medir la glucosa
Todas las preparaciones de insulina	Cintas reactivas para medir la glucosa
Kit de lancetas automáticas para sangre	Dispositivos auxiliares para inyecciones
Kit de medición de glucosa en sangre	Inyector automático (Busher)
Tiras (de prueba o reactivas) para medir la glucosa en sangre	Suministro de cartuchos de insulina
Monitor y tiras para medir la glucosa en sangre	Dispositivos de infusión de insulina
Cartuchos para personas con discapacidad visual	Bomba de insulina
Sistemas de gestión de datos sobre la diabetes	Lancetas
Cartuchos de insulina y de pluma de insulina descartables	

- **Autocontrol de la diabetes y educación.** Capacitación para el autocontrol ambulatorio para el tratamiento de la diabetes insulino dependiente, la diabetes con tratamiento de insulina, la diabetes gestacional y la diabetes no insulino dependiente. La "capacitación para la autogestión ambulatoria" incluye, entre otras, la educación y la terapia nutricional médica.

Tras el diagnóstico inicial, el Plan de Beneficios Médicos cubrirá hasta diez horas de capacitación en el autocontrol médicamente necesario para el cuidado y tratamiento de la diabetes. Dicha capacitación incluye, entre otras actividades, el asesoramiento en nutrición y el uso adecuado de los equipos y suministros para la diabetes. Se cubrirán

cuatro horas adicionales de capacitación para cualquier diagnóstico posterior que dé lugar a un cambio significativo en los síntomas o la afección de una persona, que requiera la modificación del programa de autocontrol de la diabetes de la persona. Se cubrirán otras cuatro horas de capacitación y educación médicamente necesarias para las técnicas y el tratamiento de la diabetes recién desarrollados.

La capacitación para el autocontrol de la diabetes será impartida por un profesional de la salud certificado, registrado o con licencia, formado en la atención y el tratamiento de la diabetes y autorizado para prestar dicha atención dentro del ámbito de su licencia.

- **Exámenes de la vista.** Un examen de la vista, incluido el de refracción, por persona cubierta por año calendario. El Plan de Beneficios Médicos pagará el 100% del costo del examen para las personas cubiertas que utilizan un oftalmólogo preferido DENTRO DE LA RED. El Plan de Beneficios Médicos pagará el 100% del costo de un examen dentro de la red cada dos años para las personas cubiertas que cumplen con el HEP.
- **Exámenes de la audición.** Un examen de la audición por persona cubierta por año calendario. La cobertura incluye las pruebas para determinar la necesidad médica de corrección auditiva cuando la realice un médico certificado como otorrinolaringólogo o un audiólogo legalmente calificado que posea un Certificado de Competencia Clínica en Audiología de la Asociación Americana del Habla y la Audición en ausencia de requisitos de licencia aplicables.
- **Médicos naturópatas.** El Plan de Beneficios Médicos cubrirá los servicios prestados por un médico naturópata para el tratamiento de enfermedades o lesiones que de otro modo estarían cubiertas por el Plan de Beneficios Médicos.
- **Pruebas de laboratorio.** Las pruebas de laboratorio médicamente necesarias estarán cubiertas de acuerdo con los términos y condiciones del Documento del plan. Las pruebas pueden estar sujetas a los requisitos del CENTRO DE SERVICIO, con un COSEGURO más elevado por utilizar proveedores no preferidos o FUERA DE LA RED.

Atención médica especializada cubierta

La atención médica especializada consiste en la atención y los servicios médicos, incluidas las visitas al consultorio, las visitas a domicilio, las visitas al hospital y las consultas para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o lesiones, que, por lo general, no pueden ser tratadas por un médico de atención primaria.

- **Servicios quirúrgicos.** Se requiere certificación previa para todos los procedimientos quirúrgicos (tanto CON HOSPITALIZACIÓN como ambulatorios) en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio autorizado no ubicado en un hospital. Los servicios cubiertos incluyen los servicios del cirujano o asistente especializado y del anestesiólogo o anestesista, así como los cuidados preoperatorios y posoperatorios.

Los procedimientos de prueba previos a la internación deben realizarse en régimen ambulatorio antes de la intervención quirúrgica programada. La persona cubierta será responsable de los cargos de la pruebas previas a la internación en caso de cancelar o posponer la cirugía programada.

- **Cirugía reconstructiva y correctiva.** La cirugía reconstructiva y correctiva solo está cubierta en los siguientes casos:

- Si se realiza para corregir un defecto de nacimiento congénito de un niño cubierto que generó un defecto funcional.
- Si es incidental a una cirugía o se hace después de una cirugía que fue necesaria por un traumatismo, una infección o una enfermedad de la parte afectada.
- Si es una reconstrucción mamaria después de una mastectomía (incluida la cirugía en la mama sana para restaurar o lograr la simetría de las prótesis mamarias implantadas).
- **Servicios odontológicos.** Los siguientes servicios están cubiertos, según lo determinado por Quantum Health:
 - Una visita inicial para la reparación inmediata de un traumatismo debido a un accidente o lesión en la mandíbula, los dientes naturales, las mejillas, los labios, la lengua o el paladar. Los beneficios para los servicios prestados durante la visita inicial incluyen, entre otros, los siguientes:
 - » Evaluación
 - » Radiología para evaluar el grado de la lesión
 - » Tratamiento de la herida, la fractura dental o la extracción
 - Tratamiento quirúrgico del síndrome de la articulación temporomandibular (ATM) y del trastorno craneomandibular.
 - La anestesia, la enfermería y los gastos relacionados con los servicios odontológicos para pacientes hospitalizados, ambulatorios o de un día están cubiertos si el dentista o cirujano bucal tratante y el médico del paciente los consideran médicamente necesarios de acuerdo con los requisitos de certificación previa y:
 - » un dentista certificado y un médico de atención primaria certificado han determinado que el paciente padece una afección dental lo suficientemente compleja como para requerir servicios de hospitalización, servicios odontológicos ambulatorios o servicios odontológicos de un día; o
 - » servicios quirúrgicos bucales para el tratamiento de lesiones, tumores y quistes sobre la boca o dentro de ella; o
 - » servicios de cirugía maxilofacial para tratamientos relacionados con tumores de la cavidad oral, tratamiento de fracturas de mandíbula o huesos faciales, y luxación de mandíbula; o
 - » escisión de un diente o raíz dental no erupcionado o impactado, y anestesia relacionada; o
 - » procedimientos de corte en las encías (cirugía ósea), incluida la anestesia relacionada; o
 - » el paciente tiene una discapacidad del desarrollo, determinada por un médico de atención primaria autorizado, que le pone en grave riesgo.
- **Pruebas y tratamiento de alergias.** El Plan de Beneficios Médicos cubre las pruebas y evaluaciones para determinar la existencia de una alergia, inyecciones para la alergia u otros servicios de inmunoterapia. Los pacientes de un alergólogo preferido no deberán realizar un COPAGO.
- **Atención obstétrica y de maternidad.** Los servicios y suministros para la atención de maternidad prestados por un médico, una enfermera obstétrica certificada, un hospital o un centro de maternidad estarán cubiertos para la atención prenatal (incluida una visita para

pruebas genéticas), la atención posnatal, el parto y las complicaciones del embarazo. El Plan de Beneficios Médicos prevé una hospitalización mínima de 48 horas tras un parto vaginal y de 96 horas tras un parto por cesárea, tanto para la madre como para el hijo o los hijos recién nacidos. Durante la hospitalización, la atención de maternidad también incluye, como mínimo, la educación de los padres, la asistencia y capacitación en lactancia materna o con biberón, y la realización de las evaluaciones clínicas maternas y neonatales que sean necesarias.

Los servicios prestados en un centro de maternidad dentro de la red están cubiertos al 100%, de la misma manera que los servicios prestados en un centro de cuidados intensivos. La cobertura fuera de la red está sujeta a un DEDUCIBLE y un coseguro.

La madre tiene la opción de abandonar el hospital antes de lo indicado anteriormente. Si la madre y el hijo recién nacido reciben el alta temprana, la madre recibirá dos visitas a domicilio. La primera visita se realizará en el plazo de 48 horas después del alta. La segunda visita de seguimiento se realizará en el plazo de siete días después del alta.

Las visitas a domicilio estarán a cargo de un profesional de la salud calificado y formado en atención materna posparto y pediátrica neonatal para prestar servicios tales como atención posparto, una evaluación de la madre y el niño, instrucciones sobre lactancia materna, aseo y cuidado del niño, educación de los padres, evaluación de los sistemas de apoyo en el hogar y cualquier análisis clínico necesario y apropiado desde el punto de vista médico.

La atención cubierta relacionada con las complicaciones del embarazo incluye cirugía e interrupciones del embarazo. Los abortos terapéuticos están cubiertos como beneficio ilimitado. Los abortos no terapéuticos en caso de violación, incesto o malformación fetal también están cubiertos como beneficio ilimitado. Se cubre un aborto electivo por persona cubierta y por año calendario, sujeto a los límites de los beneficios que se enumeran en el *Resumen de cobertura médica*.

El Plan de Beneficios Médicos cubre vasectomías y ligadura de trompas.

- **Cuidado del recién nacido.** Los cuidados cubiertos para los recién nacidos incluyen los servicios de salud preventivos, los cuidados neonatales de rutina y el tratamiento de enfermedades y lesiones. El tratamiento de enfermedades y lesiones incluye el tratamiento de la prematuridad y los defectos congénitos diagnosticados médicamente, y las anomalías congénitas que causan un deterioro funcional anatómico. El Plan de Beneficios Médicos también cubre los costos del transporte necesario desde el lugar de nacimiento hasta el centro terapéutico especializado más cercano.

El cuidado neonatal preventivo y de rutina no requiere certificación previa. La circuncisión practicada por un médico autorizado durante la hospitalización por el parto no requiere certificación previa. Se debe obtener la certificación previa para la cirugía o circuncisión que se realiza después de la hospitalización por el parto.

- **Servicios de FERTILIDAD. Los servicios cubiertos incluyen:**
 1. procedimientos, productos, medicamentos y servicios destinados a proporcionar información y asesoramiento sobre la fertilidad de un individuo, están incluidas las evaluaciones de laboratorio y estudios de imágenes;
 2. procedimientos, productos, pruebas, medicamentos y servicios destinados a lograr el embarazo que resulten en un nacimiento vivo y que se proporcionen de manera consistente con los requisitos médicos establecidos por las guías de práctica y profesionales publicadas

por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva o la Sociedad de Endocrinología Reproductiva e Infertilidad. Los servicios cubiertos incluyen inseminaciones, transferencias de óvulos y embriones a la persona designada cubierta por un miembro del Plan en el caso de subrogación.

3. extracción de óvulos o espermatozoides para el uso futuro en los casos en que los pacientes se vayan a someter a un tratamiento que tiene el potencial de volverlos infértiles.
- **Los servicios de fertilidad están cubiertos para los miembros del Plan que:**
 1. están experimentando infertilidad; o
 2. son incapaz de lograr un embarazo como individuo o con una pareja porque el individuo o la pareja no cuenta con los gametos necesarios para lograr un embarazo.
 - **Asesoramiento nutricional.** Hasta tres visitas por persona cubierta por año calendario para evaluación y asesoramiento nutricional individualizado por parte de un dietista certificado.
 - **Servicios de salud mental.** Servicios ambulatorios para el tratamiento de "afecciones mentales o nerviosas", tal y como se definen en la edición más reciente del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Las afecciones que se ajusten a dicha definición estarán cubiertas en la misma medida que la cobertura médica o quirúrgica descrita en el Documento del plan. En la "misma medida" significa que la misma cantidad de visitas, días y copagos que se aplican a otros tratamientos especializados ambulatorios o de paciente hospitalizado también se aplicarán al tratamiento de enfermedades mentales o nerviosas.

La atención ambulatoria de la salud mental incluye los servicios prestados en los siguientes establecimientos:

- Un centro de salud mental comunitario sin fines de lucro
- Un centro de salud mental autorizado para adultos sin fines de lucro
- Una clínica psiquiátrica para adultos, sin fines lucro y autorizada, gestionada por un hospital acreditado o en un CENTRO DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL, cuando sea proporcionada mediante o bajo la SUPERVISIÓN de un médico que ejerza como psiquiatra, psicólogo autorizado, trabajador social independiente certificado, terapeuta matrimonial y familiar certificado, o un consejero sobre alcohol y drogas autorizado o certificado, o un consejero profesional debidamente autorizado

Nota: Los servicios prestados por proveedores y centros autorizados por el estado en el que se prestan se consideran servicios cubiertos.

La atención ambulatoria para enfermedades mentales incluye los servicios prestados por una persona con un máster en Trabajo Social cuando dicha persona presta sus servicios en una clínica de orientación infantil o en un centro de tratamiento residencial bajo la supervisión de un médico que ejerza como psiquiatra, psicólogo autorizado, trabajador social independiente certificado, terapeuta matrimonial y familiar certificado, o un consejero sobre alcohol y drogas autorizado o certificado, o un consejero profesional debidamente autorizado.

Los servicios de hospitalización para salud mental en un hospital o centro de tratamiento residencial están sujetos a necesidad médica y certificación previa. Dichos servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados pueden incluir hospitales, centros de tratamiento residencial u otros centros acreditados por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias como centros de tratamiento de salud mental y aprobados previamente por Anthem BCBS. Los servicios de hospitalización cubiertos para las personas

cubiertas elegibles luego del confinamiento en un centro de tratamiento residencial se deben basar en un PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL. A los efectos de este apartado, el término "plan de tratamiento individual" significa un plan de tratamiento indicado por un médico con metas y objetivos específicos alcanzables y adecuados tanto para el paciente como para la modalidad de tratamiento del programa. Los servicios deben ser prestados por proveedores certificados por la agencia estatal correspondiente para prestar dichos servicios y cuyos programas para dichos servicios hayan sido aprobados por Anthem BCBS. A los efectos de este beneficio, la persona cubierta elegible debe:

- padecer una enfermedad mental grave que afecte sustancialmente el pensamiento, la percepción de la realidad, el proceso emocional o el juicio de la persona, o que afecte gravemente la conducta, según se manifieste en un comportamiento perturbado reciente;
 - haber ingresado en un hospital por dicha enfermedad durante un período de al menos tres días inmediatamente anteriores a dicho ingreso en un centro de tratamiento residencial; y
 - padecer una enfermedad que requeriría el confinamiento continuado en un hospital si no se dispusiera de dicha atención y tratamiento a través de un centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes.
- **Abuso de sustancias.** Se brinda cobertura para visitas ambulatorias para los servicios de ATENCIÓN POR ABUSO DE SUSTANCIAS. Los servicios de hospitalización por abuso de alcohol y sustancias en un hospital o centro de tratamiento residencial, o CENTRO DE TRATAMIENTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS, están sujetos a necesidad médica y certificación previa. Dichos servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados pueden incluir hospitales, centros de tratamiento residencial u otros centros acreditados por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias como centros de tratamiento para trastornos de abuso de sustancias y aprobados previamente por Anthem BCBS. Los servicios deben ser prestados por proveedores certificados por la agencia estatal correspondiente para prestar dichos servicios y cuyos programas para dichos servicios hayan sido aprobados por Anthem BCBS. La cobertura también está disponible para programas a domicilio, sujetos a la certificación previa por parte de Anthem BCBS.
 - **Procedimientos de diagnóstico.**
 - Están cubiertos los procedimientos, servicios y materiales de rayos X y laboratorio, incluidas las radiografías diagnósticas, la radioterapia, la fluoroscopia, los electrocardiogramas, las pruebas de laboratorio y los servicios de radiología terapéutica. Si los servicios de laboratorio se realizan dentro del área de servicio inmediata de Anthem, estarán sujetos al Programa de Centros de Servicio y el copago o coseguro de la persona cubierta dependerá de si los servicios se obtienen o no en un centro preferido. Se podrá eximir del requisito de coseguro en virtud del Programa de Centros de Servicio si existe un motivo médicamente necesario por el cual una persona cubierta no puede utilizar un centro preferido para realizarse pruebas de laboratorio ambulatorias. **Nota:** La exención no está disponible para los servicios prestados en centros fuera de la red.
 - Los procedimientos de DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DE ALTO COSTO, como detecciones por resonancia magnética (RM), angiografía por resonancia magnética (ARM), tomografía axial computarizada (TAC), angiotomografía computarizada (ATC), tomografía por emisión de positrones (PET) y tomografía de emisión de fotón único (SPECT), requieren certificación previa. Un proveedor dentro de la red es responsable de

obtener la certificación previa. Si una persona cubierta obtiene servicios de diagnóstico por imagen de alto costo de un proveedor fuera de la red sin certificación previa, se le impondrá una penalidad de \$500 o del 20% del costo de dicho servicio, la cantidad que sea menor.

- **Acupuntura.** Se cubren 20 visitas de acupuntura por año calendario.
- **Tratamiento del TRASTORNO DE IDENTIDAD DE GÉNERO.** Los servicios están cubiertos para el tratamiento médicamente necesario de la "disforia de género" o trastorno de identidad de género, tal y como se definen en la edición más reciente del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Los servicios cubiertos incluyen psicoterapia, cirugía de reasignación de sexo y otras cirugías o tratamientos médicamente necesarios. La cobertura está sujeta a la certificación previa de conformidad con las directrices de Anthem sobre necesidad médica. El paciente está sujeto a los siguientes criterios generales para los beneficios quirúrgicos para personas transgénero:
 - Tener más de 18 años.
 - Haber completado 12 meses de experiencia en la vida real de tiempo completo continua y exitosa en el género deseado.
 - Es posible que deba realizar terapia hormonal continua si se indica y no está contraindicada.
 - Es posible que deba realizar psicoterapia, si estuviera recomendada.
- **Cirugía bariátrica.** La derivación gástrica y los procedimientos gástricos restrictivos médicamente necesarios están cubiertos para el tratamiento de la obesidad clínicamente grave de determinados adultos (mayores de 18 años). La cobertura está sujeta a la certificación previa de conformidad con las directrices de Anthem sobre necesidad médica.
- **Ronquidos (estudios del sueño).** El tratamiento médicamente necesario para los ronquidos está cubierto si se determina que dicho tratamiento forma parte de un tratamiento probado para la apnea del sueño obstructiva (ASO) documentada. Consulte la política médica aplicable de Anthem para determinar si el tratamiento propuesto está probado para la ASO.

Servicios hospitalarios y de otros establecimientos cubiertos

- **INTERNACIONES hospitalarias.** Las internaciones no urgentes en un hospital, en un CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA o en un hospital especializado requieren la certificación previa de Quantum Health. Todas las pruebas previas a la internación deben realizarse en régimen ambulatorio antes de la internación programada y no se deben repetir después de la internación para cirugía. La persona cubierta será responsable de los cargos de las pruebas previas a la internación en caso de cancelar o posponer la internación programada.

En caso de mastectomía o disección de ganglios linfáticos, los servicios cubiertos incluirán una internación de 48 horas tras la intervención, a menos que tanto la persona cubierta como el médico acuerden una internación más breve.

Para las personas cubiertas inscritas en un Plan de Punto de Servicio (POS), la atención de los pacientes internados en hospitales especializados dentro de la red es un beneficio ilimitado; la atención recibida en hospitales especializados fuera de la red tiene un límite de beneficio de 60 días por persona cubierta por año calendario.

Cuando necesite servicios de enfermería especializada para pacientes hospitalizados y servicios relacionados para cuidados de convalecencia y rehabilitación, los Servicios cubiertos están disponibles si el centro está autorizado o certificado por la legislación estatal como centro de enfermería especializada. El cuidado de compañía no es un servicio cubierto.

La atención de pacientes internados en un centro de enfermería especializado dentro de la red es un beneficio ilimitado. Para el uso de un centro de enfermería especializada fuera de la red, el período de beneficio se limita a 60 días por persona cubierta por año calendario.

Se cubrirán los siguientes servicios:

- alojamiento y comida para una habitación semiprivada en el hospital (si se utiliza una habitación privada, este Plan de Beneficios Médicos solo brindará beneficios por los servicios cubiertos hasta el costo de la tarifa de la habitación semiprivada, a menos que sea médicamente necesaria)
- administración de sangre y procesamiento de la sangre
- anestesia, suministros y servicios de anestesia
- quimioterapia para el tratamiento del cáncer
- servicios de diagnóstico
- terapia electroconvulsiva
- servicios hospitalarios y suministros para pacientes internados
- pruebas de laboratorio
- vendas, suministros, yesos y férulas médicos y quirúrgicos
- utilización y equipos de quirófanos, sala de partos y salas de tratamiento (incluidos los cuidados intensivos)
- pruebas previas a la internación para cirugía (se realizarán en régimen ambulatorio)
- medicamentos con receta
- fisioterapia y terapia ocupacional rehabilitadoras y restauradoras, y terapia del habla para el tratamiento que se espera que genere una mejora sólida de la afección de una persona cubierta
- radioterapia
- servicios de hemodiálisis o diálisis peritoneal para la enfermedad renal crónica, incluido el equipo, la capacitación y los suministros médicos hasta que la persona cubierta cumpla los requisitos para afiliarse a Medicare
- servicios relacionados con el consumo accidental o la ingestión de un medicamento controlado u otra sustancia
- radiografías o estudios por imágenes
- **Cirugía ambulatoria.** Es posible que se requiera certificación previa para la cirugía ambulatoria, tanto si se realiza en un centro hospitalario en régimen ambulatorio como en un centro quirúrgico ambulatorio autorizado que no esté ubicado en un hospital.

Los procedimientos de prueba previos a la internación deben realizarse a la persona cubierta en régimen ambulatorio antes de la cirugía programada. La persona cubierta será responsable

de los cargos de la pruebas previas a la internación en caso de cancelar o posponer la cirugía programada.

- **Centros médicos o clínicas ambulatorios.** Los servicios prestados en un centro o CLÍNICA AMBULATORIA no se consideran servicios médicos de urgencia y solo estarán cubiertos si se determina que el tratamiento de la persona cubierta es médicamente necesario, en función de los signos y síntomas en el momento del tratamiento.
- **CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIA.** Se cubrirá el tratamiento médicamente necesario en un centro de atención de urgencia (independiente o ubicado en un hospital). La atención fuera de la red está sujeta a un deducible y un coseguro. Los servicios de atención de urgencia fuera de Estados Unidos tienen un copago de \$15.
- **Sala de emergencia de hospital (EMERGENCIAS MÉDICAS).** Los servicios están cubiertos si la atención se considera una emergencia médica. Si la emergencia requiere que la persona cubierta sea trasladada al hospital más cercano, se proporcionará cobertura tanto si el hospital más cercano pertenece a la red como si no. Este beneficio está sujeto a un copago de \$250, que será eximido si se interna a la persona cubierta en el hospital. Si la persona cubierta no tenía ninguna alternativa médica razonable, existe un formulario de exención de copago que puede presentarse para el reembolso del copago.

La determinación de si existió una alternativa médica razonable dependerá de lo siguiente:

- Los hechos y las circunstancias que existieron en el momento del tratamiento, incluidos, entre otros:
 - » la hora del día;
 - » el día de la semana;
 - » la naturaleza de los síntomas o la lesión;
 - » la cantidad de veces que la persona cubierta buscó atención de emergencia para afecciones que no se consideran una emergencia médica.

Se debe informar de todas las internaciones por una emergencia médica a Quantum Health y obtener su aprobación en el plazo de las 48 horas siguientes al diagnóstico, la atención o el tratamiento de la emergencia médica.

Las reclamaciones por servicios prestados a la persona cubierta serán revisadas por Quantum Health; la persona cubierta puede ser responsable del COSTO COMPARTIDO o del costo total de todos los servicios prestados si la aseguradora determina que los servicios prestados no eran para una emergencia médica. Los servicios cubiertos de emergencia médica se limitan al tratamiento prestado durante la primera visita únicamente.

Se brinda cobertura para emergencias médicas y atención de urgencia cuando una persona cubierta está de viaje por el exterior. Es posible que la persona cubierta tenga que pagar el costo compartido aplicable en el momento del alta o que tenga que pagar al médico el importe total en el momento del servicio y solicitar a Anthem BCBS el reembolso de la atención de urgencia y emergencia por el tratamiento prestado fuera de Estados Unidos.

- **Servicios de ambulancia.** Los servicios de transporte médicamente necesarios están cubiertos de la siguiente manera:
 - Desde el lugar donde la persona cubierta se lesionó por un accidente o se enfermó hasta un hospital general donde deba recibir tratamiento.

- Desde un hospital general en el que una persona cubierta está hospitalizada hasta otro hospital general o un centro independiente para recibir servicios diagnósticos o terapéuticos especializados no disponibles en el primer hospital general, y el regreso al primer hospital general (si solo se paga por uno de estos transportes durante el período comprendido entre el día de la internación en el hospital general y el día del alta del hospital general).
- Desde un hospital general a otro hospital general cuando el hospital general de alta no dispone de las instalaciones adecuadas para el tratamiento y el hospital general de destino dispone de las instalaciones adecuadas para el tratamiento.
- Para proporcionar, en el transcurso de dicho transporte, los cuidados que sean razonablemente necesarios para mantener la vida o estabilizar el estado de dicha persona cubierta.

El servicio de transporte médico prestado a través de una agencia de atención médica a domicilio junto con servicios de atención médica a domicilio está cubierto de la siguiente manera:

- Desde un hospital hasta un proveedor y al domicilio.
- Hasta y desde un hospital o proveedor para tratamiento.
- Desde el domicilio hasta un hospital o proveedor, si es necesaria una nueva internación.

Servicios de terapia

- **Servicios para personas con autismo.** Se cubrirán el diagnóstico y el tratamiento médicamente necesarios de los TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA en función de un plan de tratamiento aprobado. El plan de tratamiento se revisará como máximo una vez cada seis meses, a menos que el médico, el psicólogo o el trabajador social clínico certificado de la persona cubierta acuerde que es necesaria una revisión más frecuente o como resultado de cambios en el plan de tratamiento de la persona cubierta. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:
 - TERAPIA CONDUCTUAL prestada por un proveedor de TERAPIA CONDUCTUAL DEL AUTISMO y solicitada por un médico, psicólogo o trabajador social clínico certificado de acuerdo con un plan de tratamiento elaborado por un médico, psicólogo o trabajador social clínico certificado, proporcionado a niños menores de 21 años
 - servicios psiquiátricos o consultivos directos prestados por un psiquiatra o psicólogo certificado
 - fisioterapia brindada por un fisioterapeuta certificado
 - terapia del habla brindada por un patólogo del habla y el lenguaje certificado
 - terapia ocupacional brindada por un terapeuta ocupacional certificado

Los límites de visitas para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional no se aplicarán a los servicios para trastornos del espectro autista por ningún motivo que no sea la falta de necesidad médica.

- Quimioterapia para el tratamiento del cáncer.
- Atención quiropráctica.

- **Servicios de intervención temprana.** Para un niño afiliado elegible desde el nacimiento hasta la edad de tres años (36 meses) que no es elegible para educación especial y servicios relacionados conforme a la ley de Connecticut. La definición de "niño afiliado elegible" se amplía para incluir a aquellos que (a) tienen más de 36 meses; (b) participan actualmente en servicios de intervención temprana; y (c) reúnen los requisitos o están siendo evaluados para recibir servicios preescolares en virtud de la Parte B de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA), hasta que estén inscritos en estos servicios preescolares; y necesitan servicios de intervención temprana por las razones que se especifican a continuación:

- desarrollo cognitivo;
- desarrollo físico, incluidas la visión y la audición;
- desarrollo de la comunicación;
- desarrollo social o emocional;
- habilidades de adaptación; o
- se les diagnosticó una enfermedad física o mental que tiene una alta probabilidad de provocar un retraso en el desarrollo.

A los efectos de este beneficio, los servicios de intervención temprana son servicios destinados a satisfacer las necesidades de desarrollo de una persona cubierta y las necesidades de su familia relacionadas con la mejora del desarrollo del niño.

- Terapia electroconvulsiva.
- **Terapia de infusión.** Se proporcionarán beneficios para la terapia de infusión administrada en un hospital ambulatorio, consultorio médico o domicilio en las siguientes condiciones:
 - Un médico (Doctor en Medicina) indica por escrito un plan de atención para dichos servicios.
 - El médico (Doctor en Medicina) revisa y autoriza el plan de atención.

La terapia de infusión se limita a lo siguiente:

- quimioterapia (incluida la gammaglobulina)
- terapia antibiótica intravenosa
- nutrición parenteral total
- terapia enteral cuando los nutrientes solo están disponibles por receta médica
- tratamiento intravenoso del dolor

Los servicios cubiertos incluyen suministros, soluciones y productos farmacéuticos.

- **Diálisis renal.** Se cubre cuando se aplica en un hospital o centro de diálisis independiente. Servicios de hemodiálisis o diálisis peritoneal para la enfermedad renal crónica, incluido el equipo, la capacitación y los suministros médicos.
- Terapia de rehabilitación cardíaca ambulatoria.
- **Fisioterapia y terapia ocupacional ambulatorias.** La fisioterapia y la terapia ocupacional solo están cubiertas cuando sean razonables y necesarias para corregir una afección que sea consecuencia de una enfermedad, lesión o deformidad física congénita que inhibe el

funcionamiento normal. Para ser consideradas razonables y necesarias, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Los servicios deben considerarse, según las normas aceptadas de la práctica médica, un tratamiento específico, seguro y eficaz para la afección de la persona cubierta.
- Los servicios deben ser de tal nivel de complejidad y modernidad, o la afección de la persona cubierta debe ser tal, que los servicios requeridos solo puedan ser prestados con seguridad y eficacia por un fisioterapeuta calificado o un asistente bajo la supervisión de un fisioterapeuta calificado, por un patólogo del habla y el lenguaje, o por un terapeuta ocupacional calificados o un asistente bajo la supervisión de un terapeuta ocupacional calificado. Los servicios que no requieren la realización o supervisión de un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional no se consideran servicios razonables o necesarios de fisioterapia o terapia ocupacional, aunque los realice o supervise un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional.
- Debe existir la expectativa de que la afección de la persona cubierta mejore materialmente en un período razonable (y generalmente predecible) en función de la evaluación del médico del potencial de restablecimiento de la persona cubierta y su afección médica única, o los servicios deben ser necesarios para establecer un programa de mantenimiento seguro y eficaz requerido en relación con una enfermedad específica, o las habilidades de un terapeuta deben ser necesarias para llevar a cabo un programa de mantenimiento seguro y eficaz. Si los servicios se prestan para el establecimiento de un programa de mantenimiento, pueden incluir el diseño del programa, la instrucción de la persona cubierta, la familia o los asistentes de atención médica a domicilio, y las reevaluaciones poco frecuentes necesarias de la persona cubierta y el programa en la medida en que se requieran los conocimientos especializados y el juicio de un fisioterapeuta o terapeuta ocupacional.
- La cantidad, la frecuencia y la duración de los servicios deben ser razonables.

En el caso de los servicios fuera de la red, la cobertura se limita a 30 días de servicio para pacientes ambulatorios por año calendario. Es posible que se requiera certificación previa para los servicios dentro de la red o fuera de ella.

- **Servicios de rehabilitación y fisioterapia a corto plazo de pacientes internados.** Están cubiertos cuando sean razonables y necesarios para corregir una afección que sea consecuencia de una enfermedad, lesión o deformidad física congénita que inhiba el funcionamiento normal. Se requiere certificación previa. En el caso de los servicios fuera de la red, la cobertura de pacientes internados se limita a 60 días por año calendario.
- Radioterapia.
- **Terapia del habla.** Cuando la indique un médico (Doctor en Medicina) y la proporcione un patólogo del habla certificado para el tratamiento derivado de autismo, accidente cerebrovascular, extirpación de tumor, lesión o anomalías congénitas de la orofaringe. La cobertura de los servicios prestados por un proveedor dentro de la red no está sujeta a límites de beneficios.
- **Terapia del habla ampliada.** Cuando la indique un médico (Doctor en Medicina) y la proporcione un patólogo del habla certificado para el tratamiento derivado de otras causas que las especificadas es un servicio cubierto y está sujeto a un límite de beneficios de 30 visitas por persona cubierta por año calendario dentro de la red o fuera de ella.

Los cuidados PALIATIVOS están disponibles para personas cubiertas con un pronóstico de seis meses de vida o menos. Se requiere certificación previa para los cuidados paliativos de pacientes internados. La cobertura consiste en cuidados paliativos en lugar de tratamiento curativo. Los cuidados paliativos se cubrirán solo cuando se proporcionen como parte de un programa de cuidados paliativos autorizado por el estado en el que se proporcionen dichos servicios. Estos programas autorizados pueden incluir cuidados paliativos prestados por un hospital (pacientes internados o ambulatorios), una agencia de atención médica a domicilio, un centro de enfermería especializada o un centro de cuidados paliativos autorizado.

El copago corresponderá al lugar del tratamiento. Si una persona cubierta recibe cuidados en una unidad de cuidados paliativos de un hospital o de un centro de enfermería especializada, el copago se aplica a las internaciones hospitalarias. Si los cuidados se reciben en el domicilio, existe un copago por atención médica a domicilio.

Cuidados paliativos en el hogar

Los servicios cubiertos incluyen los cuidados paliativos brindados por una agencia de atención médica a domicilio y los siguientes:

- asesoramiento psicológico y nutricional
- servicios de consultas o gestión de casos por parte de un médico
- suministros médicos y medicamentos recetados por un médico
- cuidados de enfermería a tiempo parcial a cargo de un enfermero certificado o auxiliar de enfermería certificado, y servicios de un asistente de atención médica a domicilio para el cuidado del paciente hasta ocho horas al día
- servicios médicos o sociales para el paciente y sus familiares cubiertos, hasta el máximo indicado en el *Programa de beneficios médicos*

Cuando esté certificado como parte del programa de cuidados paliativos, el Plan de Beneficios Médicos cubrirá los cuidados de apoyo y la orientación a los familiares de la persona cubierta con el fin de ayudarles a hacer frente a los problemas emocionales y sociales relacionados con la muerte inminente de la persona cubierta. El beneficio máximo para este servicio no puede superar los \$420 por año calendario.

Servicios de atención médica a domicilio cubiertos

La atención médica a domicilio se cubrirá cuando se reciba, al menos, uno de los siguientes:

- cuidados de enfermería especializada prestados por un enfermero certificado (RN) o un auxiliar de enfermería certificado (LPN) bajo la supervisión de un RN cuando no se dispone de los servicios de un RN
- servicios especializados, progresivos y de rehabilitación de un fisioterapeuta certificado
- terapia ocupacional, del habla y respiratoria
- suministros médicos y quirúrgicos, y equipo médico duradero recetado

- oxígeno y su administración
- servicios de un asistente de atención médica a domicilio que consistan en la atención al paciente de carácter médico o terapéutico
- servicios de laboratorio
- servicios alimentarios y nutricionales
- transporte hacia y desde un hospital para recibir tratamiento, una nueva internación o el alta por los medios más seguros y rentables disponibles

Un período de beneficio para la atención médica a domicilio comienza:

- tras una internación, a partir de los siete días siguientes al alta hospitalaria;
- en lugar de una internación, una vez recibida la certificación previa; o
- para una enfermedad terminal, luego del diagnóstico médico.

Por lo que respecta a los servicios posteriores al alta, la persona cubierta debe estar confinada en su domicilio y los servicios de atención médica a domicilio deben prestarse para tratar la misma enfermedad o lesión por la que la persona cubierta fue hospitalizada.

Cada período de cuatro horas de servicios cubiertos prestados por un asistente de atención médica a domicilio se cobrará como una visita. Este beneficio se limita a 200 visitas por año calendario.

Servicios cubiertos de trasplante de órganos humanos

Este Plan de Beneficios Médicos proporcionará beneficios para servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos únicamente con certificación previa de Quantum Health. El hospital debe estar designado como el Centro de Distinción de Anthem Blue para trasplantes o Anthem Centro de Excelencia Médica para realizar los servicios cubiertos. Cabe señalar que no todos los hospitales designados realizan cada uno de los servicios cubiertos.

Si el Centro de Excelencia Médica o el Centro Blue Distinction designado no puede realizar un trasplante médicamente necesario, el Plan cubrirá los servicios médicamente necesarios proporcionados en un centro dentro de la red con certificación previa de Quantum Health y de acuerdo con el programa de beneficios aplicable.

Los siguientes servicios están cubiertos con certificación previa de Quantum Health:

- alojamiento y comida
- servicios y suministros proporcionados por el hospital
- cuidados brindados en una unidad de cuidados especiales que cuenta con todas las instalaciones, equipos y servicios de apoyo necesarios para proporcionar un nivel intensivo de cuidados a pacientes en estado crítico
- uso de quirófano y sala de tratamiento
- servicios de diagnóstico

- servicios de fisioterapia rehabilitadora y restauradora
- suministros hospitalarios
- medicamentos con receta
- sangre completa, administración de sangre y procesamiento de la sangre
- anestesia, suministros y servicios de anestesia
- vendas y suministros médicos y quirúrgicos

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

- cirugía, incluidos los servicios de diagnóstico relacionados con una intervención quirúrgica (no se pagarán por separado los servicios preoperatorios y posoperatorios ni más de una intervención quirúrgica realizada durante una sesión quirúrgica)
- servicios de un médico que asista activamente al cirujano que opera
- administración de la anestesia solicitada por el médico tratante y suministrada por un médico o proveedor que no sea el cirujano o asistente en la cirugía

Están cubiertos los siguientes servicios médicos relacionados con trasplantes de tejidos y órganos humanos con certificación previa:

- visitas de atención médica para pacientes internados
- cuidados médicos intensivos prestados a una persona cubierta cuyo estado requiere la asistencia constante de un médico y tratamiento durante un período prolongado
- atención médica prestada al mismo tiempo que la intervención quirúrgica durante la hospitalización por un médico distinto del cirujano para el tratamiento de una afección médica y distinta de la afección por la que se realizó la intervención quirúrgica
- atención médica prestada por dos o más médicos durante la misma hospitalización cuando la naturaleza o gravedad de la afección de la persona cubierta requiere las especializaciones de médicos distintos
- servicios de consulta prestados por otro médico a petición del médico tratante, distintos de las consultas del personal, que son necesarios según las normas y reglamentos del hospital
- visitas a domicilio, en el consultorio y otras visitas médicas ambulatorias para el examen y tratamiento de la persona cubierta
- servicios de diagnóstico que incluyen una remisión para evaluación

Se cubren los siguientes servicios de terapia rehabilitadora y restauradora:

- servicios prestados en un centro de enfermería especializada, con certificación previa de Quantum Health, que no sean de compañía, ni para la comodidad de la persona cubierta o del médico, y solo hasta que la persona cubierta haya alcanzado el máximo nivel de recuperación posible para la condición dada y ya no necesite cuidados de enfermería especializada ni tratamiento definitivo distinto de los cuidados de apoyo de rutina;

- servicios cubiertos de asistencia médica a domicilio a una persona cubierta confinada en su domicilio cuando los indica el médico que atiende a la persona cubierta en lugar de la hospitalización y se disponen antes del alta hospitalaria;
- inmunosupresores médicamente necesarios recetados con trasplantes de órganos y tejidos humanos cubiertos, y que, según la legislación federal, solo pueden dispensarse con receta médica y que están aprobados para uso general por la Administración de Alimentos y Medicamentos;
- los beneficios de transporte y alojamiento para el receptor del trasplante y su(s) acompañante(s) se limitan a un máximo de \$10,000 por trasplante, salvo que se disponga de otro modo en *Exclusiones y limitaciones*;
- gastos de transporte de ida y vuelta al lugar de la intervención quirúrgica para los servicios cubiertos para un receptor de trasplante y otra persona que viaje con el paciente, o si el receptor del trasplante es un hijo menor de edad, los gastos de transporte para otras dos personas que viajen con el paciente, según se indica a continuación:
 - se pagará el alojamiento, que no excederá los \$150 en total por día (\$200 en total si viajan dos personas con un hijo menor de edad), de la persona que viaje con el paciente; y
 - alojamiento para la persona cubierta mientras recibe atención ambulatoria posoperatoria médicamente necesaria en el hospital.

Beneficios para los siguientes servicios cuando se brindan con trasplantes de tejidos y órganos humanos cubiertos:

- transporte del equipo de extracción quirúrgica y del órgano o tejido del DONANTE
- evaluación y extracción quirúrgica del órgano o tejido del donante y los suministros relacionados

Si se realiza un trasplante de órganos o tejidos humanos de un donante a un receptor de trasplante, se aplica lo siguiente:

- Cuando tanto el receptor como el donante son personas cubiertas, cada uno tiene derecho a los servicios cubiertos.
- Cuando solo el receptor es una persona cubierta, tanto el donante como el receptor tienen derecho a los servicios cubiertos:
 - Los beneficios para el donante se limitan únicamente a los que no se proporcionan o no están disponibles para el donante de ninguna otra fuente. Esto incluye, entre otros, otras coberturas de seguros, subvenciones, fundaciones, programas gubernamentales, etc.
 - Los beneficios proporcionados al donante se cobrarán al Plan de Beneficios Médicos de la persona cubierta.
- Cuando el receptor no tiene seguro y el donante es una persona cubierta, este Plan de Beneficios Médicos solo proporcionará los beneficios relacionados con la obtención del órgano hasta los máximos del Plan de Beneficios Médicos.

No se brindará ningún beneficio por la obtención de un órgano o tejido de órgano de un donante que no se utilice en un procedimiento de trasplante cubierto, a menos que el trasplante se cancele debido al estado de salud de la persona cubierta o a su fallecimiento, y el órgano no pueda

trasplantarse a otra persona. No se brindará ningún beneficio por la obtención de un órgano o tejido de órgano de un donante que haya sido vendido en lugar de donado. Estos servicios cubiertos para la obtención de un órgano de un donante, incluidos los gastos hospitalarios, quirúrgicos, médicos, de conservación y transporte, estarán sujetos a un máximo de \$15,000 por trasplante.

Este Plan de Beneficios Médicos brindará beneficios para los servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos solo con la certificación previa de Quantum Health. Para realizar los servicios cubiertos, Quantum Health debe designar y aprobar el hospital. Además, la persona cubierta debe seguir las disposiciones de este Plan de Beneficios Médicos.

Cabe señalar que no todos los hospitales designados prestan cada uno de los servicios cubiertos.

Solo los trasplantes de órganos y tejidos, y los procedimientos relacionados descritos son servicios cubiertos de conformidad con este Plan de Beneficios Médicos. Como se detalla en el *Programa de beneficios médicos*, los beneficios por los servicios cubiertos son ilimitados.

Otros servicios y suministros médicos cubiertos

- Sangre y plasma sanguíneo, que los donantes de sangre o un banco de sangre no reponen ni repondrán.
- Derivados sanguíneos cuando se adquieren a través de un proveedor de derivados sanguíneos.
- Análisis de plomo en sangre y evaluaciones de riesgo con indicación clínica.
- Terapia con antibióticos orales e intravenosos para el tratamiento de la enfermedad de Lyme. Se cubren hasta 30 días de terapia antibiótica intravenosa o 60 días de terapia antibiótica oral, o ambas. Se cubren tratamientos adicionales si los recomienda un reumatólogo, un especialista en enfermedades infecciosas o un neurólogo certificados por el consejo médico.
- Procedimientos de manejo del dolor médicamente necesarios cuando los solicita un especialista en manejo del dolor.
- **Servicios de genoterapia.** El Plan incluye beneficios para servicios de genoterapia, incluido el tratamiento con linfocitos T-CAR, cuando Anthem BCBS aprueba los beneficios por adelantado mediante la certificación previa. Consulte el apartado *Programa y normas de cobertura médica* para obtener información detallada sobre el proceso de certificación previa. Para ser elegible para la cobertura, los servicios deben ser médicamente necesarios y los debe realizar un proveedor aprobado en un centro de tratamiento aprobado. Incluso si un proveedor es un proveedor dentro de la red para otros servicios, es posible que no sea un proveedor aprobado para ciertos servicios de genoterapia. Los afiliados deben comunicarse con Anthem BCBS para determinar los requisitos de certificación previa, los proveedores aprobados y los centros de tratamiento.

Servicios no elegibles para cobertura:

- servicios determinados como experimentales o de investigación
- servicios prestados por un proveedor no aprobado o en un establecimiento no aprobado
- servicios no aprobados con anterioridad a través de la certificación previa

- **COSTOS DE ATENCIÓN DE RUTINA DE PACIENTES** relacionados con un ENSAYO CLÍNICO aprobado. Un ensayo clínico aprobado debe realizarse bajo los auspicios de un protocolo independiente revisado por pares que haya sido revisado y aprobado por:
 - uno de los Institutos Nacionales de Salud;
 - un grupo cooperativo afiliado al Instituto Nacional del Cáncer;
 - la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos como parte de una exención para un nuevo medicamento o dispositivo en investigación;
 - el Departamento de Defensa Federal o de Asuntos de Veteranos;
 - los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades;
 - la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención médica;
 - los Centros de servicios de Medicare y Medicaid;
 - el [1] grupo cooperativo o el centro de cualquiera de las entidades descritas en las cláusulas (i) a (iv), o el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos;
 - una entidad de investigación no gubernamental especializada identificada en las directrices publicadas por los Institutos Nacionales de Salud para las subvenciones de apoyo a centros;
 - el Departamento de Defensa; o
 - el Departamento de Energía.

La cobertura de los gastos de hospitalización por atención de rutina del paciente en relación con ensayos clínicos aprobados incluirá el tratamiento en un centro fuera de la red si dicho tratamiento no está disponible dentro de la red y no es reembolsable por los patrocinadores de dicho ensayo clínico. La hospitalización fuera de la red no supondrá un costo mayor para la persona cubierta al que supondría si dicho tratamiento estuviera disponible dentro de la red; se aplicarán todos los costos compartidos aplicables dentro de la red.

- **Enfermería privada.** Se cubren los cuidados de enfermería especializados complejos, intermitentes y temporales, médicamente necesarios, prestados por horas en el domicilio por un enfermero certificado (RN) o un auxiliar de enfermería certificado (LPN) y realizados bajo la dirección de un médico. Los cuidados de enfermería privada incluyen evaluación, supervisión, cuidados de enfermería especializada y capacitación de cuidadores y familiares para ayudar en la transición de los cuidados de un entorno más agudo al hogar. Este beneficio está sujeto a la certificación previa.
- **Equipo médico duradero.** El equipo médico duradero (DME):
 - está diseñado y destinado para uso repetido;
 - se utiliza principal y habitualmente con fines médicos;
 - por lo general, no es útil para una persona en ausencia de enfermedad o lesión; y
 - es adecuado para su uso en el hogar.

La cobertura se aplica solo para el equipo estándar. El Plan de Beneficios Médicos no cubre la personalización de ningún artículo de DME o dispositivo ortopédico (incluida una ortesis utilizada con un aparato ortopédico) a menos que el Plan de Beneficios Médicos permita

específicamente la cobertura en determinados casos. El mantenimiento y las reparaciones que se deriven de un uso indebido por parte de la persona cubierta son responsabilidad de dicha persona. La decisión de alquilar o comprar dichos equipos se tomará exclusivamente a discreción de Quantum Health. Este beneficio está sujeto a certificación previa cuando el costo del equipo supere los \$1,500 o se solicite el alquiler de un equipo médico duradero.

Las sustituciones están cubiertas cuando el crecimiento o un cambio en la condición médica de la persona cubierta hacen que la sustitución sea médicamente necesaria. De lo contrario, el Plan de Beneficios Médicos no cubre el costo de las reparaciones o sustituciones (p. ej., el Plan de Beneficios Médicos no cubre las reparaciones o sustituciones que resulten de un mal uso o abuso por parte de la persona cubierta).

- **Aparatos y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS.** Ya sea implantado quirúrgicamente o llevado como suplemento anatómico, cuando se indique sujeto a lo siguiente:
 - Las reparaciones, las sustituciones, las adaptaciones y los ajustes están cubiertos cuando sean necesarios debido al desgaste normal, o al crecimiento o los cambios corporales.
 - El Plan de Beneficios Médicos cubre los implantes de pene cuando son médicamente necesarios para quienes padecen disfunción eréctil derivada de una enfermedad o lesión traumática, o quienes se sometieron a una prostatectomía radical.
 - » La extracción de un implante de pene estará cubierta cuando sea médicamente necesaria debido a infección, dolor intratable, falla mecánica u obstrucción urinaria.
 - Los aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda o cuello, o las piernas, los brazos o los ojos artificiales, o cualquier prótesis con soportes, están cubiertos, incluida la sustitución, si cambia el estado físico de la persona cubierta.
 - El Plan de Beneficios Médicos cubre los dispositivos ortopédicos (y algunos aparatos ortésicos que se utilizan con los dispositivos ortopédicos) que se llevan externamente. El dispositivo ortopédico debe asistir de forma temporal o permanente a la totalidad o una parte de una función de una parte externa del cuerpo que se haya perdido o dañado a causa de una lesión, una enfermedad o un defecto.
 - En los casos de un tumor de la cavidad bucal, prótesis no dentales, incluidas las prótesis maxilofaciales utilizadas para sustituir estructuras anatómicas extirpadas durante el tratamiento de tumores de cabeza o cuello, y aparatos adicionales esenciales para el soporte de dichas prótesis.
 - Se cubrirán las prótesis mamarias internas implantadas quirúrgicamente para mejorar o restablecer la función de una mama que haya sido extirpada o dañada debido a una lesión o enfermedad. El Plan de Beneficios Médicos no cubre la implantación quirúrgica de prótesis mamarias por motivos estéticos, excepto tras una mastectomía.
 - » Se cubrirá la extracción de una prótesis mamaria interna cuando sea médicamente necesaria debido a una infección recurrente, una contractura suprayacente, o la rotura o fuga de implantes de silicona, o cuando la extracción del implante sea necesaria para restablecer la simetría tras una mastectomía profiláctica/terapéutica o existan antecedentes personales de cáncer de mama y antecedentes familiares de neoplasia maligna de mama.
 - » La extracción de una prótesis mamaria interna no está cubierta en caso de síntomas sistémicos inespecíficos en pacientes con implantes de silicona.

- **Cobertura de audífonos.** Se limita a un beneficio máximo de un juego de audífonos cada 36 meses. Es posible que se requiera certificación previa para ciertos dispositivos osteointegrados.
- **Ortopedia para pies.** Plantillas médicamente necesarias recetadas por un médico para las siguientes afecciones:
 - diabetes con manifestaciones neurológicas
 - diabetes con trastornos circulatorios periféricos
 - lesión del nervio plantar
 - úlcera de miembro inferior excepto úlcera por presión
 - tendinitis del tendón tibial
 - espolón calcáneo
 - otros trastornos de bursitis
 - fibromatosis plantar
- **Servicios relacionados con la ostomía.** Bolsas de colostomía, catéteres y suministros necesarios para su uso, y cualquier otro aparato médicamente necesario relacionado con la ostomía, incluidos, entre otros, dispositivos de recolección, equipos y suministros de irrigación, y barreras y protectores cutáneos.

- **LECHE ESPECIALIZADA.** La cobertura incluye los PREPARADOS MODIFICADOS CON AMINOÁCIDOS y los PRODUCTOS ALIMENTICIOS MODIFICADOS DE BAJO CONTENIDO DE PROTEÍNAS para el tratamiento de una enfermedad metabólica hereditaria para personas cubiertas que están o vayan a estar desnutridas o sufran trastornos que, si no se tratan, causarán discapacidad crónica, retraso mental o la muerte. Estos productos deben estar recetados y administrados según las instrucciones de un médico.

La enfermedad metabólica hereditaria incluye una enfermedad para la que se requiere examen de detección neonatal y la fibrosis quística.

- **LECHE ESPECIALIZADA PARA LACTANTES médicamente necesaria.** Para niños de hasta 12 años. Se cubren las leches exentas de los requisitos generales de etiquetado nutricional (en virtud de las directrices legales y reglamentarias de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos) y destinadas a ser utilizadas exclusivamente bajo supervisión médica en el tratamiento alimentario de enfermedades específicas. Estas leches estarán cubiertas cuando sean médicamente necesarias para el tratamiento de una enfermedad o afección y se administren según las instrucciones de un médico. Se requiere una receta del médico de atención primaria o pediatra del paciente.
- **Pelucas.** Si lo indica un oncólogo autorizado a un paciente que sufre pérdida de cabello como consecuencia de la quimioterapia para el tratamiento de la leucemia y la quimioterapia ambulatoria tras procedimientos quirúrgicos relacionados con el tratamiento de tumores. La cobertura está sujeta a un límite de una peluca por persona cubierta por año calendario.

Cobertura internacional

Si viaja al exterior y necesita atención médica, puede llamar al Centro de servicios de Blue Cross Blue Shield Global Core® en cualquier momento. Está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. La línea gratuita es 800-810-2583. También puede llamar por cobro revertido al 804-673-1177.

Cómo se pagan las reclamaciones con Blue Cross Blue Shield Global Core®

En la mayoría de los casos, cuando gestiona la asistencia hospitalaria con Blue Cross Blue Shield Global Core®, se presentan las solicitudes de reembolso por usted. Los únicos montos que podría tener que pagar por adelantado son los copagos, coseguros o deducibles aplicables.

Normalmente, tendrá que pagar por adelantado los siguientes servicios:

- servicios de médicos
- atención hospitalaria no gestionada a través de Blue Cross Blue Shield Global Core®
- servicios ambulatorios

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

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

- Llame al Centro de servicios de Blue Cross Blue Shield Global Core® a los números indicados anteriormente.
- En línea, en bcbsglobalcore.com.

En el formulario, encontrará la dirección para enviar la reclamación por correo postal.

Programa de beneficios médicos

	Dentro de la red ¹	Fuera de la red
Deducible anticipado <i>Eximido para afiliados que cumplen con el HEP</i>	\$350 por persona; máximo de \$1,400 por familia	No corresponde
Deducible fuera de la red	No corresponde	Individual: \$300 Dos personas: \$600 Familia: \$900
Costo compartido fuera de la red	No corresponde	20% de los gastos permitidos más 100% de los gastos facturados que superen los gastos permitidos (salvo que se indique lo contrario)
MÁXIMO A CUENTA DEL AFILIADO	\$2,000 individual; \$4,000 familiar	\$2,000 individual; \$4,000 familiar más deducible
Máximo de por vida	Ninguno	Ninguno
Persona responsable de obtener la certificación previa	Proveedor o médico participante	Persona cubierta
Sanción por no obtener la certificación previa	No corresponde	20% de los gastos permitidos o \$500, lo que sea menor
Servicios médicos		
Atención preventiva	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Médico de atención primaria Incluye procedimientos en el consultorio	Proveedor preferido: el plan cubre el 100% Proveedor no preferido: copago de \$15	Coseguro del 20%, después del deducible
Médico especialista Incluye procedimientos en el consultorio; especialidades elegibles de proveedores preferidos: Alergia, Cardiología, Otorrinolaringología, Endocrinología, Gastroenterología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Cirugía Ortopédica, Reumatología y Urología	Proveedor preferido en especialidades elegibles: el plan cubre el 100% Proveedor no preferido: copago de \$15	Coseguro del 20%, después del deducible
Examen de la vista y refracción Uno por año calendario	Proveedor preferido: el plan cubre el 100% Proveedor no preferido: copago de \$15	Coseguro del 50%, después del deducible
Examen de audición de rutina Uno por año calendario cuando se realiza como parte de un examen	Copago de \$15	Coseguro del 20%, después del deducible
Cirugía ambulatoria Realizada en hospital o centro de cirugía ambulatoria autorizado; incluye	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible

¹Cuando corresponde, el plan cubre el 100% para las personas cubiertas que cumplen con el HEP. Las personas no cubiertas en el HEP deben cumplir con el deducible dentro de la red para obtener servicios sin copago.

	Dentro de la red ¹	Fuera de la red
colonoscopia; se requiere certificación previa		
Servicios no quirúrgicos de un médico o cirujano Distinto a la visita al consultorio médico; puede incluir atención posterior al procedimiento o atención médica presencial	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Consultas ambulatorias de maternidad Primera visita únicamente	Proveedor preferido: el plan cubre el 100% Proveedor no preferido: copago de \$15	Coseguro del 20%, después del deducible
Servicios de fertilidad	Copago de \$15	Coseguro del 20%, después del deducible
Servicios de trastornos de identidad de género	Copago de \$15	Coseguro del 20%, después del deducible
Cirugía bariátrica	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Genoterapia Zolgensma Luxturna Tratamiento con linfocitos T-CAR	Se requiere certificación previa de Anthem BCBS. Sin cobertura si el servicio lo realiza un médico no aprobado o se realiza en un centro no aprobado	
Visita al consultorio o pruebas por alergias	Proveedor preferido: el plan cubre el 100% Proveedor no preferido: copago de \$15	Coseguro del 20%, después del deducible
Inyecciones para alergias	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Extirpación quirúrgica de implante mamario	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Servicios de atención de emergencia o urgencia		
Tratamiento en la sala de emergencia Exento ante una internación	Copago de \$250	Copago de \$250
Atención de urgencia o clínica ambulatoria	Copago de \$15	Coseguro del 20%, después del deducible
Ambulancia de emergencia	El plan cubre el 100%	El plan cubre el 100%
Servicios hospitalarios		
Internaciones hospitalarias Incluye parto; se requiere certificación previa para hospitalizaciones superiores a 48 horas (96 horas en el caso de una cesárea)	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Servicios auxiliares Se requiere certificación previa	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Hospital especializado Se requiere certificación previa	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible Límite: 60 días por persona cubierta por año calendario
Centro de enfermería especializada	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible

	Dentro de la red ¹	Fuera de la red
Se requiere certificación previa		Límite: 60 días por persona cubierta por año calendario
Cuidados paliativos para pacientes hospitalizados Se requiere certificación previa	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible Límite: 60 días por persona cubierta por año calendario
Otros servicios de atención médica		
Pruebas radiológicas y diagnósticas de alto costo Detecciones por RM, ARM, TAC, ATC, PET y SPECT; se requiere certificación previa	El plan cubre el 100% ^{1*}	Coseguro del 20%, después del deducible
Servicios de radiología, mamografía y ecografía mamaria	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Servicios de laboratorio	Dentro del área de servicio inmediata de la aseguradora Preferido: el plan cubre el 100% No preferido: coseguro del 20 %, después del deducible Fuera del área de servicio inmediata de la aseguradora El plan cubre el 100%	Dentro del área de servicio inmediata de la aseguradora Coseguro del 40%, después del deducible Fuera del área de servicio inmediata de la aseguradora Coseguro del 20%, después del deducible
Asesoramiento nutricional Límite: tres visitas por persona cubierta por año calendario	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Enfermería privada Se requiere certificación previa	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Atención médica a domicilio Límite: 200 visitas por año calendario	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Cuidados paliativos a domicilio	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible Límite: 200 visitas por año calendario
Acupuntura Límite: 20 visitas por año calendario	Copago de \$15	Coseguro del 20%, después del deducible
Terapia de infusión	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Otros servicios de terapia Radiación, quimioterapia, terapia electroconvulsiva, diálisis renal en el hospital o centro de diálisis independiente	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios		
Fisioterapia o terapia ocupacional Se requiere certificación previa	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible

	Dentro de la red ¹	Fuera de la red
		Límite: 30 visitas por año calendario
Terapia quiropráctica	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible Límite: 30 visitas por año calendario
Terapia del habla Se cubre el tratamiento derivado de autismo, accidente cerebrovascular, extirpación de tumor, lesión o anomalías congénitas de la orofaringe	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Terapia del habla para otras afecciones Límite: 30 visitas por año calendario	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Servicios para personas con autismo Terapia conductual, ambulatoria, de rehabilitación, fisioterapia y terapia ocupacional	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Terapia de rehabilitación cardíaca	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Dispositivos o suministros médicos		
Equipo médico duradero y dispositivos ortopédicos Es posible que se requiera certificación previa	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Oxígeno a domicilio, suministros y equipos para pacientes diabéticos, suministros para ostomía	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Audífonos Límite: un juego de audífonos cada 36 meses; es posible que se requiera certificación previa	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Leche especializada	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Implante peniano Para quienes padecen disfunción eréctil derivada de una enfermedad o lesión traumática, o quienes se sometieron a una prostatectomía radical	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Ortopedia para pies Es posible que se requiera certificación previa	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Peluca Para pacientes que sufren pérdida de cabello debido a la quimioterapia Límite: una peluca por año calendario	El plan cubre el 100%	El plan cubre el 100% ¹

	Dentro de la red ¹	Fuera de la red
Salud mental y abuso de sustancias		
Visitas ambulatorias para atención de la salud mental	Copago de \$15	Coseguro del 20%, después del deducible
Tratamiento para pacientes internados en un hospital o centro de tratamiento residencial de salud mental Se requiere certificación previa de Anthem BCBS	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Tratamiento ambulatorio del abuso de sustancias	Copago de \$15	Coseguro del 20%, después del deducible
Tratamiento del abuso de sustancias para pacientes internados En un hospital o centro de tratamiento del abuso de sustancias; se requiere certificación previa de Anthem BCBS	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible
Servicios de salud mental en régimen ambulatorio intensivo (IOP) Se requiere certificación previa de Anthem BCBS	Copago de \$15; copago de \$5 para personas jubiladas antes de 1999	Coseguro del 20%, después del deducible
HOSPITALIZACIÓN PARCIAL (menos de 12 horas) por salud mental o abuso de sustancias Se requiere certificación previa de Anthem BCBS	Copago de \$15; copago de \$5 para personas jubiladas antes de 1999	Coseguro del 20%, después del deducible
Estimulación magnética transcraneal Se requiere certificación previa de Anthem BCBS	El plan cubre el 100%	Coseguro del 20%, después del deducible

Programas y normas de cobertura médica

Salvo que lo exija la legislación aplicable, los beneficios y los derechos otorgados en virtud de este Plan de Beneficios Médicos no se cederán ni gravarán, directa o indirectamente, en ningún momento por contrato, por ministerio de la ley o de otro modo sin el consentimiento expreso por escrito del Administrador del plan.

Punto de servicio (POS)

El Plan Médico de Asociación ofrece un plan de Punto de servicio único que presta servicios de atención médica tanto dentro como fuera de una red definida de proveedores. No se necesitan remisiones para recibir atención de los proveedores dentro de la red. Es posible que los servicios de atención médica obtenidos fuera de la red requieran certificación previa y, por lo general, se reembolsan al 80% del costo permitido (tras el pago del deducible anticipado). La persona cubierta también pagará el 100% del monto que el proveedor fuera de la red facture por encima de la CANTIDAD MÁXIMA PERMITIDA. Los servicios fuera de la red también pueden estar sujetos a límites de servicio que no se aplican a los afiliados que reciben atención dentro de la red. En la mayoría de los casos, utilizar proveedores fuera de la red generará costos mayores.

Para obtener información sobre médicos y proveedores, póngase en contacto con Quantum Health al 833-740-3258 o visite carecompass.ct.gov.

Programa de Mejora de la Salud

El Programa de Mejora de la Salud ("HEP") es un programa de incentivos que recompensa a las personas cubiertas que se comprometen a asumir un papel activo en la gestión de su salud. Las personas cubiertas que se inscriban en el programa HEP tendrán derecho a primas más bajas, copagos reducidos por determinados servicios y medicamentos, y ningún deducible anticipado por los servicios dentro de la red. Todos los familiares inscritos en el programa HEP deben recibir atención preventiva y someterse a pruebas de detección adecuadas a su edad; es posible que quienes padezcan una o más afecciones crónicas (diabetes, asma y EPOC, insuficiencia cardíaca o cardiopatías, hiperlipidemia e hipertensión) deban participar en servicios de asesoramiento o el programa de gestión de afecciones.

La información sobre el HEP se encuentra en un documento separado. Quantum Health fue contratada para ayudar a supervisar el cumplimiento por parte de las personas cubiertas de los requisitos de su HEP y para prestar servicios de gestión de enfermedades y cuidados a las personas cubiertas con afecciones crónicas.

Programa de Centros de Servicio

Los servicios de laboratorio ambulatorios están sujetos a un Programa de Centros de Servicio. Esto afecta el monto que la persona cubierta debe pagar por usar centros no preferidos.

En CareCompass.CT.gov puede encontrar una lista de centros de laboratorios preferidos. El Programa de Centros de Servicio se aplica a los servicios prestados dentro del área de servicio inmediato de Anthem, que incluye Connecticut y los condados de Nueva York, Massachusetts y Rhode Island inmediatamente adyacentes al estado de Connecticut.

Por lo general, los centros no preferidos son los situados dentro de hospitales o servicios afiliados a hospitales que pueden imponer tarifas del centro además del costo de la atención. Las personas cubiertas que obtengan servicios de laboratorio en centros dentro de la red, no preferidos, tienen un coseguro del 20%, según el monto permitido por Anthem. Las personas cubiertas que obtengan servicios de laboratorio en centros fuera de la red están sujetas a un deducible y a un coseguro del 40%.

Existe un proceso de exención que permite a una persona cubierta sujeta a los requisitos del Programa de Centros de Servicio recibir servicios en un centro no preferido de la red sin que se le aplique un coseguro adicional cuando exista una razón médicamente necesaria para ello. Se puede encontrar una copia del formulario de exención en CareCompass en [CO-1331-Site-of-Service-Waiver_REV_06.2023.pdf \(ct.gov\)](#)

Proveedores Distinguidos

El estado de Connecticut contrató a los médicos, hospitales y grupos médicos de mayor calidad del estado para que realicen algunos de los procedimientos más comunes y los designó Proveedores Distinguidos. Se ofrecerán incentivos para recompensar a las personas cubiertas cuando elijan proveedores o entornos de alto valor y menor costo para los servicios designados. El Programa de Proveedores Distinguidos ofrece incentivos en efectivo a quienes elijan un PROVEEDOR PREFERIDO para uno de los servicios elegibles. (La lista de servicios por los que se ofrecerán recompensas está sujeta a cambios).

Además, el estado introdujo un Programa de Centros de Excelencia para determinadas afecciones y procedimientos. Al igual que en el Programa Proveedores Distinguidos, los afiliados que utilicen un centro o proveedor de excelencia para un servicio o procedimiento cubierto reunirán los requisitos para recibir un incentivo en efectivo.

Para recibir un incentivo, la persona cubierta debe cumplir con todos los requisitos del programa. Entre ellos se incluyen los siguientes:

- Obtener cualquier certificación previa necesaria para el servicio.
- Seleccionar un proveedor de alto valor y menor costo.
- Obtener el servicio cubierto de ese proveedor.

El pago del incentivo se efectuará cuando Quantum Health obtenga confirmación (a través de los datos de reclamaciones) de que la persona cubierta recibió el servicio. Póngase en contacto con Quantum Health al 833-740-3258 para obtener información completa.

Servicios de atención médica que requieren certificación previa

La certificación previa, también conocida como autorización previa, de determinados servicios es necesaria para poder determinar si un servicio propuesto es médicamente necesario y que el tratamiento proporcionado es del nivel de atención adecuado.

La certificación previa para la mayoría de los servicios puede obtenerse poniéndose en contacto con Quantum Health, el contratista de gestión de utilización (UM) del estado, en el número de teléfono que figura en el reverso de la tarjeta de identificación de la persona cubierta. La certificación previa para medicamentos especializados cubiertos por el Plan Médico, genoterapia y atención de salud conductual la seguirá proporcionando Anthem BCBS y puede obtenerse llamando al número de Anthem BCBS que figura en la tarjeta de identificación de la persona cubierta. Si la atención se recibe dentro de la red, es responsabilidad del proveedor obtener la certificación previa. Si la atención se recibe fuera de la red, es responsabilidad de la persona cubierta obtener la certificación previa de Quantum Health (o Anthem BCBS, según corresponda) antes de recibir los servicios. La persona cubierta y el proveedor recibirán una notificación por escrito sobre la aprobación o denegación de una solicitud de certificación previa.

La emisión de la certificación previa por parte de Quantum Health o Anthem BCBS, según corresponda, indica que se determinó que los servicios son médicamente necesarios y se pagarán dichos servicios aprobados, si están cubiertos de otro modo por el Plan de Beneficios Médicos, se cumplen los requisitos de coseguro/copago/deducible y el paciente está cubierto en la fecha en que recibe la atención. La certificación previa indicará el plazo en el que debe prestarse el servicio. Cualquier servicio que no se realice en el plazo especificado deberá ser autorizado nuevamente.

Los tratamientos o servicios no necesarios desde el punto de vista médico para los que no se haya obtenido la certificación previa requerida estarán sujetos a revisión y no serán elegibles para cobertura si se determina que no han sido necesarios desde el punto de vista médico. También pueden aplicarse sanciones por obtener servicios para los que se requiere certificación previa de un proveedor fuera de la red.

Servicios médicos que requieren certificación previa por parte de Quantum	
Ambulancia aérea (si no es una urgencia)	Cirugía maxilofacial
Cirugía bariátrica	Trasplante de órgano
Quimioterapia (paciente internado)	Terapia ocupacional ambulatoria
Cirugía de reasignación de género	Fisioterapia ambulatoria
Audífonos (osteointegrados)	Cirugía ambulatoria
Cuidado no urgente para pacientes hospitalizados	Enfermería privada
Cuidados paliativos para pacientes hospitalizados	Internación en centro de enfermería especializada
Dispositivos ortopédicos internos y externos	Tratamiento residencial del abuso de sustancias

Servicios médicos que requieren certificación previa por parte de Anthem

Genoterapia	Medicamentos especializados y otros medicamentos administrados a través de los planes de salud
Salud mental de pacientes internados y salud mental en régimen ambulatorio intensivo (IOP)	Hospitalización parcial (menos de 12 horas) por salud mental o abuso de sustancias
Tratamiento del abuso de sustancias para pacientes internados	Tratamiento residencial del abuso de sustancias
Estimulación magnética transcraneal	Servicios a domicilio

Obtención de la certificación previa y tipos de revisión

- **Revisión previa al servicio:** revisión de un servicio, tratamiento o internación para la determinación de la cobertura de beneficios que se realiza antes de que comience el servicio o tratamiento, o antes de la fecha de internación.
- **Certificación previa:** revisión previa al servicio necesaria para determinar la cobertura de beneficios de un servicio o tratamiento. Determinados servicios requieren certificación previa para que pueda obtener los beneficios. La revisión de cobertura de beneficios incluirá una revisión para decidir si el servicio cumple con la definición de necesidad médica, o es experimental o de investigación, tal como se definen estos términos en este folleto.

En el caso de las internaciones tras una atención de emergencia, usted, su representante autorizado o su médico deben comunicárnoslo en un plazo de 48 horas posteriores a la internación o lo antes posible dentro de un plazo razonable. En el caso de las internaciones por parto, la certificación previa no es necesaria a menos que haya un problema o que la madre y el bebé no sean enviados a casa al mismo tiempo. No se requiere autorización previa para las primeras 48 horas de parto vaginal o 96 horas de cesárea. Las internaciones que superan las 48 o 96 horas requieren certificación previa.

- **Revisión de continuación de la internación o revisión concurrente:** revisión de utilización de un servicio, tratamiento o internación para la determinación de la cobertura de beneficios que debe realizarse durante la internación en curso en un establecimiento o durante el tratamiento.

Tanto las revisiones previas a la prestación de servicios como las revisiones de continuación de la internación o concurrentes pueden considerarse urgentes cuando, según la opinión del proveedor tratante o de cualquier médico con conocimiento de su afección médica, sin dicha atención o tratamiento su vida o salud, o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones podrían verse gravemente amenazadas o podría padecer un dolor intenso que no puede controlarse adecuadamente sin dicha atención o tratamiento. Las revisiones urgentes se realizan en un plazo más breve que las normales.

- **Revisión posterior al servicio:** revisión de un servicio, tratamiento o internación para una cobertura de beneficios que se realiza después de que se prestó el servicio. Las revisiones posteriores al servicio se realizan cuando un servicio, tratamiento o internación no necesitó una certificación previa o cuando no se obtuvo la certificación previa necesaria. Las revisiones posteriores al servicio se realizan para un servicio, tratamiento o internación en el que tenemos una directriz de cobertura clínica relacionada y normalmente las iniciamos nosotros.

Los proveedores participantes de la red de Anthem saben qué servicios requieren certificación previa y la obtendrán cuando sea necesario. Los proveedores participantes disponen de información detallada sobre los procedimientos de las directrices de atención administrada de Anthem y son responsables de garantizar el cumplimiento de dichos requisitos.

Las personas cubiertas que utilicen un proveedor fuera de la red deben aconsejar a dicho proveedor que se ponga en contacto con Quantum Health o Anthem BCBS, según corresponda, para obtener información sobre cómo obtener la certificación previa. Se impondrá una sanción del 20% del costo del servicio o \$500, el importe que sea inferior, por no obtener la certificación previa para un servicio fuera de la red cuando esta sea necesaria.

Nota: La persona cubierta será financieramente responsable del costo de obtener servicios o atención en entornos que no estén cubiertos por el Plan de Beneficios Médicos si Quantum Health o Anthem BCBS toman una determinación adversa de que dichos servicios no son médicamente necesarios o son EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN.

Internaciones por emergencias médicas

Este Plan de Beneficios Médicos brinda beneficios para internaciones por emergencias médicas. Es responsabilidad del proveedor dentro de la red notificar a Quantum Health en un plazo de 48 horas sobre una internación hospitalaria por una emergencia médica. Si la persona cubierta recibe servicios de un proveedor fuera de la red, deberá notificarlo a Quantum Health en un plazo de 48 horas a partir de una internación hospitalaria por una emergencia médica.

Tras recibir la debida notificación de la internación por emergencia médica, Quantum Health debe AUTORIZAR y gestionar la atención continuada en régimen hospitalario o ambulatorio relacionada con la emergencia médica para que dicha atención esté cubierta por este Plan de Beneficios Médicos.

Si la persona cubierta tiene una internación hospitalaria por una emergencia médica y no se notifica a Quantum Health en el plazo de dos días hábiles, solo se proporcionarán beneficios por los servicios cubiertos si se confirma que la afección de la persona cubierta en el momento del diagnóstico, atención o tratamiento era una emergencia médica.

Luego del cese de la emergencia médica, cualquier diagnóstico, atención o tratamiento de seguimiento realizado debe ser proporcionado por un proveedor dentro de la red para que los beneficios se consideren dentro de la red. Los diagnósticos, cuidados o tratamientos de seguimiento proporcionados por un proveedor fuera de la red estarán sujetos a los costos compartidos especificados en el *Programa de beneficios médicos*.

Certificación previa para internaciones hospitalarias

Se requiere certificación previa para las internaciones hospitalarias, las internaciones en CENTROS DE HOSPITALIZACIÓN o la internación para una hospitalización parcial o PROGRAMA DIURNO/NOCTURNO.

Cuando se programa la internación de una persona cubierta en un hospital, centro de enfermería especializada o centro de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados dentro de la red, el

proveedor de la red es responsable de obtener la certificación previa de Quantum Health, a menos que la internación se deba a una emergencia médica.

Cuando se programa la internación de una persona cubierta en un hospital, centro de enfermería especializada o centro de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados fuera de la red, la persona cubierta o su representante es responsable de obtener la certificación previa de Quantum Health, a menos que la internación se deba a una emergencia médica. La provisión de beneficios para servicios para pacientes hospitalizados (distintos de los relacionados con el abuso de sustancias o la salud mental) estará sujeta a la revisión concurrente realizada por Quantum Health, que determinará si:

- los días adicionales de hospitalización se autorizarán previamente;
- habrá un cambio en los servicios, suministros, tratamiento o entorno; o
- no se autorizarán días adicionales de hospitalización a partir de una fecha específica.

No se proporcionarán beneficios por servicios para pacientes hospitalizados que sean facturados por un hospital o el médico que indica la internación después de la fecha específica indicada en el aviso de autorización de Quantum Health.

Aviso por internación tras cirugía ambulatoria

Si una persona cubierta es internada como paciente hospitalizado como consecuencia de una cirugía ambulatoria, deberá notificarlo a Quantum Health en un plazo de dos días hábiles posteriores a la internación, de acuerdo con lo establecido en este Documento del plan.

Certificación previa para medicamentos especializados y genoterapia

Es necesaria una certificación previa para medicamentos especializados y genoterapia que estén cubiertos por el Plan de Beneficios Médicos. Cuando una persona cubierta necesita dichos medicamentos, se requerirá la certificación previa de Anthem BCBS. El proveedor del paciente es responsable de obtener la certificación previa. En el caso de la genoterapia, dichos tratamientos solo lo pueden administrar proveedores aprobados. Incluso si un proveedor es un proveedor dentro de la red para otros servicios, es posible que no sea un proveedor aprobado para ciertos servicios de genoterapia. El afiliado debe llamar a Anthem BCBS para determinar los requisitos de certificación previa y para identificar a los proveedores y centros de tratamiento aprobados.

Certificación previa de servicios de salud mental

Cuando una persona cubierta solicita servicios hospitalarios, residenciales o ambulatorios intensivos relacionados con el abuso de sustancias o la salud mental, la persona cubierta o su representante es responsable de obtener la certificación previa de Anthem BCBS. Puede ponerse en contacto con Anthem BCBS llamando al 888-605-0580.

La provisión de beneficios para servicios hospitalarios, residenciales o ambulatorios intensivos estará sujeta a la revisión concurrente realizada por Anthem BCBS, que determinará si:

- los días adicionales de hospitalización se autorizarán previamente;
- habrá un cambio en los servicios, suministros, tratamiento o entorno; o
- no se autorizarán días adicionales de hospitalización a partir de una fecha específica.

No se proporcionarán beneficios por servicios hospitalarios que sean facturados por un hospital o el médico que indica la internación después de la fecha específica indicada en el aviso de autorización de Anthem BCBS.

Exclusiones y limitaciones

Política médica

La política médica de Anthem establece las normas de práctica y las intervenciones médicas que se han identificado como reflejo de la práctica médica adecuada. El propósito de la política médica de Anthem es ayudar en la determinación de la necesidad médica por parte de Quantum Health y Anthem BCBS. La tecnología médica cambia constantemente y Anthem BCBS tiene derecho a revisar y actualizar su política médica periódicamente.

Los beneficios, las exclusiones y las limitaciones del Documento del plan prevalecen sobre la política médica de Anthem.

Exclusiones y limitaciones

Salvo que lo exija la legislación aplicable, los beneficios y los derechos otorgados en virtud de este Plan de Beneficios Médicos no se cederán ni gravarán, directa o indirectamente, en ningún momento por contrato, por ministerio de la ley o de otro modo sin el consentimiento expreso por escrito del administrador.

Además de las otras limitaciones, condiciones y exclusiones establecidas en otros apartados de este Documento del plan, no se proporcionarán beneficios por gastos relacionados con los servicios, los suministros, las condiciones o las situaciones que se describen en este apartado. Sin perjuicio de lo anterior y para evitar cualquier duda, el Plan de Beneficios Médicos:

- proporciona cobertura para los costos de la atención de rutina de pacientes para personas que participen en ensayos clínicos aprobados, de conformidad con el artículo 300gg-8 del Título 42 del Código de Estados Unidos (USC); y
- proporciona cobertura para la atención de afirmación de género médicamente necesaria según lo establecido en las directrices médicas de Anthem.

Si un servicio no está cubierto, entonces todos los servicios realizados junto con ese servicio no están cubiertos. Con la excepción de la certificación previa para medicamentos especializados y genoterapia cubiertos por el Plan de Beneficios Médicos y la hospitalización o atención residencial para IOP para el tratamiento del abuso de sustancias o de salud mental para los cuales Anthem BCBS debe determinar la necesidad médica, Quantum Health es responsable de determinar si los servicios o suministros son médicamente necesarios, sujeto al proceso de apelación. Si se determina que un artículo o servicio no es médicamente necesario, no se cubrirá aunque se reciba de un proveedor o de acuerdo con la remisión de un proveedor.

Este Plan de Beneficios Médicos no cubre ningún servicio ni suministro que no figure específicamente como servicio cubierto en este Documento del plan. La siguiente lista de exclusiones no es una lista completa de todos los servicios, suministros, condiciones o situaciones que no son servicios cubiertos:

- Beneficios por servicios que:

- no están descritos en el Documento del plan;
 - no son prestados ni solicitados por un médico;
 - no están dentro del ámbito de la licencia de un médico, proveedor u hospital; y
 - no son médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento adecuado de la persona cubierta.
- Beneficios por servicios prestados antes de la FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA de la persona cubierta en virtud de este Plan de Beneficios Médicos.
 - Beneficios por servicios prestados después de que el Plan de Beneficios Médicos de la persona cubierta haya sido rescindido, suspendido, cancelado, interrumpido o finalizado. Toda persona que reciba servicios después de que su Plan de Beneficios Médicos haya sido rescindido, suspendido, cancelado, interrumpido o finalizado por cualquier motivo será responsable del pago de dichos servicios.
 - Beneficios que se reducen en virtud de las directrices de atención administrada. Los beneficios reducidos o denegados pagados por la persona cubierta no cuentan para los MÁXIMOS DE COSTOS COMPARTIDOS aplicables que figuran en el *Programa de beneficios médicos*.
 - La reducción de los beneficios, incluidas, entre otras, las sanciones impuestas por otro plan, no se pagará como servicio cubierto de conformidad con este Plan de Beneficios Médicos.
 - Atención de afecciones que las leyes estatales o locales exigen que se traten en un centro público.
 - Servicios y atención en un hospital de veteranos o en cualquier hospital federal, salvo que lo exija la ley.
 - Servicios cubiertos total o parcialmente por subvenciones públicas o privadas.
 - Estudios relacionados con el embarazo, excepto por motivos médicos importantes.
 - Pruebas simplificadas o autoadministradas y detección multifásica.
 - Consultas médicas prenatales con un pediatra en relación con un niño por nacer, salvo que la consulta sea consecuencia de una remisión médica.
 - Gastos de alojamiento y comida de la persona cubierta cuando tiene permiso de salida de un hospital, centro de tratamiento del abuso de sustancias u otro centro de hospitalización.
 - Vacunas (que no sean las vacunas para adultos o niños recomendadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para la persona cubierta o vacunas requeridas para viajar al exterior).
 - Servicios, suministros médicos o suministros no enumerados como servicios cubiertos. Estos incluyen, entre otros, terapia educativa, terapia de pareja, terapia sexual, programas de control de peso, programas nutricionales y programas de ejercicio.
 - Los tratamientos, procedimientos, centros, equipos, medicamentos, dispositivos o suministros experimentales o de investigación, así como cualquier servicio asociado a los anteriores o como seguimiento de ellos, no son servicios cubiertos.
 - Cualquier tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo o suministro que requiera aprobación federal o de otra agencia gubernamental que no haya sido concedida

en el momento de la prestación de los servicios. Cualquier servicio asociado a los anteriores, o como seguimiento de ellos, no es un servicio cubierto.

- Cualquier servicio prestado por un médico o proveedor a sí mismo, o por servicios prestados a sus padres, cónyuge, hijos, nietos o cualquier otro familiar cercano o pariente, aunque se trate de un médico o proveedor dentro de la red.
- Servicios que la persona cubierta o el Plan no están legalmente obligados a pagar.
- Pelucas y otras prótesis craneales, excepto las indicadas como servicio cubierto.
- Servicios de hospitalización que pueden prestarse adecuadamente como servicios ambulatorios.
- Cirugía estética, reconstructiva o plástica que se realiza para una afección que no cumple con los criterios específicos de un servicio cubierto, incluida, entre otras, la cirugía estética, plástica o reconstructiva realizada principalmente para mejorar el aspecto de cualquier parte del cuerpo, incluida, entre otras, la cirugía para piel flácida o piel sobrante, cualquier procedimiento de aumento o reducción (p. ej., mamoplastia), liposucción, rinoplastia y rinoplastia realizada junto con una cirugía nasal o sinusal cubierta.
 - Las complicaciones de dichas cirugías estéticas, reconstructivas o plásticas están cubiertas solo si son médicamente necesarias y están cubiertas de otro modo.
- Servicios ordenados judicialmente o servicios que se han ordenado como condición para la libertad condicional o bajo palabra. Sin embargo, estos servicios pueden estar cubiertos si Anthem BCBS o Quantum Health (según corresponda) aceptan que son médicamente necesarios, están cubiertos de otro modo, la persona cubierta no ha agotado ningún beneficio aplicable para el año calendario y el tratamiento se proporciona de acuerdo con las políticas y los procedimientos de Anthem.
- Salvo los casos específicamente cubiertos en este Documento del plan, el Plan de Beneficios Médicos no cubre los servicios no médicos ni la rehabilitación a largo plazo para el tratamiento del alcoholismo o el abuso de sustancias, incluidos los servicios de rehabilitación en un centro especializado hospitalario o residencial.
- Programas nutricionales o de sustitución de comidas.
- Arreglos funerarios, atención pastoral, terapia por duelo, asesoramiento financiero o legal, especialista en economía doméstica, cuidador o relevo de descanso al cuidador.
- CUIDADOS DE COMPAÑÍA, cuidados de convalecencia, cuidados domiciliarios, cuidados de larga duración, CUIDADOS DE MANTENIMIENTO, cuidados diurnos para adultos o curas de reposo. El Plan de Beneficios Médicos no cubre alojamiento, comida, cuidados de enfermería ni cuidados personales que se presten para asistir a una persona cubierta que, en opinión de Quantum Health, haya alcanzado el máximo nivel de función física o mental posible y no vaya a experimentar ninguna otra mejoría clínica significativa.
- Transporte únicamente por conveniencia de la persona cubierta, sus familiares o su médico o proveedor, excepto cuando sea médicamente necesario o en caso de emergencia médica.
- Trabajo de recuperación, incluido cualquier procedimiento médico para corregir resultados no deseados de un procedimiento sin éxito relacionado con una cirugía o procedimiento estético previo no cubierto.

- Exámenes con el fin de obtener o mantener cualquier licencia expedida por un gobierno municipal, estatal o federal, obtener cobertura de seguro, ingreso o asistencia a una escuela, incluidos los exámenes necesarios para participar en actividades deportivas.
- Evaluaciones o asesoramiento psicológico o conductual ordenados judicialmente en relación con disputas matrimoniales, procesos de divorcio o procesos de custodia de menores.
- Enfermedades contraídas o lesiones causadas por la guerra.
- Transporte para internaciones hospitalarias opcionales.
- Servicios de enfermería privados o especializados durante las internaciones hospitalarias.
- Servicios de rehabilitación o fisioterapia de larga duración.
- Servicios o suministros brindados por una institución no elegible, que se define como distinta de un hospital o centro de enfermería especializada, y que es principalmente un lugar de descanso, un lugar para personas de edad avanzada o cualquier institución similar, independientemente de su denominación.
- Exámenes físicos de rutina para adultos y exámenes de rutina para niños que superen las directrices si se realizan en una clínica o centro médico ambulatorio.
- Cargos posteriores a la hora habitual de alta del proveedor o del hospital en el día indicado para el alta de la persona cubierta por parte de su médico.
- Anteojos y lentes de contacto.
- Viaje, recomendado o no por un médico.
- Píldoras anticonceptivas, preservativos, espumas o jaleas y pomadas anticonceptivas, aunque se receten o recomienden para una afección médica distinta de la anticoncepción.
- Extractores de leche que no se obtienen de un proveedor de DME, hospital, médico u otro proveedor autorizado para suministrar dichos equipos.
- La hospitalización inicial de un recién nacido adoptado no está cubierta si el progenitor biológico dispone de cobertura para la atención del bebé.
- Los servicios para la evaluación o el tratamiento (incluida la educación correctiva) de trastornos del aprendizaje o disfunción cerebral mínima, retraso mental, trastornos del desarrollo y del aprendizaje, o problemas de comportamiento no están cubiertos, salvo que se indique lo contrario en este Documento del plan. El Plan de Beneficios Médicos tampoco cubre la capacitación conductual ni la rehabilitación cognitiva.
- Los servicios no médicos y la rehabilitación a largo plazo para el tratamiento de enfermedades mentales, incluidos los servicios de rehabilitación en un centro especializado hospitalario o residencial.
- Comidas, artículos de higiene personal y servicios de limpieza.
- Servicios de enfermería prestados en el domicilio por un familiar, aunque esa persona sea enfermero certificado o auxiliar de enfermería certificado.
- Ciertos análisis de la función pulmonar que, según Quantum Health, no cumplan con la definición de prueba diagnóstica de laboratorio cubierta.

- Servicios y procedimientos brindados sin tener en cuenta las indicaciones clínicas específicas o realizados únicamente con fines de investigación.
- Servicios o procedimientos que han quedado obsoletos o que ya no están justificados desde el punto de vista médico, según lo determinado por las áreas médicas correspondientes.
- Radioterapia como tratamiento para el acné común.
- Servicios exigidos por terceros para el empleo, la afiliación, la inscripción o el seguro, como exámenes físicos escolares o laborales, exámenes físicos para campamentos de verano, inscripción en gimnasios, clubes de atletismo o similares, análisis de sangre o exámenes físicos prematrimoniales, o exámenes físicos exigidos por compañías de seguros o cursos sobre abuso de alcohol o abuso de sustancias ordenados judicialmente.
- Equipos médicos duraderos y otros artículos de uso doméstico o personal, salvo lo dispuesto en el Documento del plan.
- Membresía en gimnasios, planes nutricionales u otras organizaciones, incluso si están recomendados por un médico o un proveedor de atención médica especializado con el objetivo de perder peso.
- Asesoramiento y cursos sobre el control de la diabetes que no estén descritos en el Documento del plan.
- Estadías en centros especializados o spas con el fin de educar sobre la diabetes o controlarla.
- Alimentos especiales, complementos y suplementos alimentarios relacionados con las dietas.
- Cualquier artículo que no sea necesario desde el punto de vista médico y que no haya sido recetado por el médico o proveedor de atención médica calificado de la persona cubierta.
- Dispositivos ortopédicos, salvo lo dispuesto en el Documento del plan. Los ejemplos de artículos no cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:
 - placas de mordida/prótesis dentales, excepto las prótesis maxilofaciales utilizadas para sustituir estructuras anatómicas perdidas durante el tratamiento de tumores
 - ayudas ópticas o visuales, incluidos anteojos o lentes de contacto, excepto para el tratamiento de afaquia congénita o para afaquia tras cirugía de cataratas cuando una lente intraocular no sea médicamente posible
 - implantes de pene (excepto si son médicamente necesarios para quienes padecen disfunción eréctil derivada de una enfermedad o lesión traumática, o quienes se sometieron a una prostatectomía radical)
 - ortopedia para pies (excepto si es médicamente necesaria y está sujeta a certificación previa)
 - prótesis experimentales o de investigación
- Tratamiento de la alopecia androgénica.
- Medicamentos inyectables para la infertilidad. *Estos medicamentos están cubiertos por el Plan de Farmacia.*
- Costo para un donante de óvulo o donante de espermatozoides.
- Costo por el almacenamiento en congelador de espermatozoides, óvulos y/o embriones.

- Kits de predicción de la ovulación.
- Servicios *in vitro* para mujeres que se han sometido a ligadura de trompas.
- Reversión de la ligadura de trompas.
- Cualquier servicio de fertilidad si el miembro del plan se ha sometido a una vasectomía
- Todos los gastos de maternidad subrogada o relacionados con ella (los servicios de maternidad están cubiertos para las personas cubiertas que actúan como madres subrogadas).
- Servicios para revertir las esterilizaciones voluntarias.
- Cualquier costo no médico relacionado con la obtención de esperma de donante, óvulos de donante, embriones de donante o servicios de subrogación.
- La autoadministración de sueros antialérgicos o la administración de sueros antialérgicos en un lugar donde no haya equipos de reanimación de emergencia ni personal capacitado.
- Sueros para administración oral, sublingual o bronquial.
- Los servicios odontológicos generales no están cubiertos.
 - Diagnóstico, atención, tratamiento o estudios de diagnóstico por imágenes odontológicos, salvo lo dispuesto en el Documento del plan. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos son la corrección de posición anómala de los dientes y la mandíbula, el tratamiento de la caries dental, los implantes dentales, la periodoncia, la endodoncia, la ortodoncia, la sustitución de dientes, la adhesión, las restauraciones con láminas de oro, la aplicación de selladores, las radiografías de aleta de mordida, las preparaciones de coronas o dientes, los empastes, las coronas, los puentes, las dentaduras postizas, las incrustaciones y los recubrimientos, y los servicios relacionados con malformaciones congénitas. Las tarifas por anestesia, rayos X, laboratorio o centros para servicios odontológicos no cubiertos tampoco se cubrirán.
 - En caso de lesión de la cavidad bucal, los dispositivos protésicos no cubiertos incluyen, entre otros, placas, puentes, dentaduras postizas, implantes o fundas/coronas.
 - Las lesiones en los dientes o tejidos blandos como resultado de masticar o morder no se considerarán lesiones accidentales.
 - No se proporcionarán beneficios adicionales por ningún servicio prestado después de la visita inicial debido a un accidente, lesión o traumatismo, incluidos, entre otros, la atención de seguimiento, la sustitución de dientes naturales sanos, coronas, puentes, implantes y prótesis.
- Artículos generalmente utilizados para la higiene personal o útiles para el hogar de la persona cubierta, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - aires acondicionados, humidificadores, purificadores de aire, unidades de filtración y aparatos relacionados
 - bañeras de hidromasaje, saunas y aparatos relacionados
 - furgonetas y elevadores para furgonetas
 - escaleras y elevadores de sillas
 - bicicletas fijas y otro tipo de equipo para hacer ejercicios

- Fisioterapia, atención quiropráctica, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cardíaca, salvo lo dispuesto en el Documento del plan.
- Pruebas o tratamiento para una DISCAPACIDAD DE APRENDIZAJE, salvo lo dispuesto en el Documento del plan.
- Pruebas, capacitación o rehabilitación con fines educativos o de desarrollo, salvo lo dispuesto en el Documento del plan.
- Los alimentos y las dietas especiales, los suplementos, las vitaminas y la alimentación enteral no están cubiertos, salvo lo indicado en el Documento del plan.
- Los servicios para la evaluación o el tratamiento (incluida la educación correctiva) de trastornos del aprendizaje o disfunción cerebral mínima, retraso mental, trastornos del desarrollo y del aprendizaje, o problemas de comportamiento no están cubiertos, salvo lo indicado en el Documento del plan. El Plan de Beneficios Médicos tampoco cubre la capacitación conductual, perceptiva visual o motora visual relacionada con problemas de aprendizaje o rehabilitación cognitiva. Los trastornos del comportamiento y del aprendizaje relacionados con anomalías congénitas, como el síndrome de Down, no están cubiertos.
- Cirugía maxilofacial, salvo lo dispuesto en el Documento del plan. Un ejemplo de servicio no cubierto incluye, entre otros, la corrección de la posición anómala de los dientes o la mandíbula.
- Excepto la visita inicial, todos los servicios relacionados con los tratamientos no quirúrgicos de la disfunción o síndrome de la articulación temporomandibular, también llamado disfunción por dolor miofascial o síndrome de dolor craneomandibular. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos son, entre otros, la fisioterapia, como los ejercicios musculares terapéuticos; la estimulación nerviosa galvánica o transcutánea; los aerosoles vaporizadores; las ecografías o la diatermia; la modificación del comportamiento, como la retroalimentación biológica; la psicoterapia; la terapia con aparatos o dispositivos ortésicos dentales, como los aparatos oclusales (férulas) u otros dispositivos prostéticos orales y sus ajustes; la terapia ortodóncica, como los aparatos de ortodoncia; la terapia de prostodoncia, como las coronas, los puentes y los ajustes oclusales.
- Pedicura de rutina prestada en las siguientes condiciones:
 - En el examen, tratamiento o extirpación total o parcial de callos, callosidades, hipertrofia o hiperplasia de la piel o de los tejidos subcutáneos del pie, excepto cuando sea médicamente necesario en el tratamiento de personas diagnosticadas con diabetes de tipo 1 o de tipo 2.
 - En el corte, recorte u otra extirpación parcial no quirúrgica de las uñas de los pies, excepto cuando sea médicamente necesario en el tratamiento de afecciones neurocirculatorias o de personas diagnosticadas con diabetes de tipo 1 o 2.
- Servicios en salas de emergencia que no están relacionados con una emergencia médica.
- Alojamiento en habitaciones privadas, salvo lo indicado en el Documento del plan.
- Medicamentos con receta o de venta libre recetados para uso ambulatorio, salvo que se indique de otro modo en el Documento del plan.
- Sangre completa, plasma sanguíneo y otros derivados de la sangre, y servicios para donantes que presta la Cruz Roja Americana.

- Recolección y conservación de espermatozoides, todos los servicios relacionados con la maternidad subrogada y tratamiento preparatorio.
- Asesoramiento matrimonial que no sea para el tratamiento de una enfermedad mental diagnosticada, el control del estrés, el manejo padres-hijos y el control del dolor.
- Tratamiento psiquiátrico y de otro tipo para la disfunción sexual, incluida la terapia sexual, a menos que esté documentado por una afección médica y con certificación previa de Anthem BCBS.
- Fórmulas nutricionales especiales para el tratamiento de la enfermedad de Crohn.
- Hipnosis.
- Trasplantes de órganos y tejidos humanos, o costos de donante asociados, salvo lo establecido en el Documento del plan.
- Atención, tratamiento, servicio o suministros en la medida en que la persona cubierta haya obtenido beneficios en virtud de cualquier ley, programa gubernamental, o subvención pública o privada aplicable.
- Exámenes oftalmológicos de rutina o refracciones, salvo lo dispuesto en el Documento del plan.
- Queratotomía radial.
- Terapia con hormona de crecimiento humano, excepto cuando sea médicamente necesaria para casos de hipopituitarismo y con certificación previa de Anthem BCBS.
- Servicios hospitalarios en clínicas ambulatorias.
- Sanciones impuestas a una persona cubierta por el pagador principal.
- Enfermería privada hospitalaria o enfermería privada ambulatoria para la comodidad del afiliado o de su familia.
- Cualquier medicamento o fármaco que tenga una aplicación biotécnica, sea un producto biológico modificado genéticamente o figure en el listado de medicamentos como tal.
- Agujas o jeringas hipodérmicas recetadas por un médico, excepto para administrar medicamentos para afecciones médicas, siempre que dichos medicamentos sean servicios cubiertos.
- No se dispondrá de beneficios para la atención de mantenimiento que sean:
 - tratamiento proporcionado para el bienestar continuado de la persona cubierta mediante la prevención del deterioro de una afección clínica crónica; y
 - mantenimiento de un estado estacionario alcanzado, que es un punto en el que la mejora de la función musculoesquelética es escasa o nula a pesar de la terapia.
- Beneficios por servicios causados por la participación de la persona cubierta en una revuelta o desorden civil, acto o intento de cometer una agresión o delito grave, o derivados de esto. Sin embargo, esta exclusión no se aplica a ninguna lesión que sea consecuencia de violencia doméstica o debida a una afección médica, incluidas las enfermedades tanto físicas como mentales.
- Servicios por ATENCIÓN CRÓNICA.

- Trasplante alogénico o singénico de médula ósea, u otras formas de rescate de células madre, e infusión de células madre (con o sin quimioterapia o radioterapia a altas dosis) con un donante distinto del paciente. No están cubiertos, salvo que:
 - al menos cinco de los seis antígenos del complejo de histocompatibilidad coincidan entre el paciente y el donante;
 - el cultivo de leucocitos mixtos no sea reactivo; y
 - se esté tratando una de las siguientes afecciones:
 - » anemia aplásica grave
 - » leucemia no linfocítica aguda en la primera remisión o la siguiente, o primera recurrencia temprana
 - » síndrome mielodisplásico
 - » leucemia no linfocítica aguda secundaria como terapia inicial
 - » leucemia linfocítica aguda en la segunda remisión o la siguiente
 - » leucemia linfocítica aguda en la primera remisión
 - » leucemia mielógena crónica en fase crónica y acelerada
 - » linfoma no Hodgkin de alto grado, en la primera remisión o la siguiente
 - » linfoma de Hodgkin de bajo grado, que ha sufrido una conversión a alto grado
 - » neuroblastoma, estadio 3 o estadio 4 de recaída
 - » sarcoma de Ewing
 - » síndrome de inmunodeficiencia combinada grave
 - » síndrome de Wiskott-Aldrich
 - » osteopetrosis infantil maligna
 - » síndrome de Chediak-Higashi
 - » trastornos congénitos de los neutrófilos potencialmente mortales que incluyen el síndrome de Kostmann, la enfermedad granulomatosa crónica y la hipoplasia capilar cartilaginosa
 - » síndrome de Diamond Blackfan
 - » talasemia
 - » anemia drepanocítica
 - » trombocitopatía primaria que incluye el síndrome de Glanzmann
 - » enfermedad de Gaucher
 - » mucopolisacaridosis y lipidosis que incluyen el síndrome de Hurler, el síndrome de Sanfilippo, el síndrome de Maroteaux-Lamy, el síndrome de Morquio, el síndrome de Hunter y la leucodistrofia metacromática
 - Todos los demás usos de los trasplantes alogénico o singénico de médula ósea, u otras formas de rescate de células madre, e infusión de células madre (con o sin quimioterapia o radioterapia a altas dosis) no están cubiertos.
- Cargos por inasistencia a una cita según lo evalúe un proveedor.
- Evaluaciones o asesoramiento psicológico o conductual ordenados por un tribunal en relación con disputas matrimoniales, procesos de divorcio o procesos de custodia de menores.

- Además de lo incluido en este Documento del plan, no se proporciona cobertura para trasplantes relacionados con lo siguiente:
 - La persona cubierta no es un candidato adecuado según la determinación del hospital.
 - La persona cubierta está buscando tratamiento en un centro no aprobado por Anthem BCBS para que preste dichos servicios.
 - Servicios de búsqueda de donantes o de compatibilidad de tejidos, o gastos de manutención personales relacionados con la búsqueda de donantes o la compatibilidad de tejidos, para el receptor o el donante, o sus respectivos familiares o amigos.
 - Todo servicio de trasplante de órganos y tejidos humanos que se determine como experimental o de investigación.
 - Beneficios de transporte y alojamiento para el receptor del trasplante y su(s) acompañante(s), cuando el trasplante de órganos o tejidos humanos se realice en un hospital u otro centro no designado ni aprobado por Anthem BCB.
- Atención, tratamientos, procedimientos, servicios o suministros destinados principalmente al control de la dieta, incluidos, entre otros, los programas de reducción de peso, salvo lo que se establece en el Documento del plan.

Exclusión del seguro de riesgos de trabajo

En la medida en que lo permita la ley, no se proporcionarán beneficios por servicios cubiertos que sean pagados, pagaderos o elegibles para cobertura según cualquier Ley de Seguro de Riesgos de Trabajo, responsabilidad del empleador o ley de enfermedades ocupacionales, denegados de conformidad con un programa gestionado de seguro de riesgos de trabajo, como servicios de farmacia minorista no participante, o que, por ley, se hayan prestado sin gastos para la persona cubierta.

El Plan de Beneficios Médicos tendrá derecho a lo siguiente:

- Cobrar a la entidad obligada según dicha ley el valor en dólares de aquellos beneficios a los que tenga derecho la persona cubierta.
- Cobrar a la persona cubierta dicho valor en dólares, en la medida en que los servicios cubiertos le hayan pagado a la persona cubierta.
- Reducir cualquier cantidad adeudada a la persona cubierta por el monto que esta haya recibido en pago.
- Embargar cualquier suma adeudada a la persona cubierta por el monto que el Plan de Beneficios Médicos haya pagado por los servicios cubiertos prestados a la persona cubierta, en caso de que exista una reclamación disputada o controvertida entre el Plan de Beneficios Médicos y la aseguradora designada del seguro de riesgos de trabajo en cuanto a si la persona cubierta tiene o no derecho a recibir pagos de beneficios del seguro de riesgos de trabajo.
- Recuperar cualquier suma adeudada según lo descrito, en el caso de que la reclamación disputada o controvertida se resuelva mediante acuerdo monetario en la totalidad de dicho acuerdo.
- Si una persona cubierta tiene derecho a beneficios según el seguro de riesgos de trabajo, de responsabilidad civil del empleador o de enfermedades profesionales, es necesario seguir

todas las pautas de cobertura de dicho programa para que este Plan de Beneficios Médicos siga proporcionando beneficios por los servicios cubiertos cuando se agoten los beneficios del seguro de riesgos de trabajo.

Exclusión del seguro de automóvil

En la medida en que la ley lo permita, este Plan de Beneficios Médicos no pagará beneficios por servicios cubiertos pagados, pagaderos o que deban proporcionarse como beneficios básicos de reparación según cualquier póliza de seguro independiente de culpabilidad o de otro seguro de automóvil.

El Plan de Beneficios Médicos tendrá derecho a lo siguiente:

- Cobrar a la aseguradora obligada de conformidad con dicha ley el valor en dólares de los beneficios a los que tiene derecho una persona cubierta.
- Cobrar a la persona cubierta dicho valor en dólares, en la medida en que la persona cubierta haya recibido el pago de todas y cada una de las fuentes, lo que incluye, entre otros, el pago del primer interesado.
- Reducir cualquier suma adeudada a la persona cubierta por el monto que esta haya recibido de todas y cada una de las fuentes, lo que incluye, entre otros, el pago del primer interesado.
- Los beneficios estarán sujetos al apartado *Coordinación de beneficios* para los servicios cubiertos que reciba una persona asegurada según una póliza de seguro de automóvil, que proporciona beneficios de seguro independiente de la culpabilidad.
- Si una persona cubierta tiene derecho a beneficios según una póliza de seguro independiente de culpabilidad o de otro tipo de seguro de automóvil, los beneficios por los servicios cubiertos solo se proporcionarán cuando la persona cubierta siga todas las pautas de cobertura de dicha póliza. Es necesario seguir todas las pautas de dicha póliza para que el Plan de Beneficios Médicos siga brindando beneficios por los servicios cubiertos cuando se agoten los beneficios del seguro independiente de la culpabilidad o de otra póliza de seguro de automóvil.

Coordinación de beneficios

Todos los beneficios proporcionados según este Plan de Beneficios Médicos están sujetos al proceso de Coordinación de beneficios (COB). Las sanciones impuestas a una persona cubierta por el PLAN PRIMARIO no están sujetas a la COB.

La COB se aplica a este Plan de Beneficios Médicos cuando una persona cubierta tiene cobertura de atención médica en más de un PLAN.

Si la persona cubierta está cubierta por este Plan de Beneficios Médicos y por otro plan, las "normas de determinación del orden de prestación" determinarán qué plan es el principal. Los beneficios de este Plan de Beneficios Médicos:

- no se reducirán cuando, según las normas de determinación del orden de prestación, este Plan de Beneficios Médicos sea el plan principal; pero
- pueden reducirse (o el valor razonable en efectivo de cualquier servicio cubierto proporcionado bajo este Plan de Beneficios Médicos puede recuperarse del plan primario) cuando, según las normas del orden de determinación de beneficios, otro plan sea el plan primario.

La persona cubierta debe presentar la explicación de beneficios del plan primario a su aseguradora para ser elegible para el pago según la COB.

Normas para la determinación del orden de prestación

Cuando una persona cubierta recibe servicios cubiertos por este Plan de Beneficios Médicos, o mediante él, o tiene derecho a reclamar beneficios en virtud de este Plan de Beneficios Médicos y ha seguido las directrices y procedimientos aplicables, incluidos los requisitos de certificación previa, y los servicios cubiertos son una base para una reclamación de conformidad con otro plan, este Plan de Beneficios Médicos es un PLAN SECUNDARIO que tiene sus beneficios determinados después de los del otro plan (excepto cuando la aseguradora es pagador secundario), salvo que:

- el otro plan tenga normas que coordinen sus beneficios con las descritas en este documento del Plan; y
- tanto las normas del otro plan como las normas de coordinación de este Plan de Beneficios Médicos exijan que los beneficios de este Plan de Beneficios Médicos se determinen antes que las del otro plan.

Normas de coordinación

Anthem BCBS determina su orden de beneficios mediante la aplicación de las siguientes normas:

- **Persona que no sea un dependiente.** El plan que cubre a la persona como afiliado cubierto (es decir, no como dependiente) tiene prioridad sobre el plan que cubre a la persona como dependiente.

- **Hijo dependiente/padres no separados ni divorciados.** Cuando este Plan de Beneficios Médicos y otro plan cubren al mismo hijo como dependiente de distintas personas, denominadas "padres", el plan del padre cuyo cumpleaños cae antes en un año es primario sobre el plan del padre cuyo cumpleaños cae después en ese año. Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan que haya cubierto a uno de ellos durante más tiempo es el principal. Solo se tienen en cuenta el mes y el día del cumpleaños.
- **Hijo dependiente/padres separados o divorciados.** En el caso de un hijo dependiente cubierto:
 - Cuando los padres están separados o divorciados y el padre que tiene la custodia legal del hijo no se ha vuelto a casar, el plan que cubre al hijo como dependiente del padre que tiene la custodia legal del hijo pagará los beneficios antes que el plan que cubre al hijo como dependiente del padre sin custodia legal.
 - Cuando los padres están divorciados y el padre que tiene la custodia legal del hijo se ha vuelto a casar, el plan que cubre al hijo como dependiente del padre que tiene la custodia pagará los beneficios antes que el plan que cubre a ese hijo como dependiente del padrastro o la madrastra.
 - El plan que cubre a ese hijo como dependiente del padrastro o de la madrastra pagará los beneficios antes que el plan que cubre a ese hijo como dependiente del padre sin custodia legal.

No obstante, si las condiciones específicas de una orden judicial establecen que uno de los padres es responsable económicamente de los gastos de atención médica del hijo, el plan que cubra al hijo como dependiente del padre responsable económicamente pagará los beneficios antes que cualquier otro plan que cubra al hijo como dependiente.

Las disposiciones de este subapartado no se aplican con respecto a cualquier PERÍODO DE DETERMINACIÓN DE RECLAMACIONES o año del plan durante el cual se pague o proporcione realmente cualquier beneficio antes de que el pagador tenga conocimiento real de los términos de la orden judicial.

- **Empleado activo/inactivo.** Un plan que cubre a una persona como empleado que no está despedido ni jubilado (o como dependiente de ese empleado) es primario a un plan que cubre a esa persona como despedido o jubilado (o como dependiente de ese empleado). Si el otro plan no tiene esta norma y, como consecuencia, los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de las beneficios, se ignora esta norma.
- **Mayor/menor/duración de la cobertura.** Si ninguna de las normas anteriores determina el orden de los beneficios, el plan que ha cubierto a un afiliado durante más tiempo es prioritario frente al plan que ha cubierto a esa persona durante menos tiempo.

Nota: Determinados servicios pueden no requerir certificación previa cuando se determina que este es el plan secundario. Póngase en contacto con el servicio de atención al cliente antes de que se preste cualquier servicio para determinar si dicho servicio requiere certificación previa. En caso de que una determinación posterior declare que este es el plan primario, cualquier servicio que se haya obtenido sin certificación previa mientras este Plan de Beneficios Médicos administraba los beneficios como plan secundario no requerirá la certificación previa que se exigiría en un plan primario.

Efecto de este Plan de Beneficios Médicos en otros beneficios

Este apartado se aplica cuando, de acuerdo con las normas de determinación del orden de los beneficios, este Plan de Beneficios Médicos es un plan secundario a otro u otros planes. En ese caso, los beneficios de este Plan de Beneficios Médicos pueden verse reducidos. Ese otro plan o planes se denominan "los otros planes".

Cuando el Plan de Beneficios Médicos sea el plan secundario, Anthem BCBS proporcionará los beneficios del Plan de Beneficios Médicos de forma que la suma del valor razonable en efectivo de cualquier servicio cubierto proporcionado por el Plan de Beneficios Médicos y los beneficios pagaderos por los otros planes no supere el GASTO PERMITIDO. El plan secundario proporcionará beneficios por el monto menor entre el que se habría pagado si hubiera sido el plan primario y el saldo de la factura. Anthem BCBS nunca pagará más de lo que habría pagado como plan principal.

Si otro plan establece que sus beneficios son "excedentes" o "siempre secundarios" y si se determina que este Plan de Beneficios Médicos es secundario según las disposiciones de la COB, el monto de los beneficios pagaderos según este programa de beneficios se determinará sobre la base de que este Plan de Beneficios Médicos es secundario.

Derecho a recibir y divulgar la información necesaria

Para aplicar estas normas de la COB se necesitan determinados datos. Anthem BCBS tiene derecho a decidir qué datos necesita. Al afiliarse al Plan de Beneficios Médicos, la persona cubierta autoriza la divulgación de los datos necesarios para aplicar las normas de la COB. Cualquier persona cubierta que reclame beneficios en virtud de este Plan de Beneficios Médicos debe proporcionar datos a Anthem BCBS, lo cual es necesario para la coordinación de los beneficios.

Facilidad de pago

Un pago efectuado o un servicio prestado según otro plan puede incluir un monto que debería haberse pagado o prestado según este Plan de Beneficios Médicos. En ese caso, la aseguradora puede abonar ese monto al grupo que efectuó el pago. Dicho monto se considerará entonces como si se tratara de un beneficio pagado según este Plan de Beneficios Médicos.

Derecho de recuperación según la Coordinación de beneficios

Si el monto de los pagos efectuados por Anthem BCBS es superior al que debería haberse pagado según esta disposición de la COB, o si este Plan de Beneficios Médicos prestó servicios que debería haber pagado el plan primario, el Patrocinador del plan podrá recuperar el exceso o el valor razonable en efectivo de los servicios cubiertos de una o más de las personas a las que haya pagado o por las que haya pagado las compañías de seguros u otros grupos.

El derecho del Patrocinador del plan a recuperar pagos de una persona cubierta se limitará a los gastos permitidos que la persona cubierta haya recibido de otro plan. La aceptación de los

servicios cubiertos constituirá el consentimiento de la persona cubierta al derecho de recuperación del patrocinador del Plan. La persona cubierta se compromete a tomar todas las medidas adicionales para ejecutar y entregar los documentos que se requieran y hacer todo lo que sea necesario para garantizar los derechos del patrocinador del Plan a recuperar los pagos en exceso. El incumplimiento por parte de una persona cubierta puede dar lugar a la retirada de los beneficios ya concedidos o a la denegación de los beneficios solicitados.

Finalización de la cobertura

La cobertura de este Plan de Beneficios Médicos puede rescindirse por los siguientes motivos:

- El último día del mes en el que no se han abonado a su vencimiento las primas exigidas para la cobertura de una persona cubierta. La cobertura cancelada por falta de pago no se restablecerá a menos que se abone la totalidad del monto adeudado. La falta de pago de la parte de la prima correspondiente al empleado (o de la prima total, si corresponde) a su vencimiento puede dar lugar a la cancelación de la cobertura, sin derecho a la continuación de la cobertura en virtud de la COBRA.
- A elección de la persona cubierta, durante la Inscripción abierta del Empleador participante, con vigencia a partir de la fecha de renovación del Plan de Beneficios Médicos.
- El día siguiente al fallecimiento de un afiliado cubierto. Cuando fallece un afiliado cubierto, la cobertura de sus dependientes finalizará el primer día del mes siguiente al fallecimiento del afiliado cubierto, a menos que reúnan los requisitos o elijan continuar la cobertura conforme a la COBRA o sean elegibles para la continuación de la cobertura de algún otro plan de beneficios mantenido por el Empleador participante.
- Cuando la persona cubierta deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad del Empleador participante definidos en el apartado *Elegibilidad*, la cobertura finalizará el primer día del mes siguiente a la pérdida de elegibilidad. Cuando se pierde el derecho a la cobertura de un dependiente debido a una falsa declaración de estado civil, divorcio o separación legal, la finalización de la cobertura se producirá el primer día del mes siguiente a la fecha efectiva del divorcio o separación legal, o del descubrimiento de la falsa declaración.
- En caso de que una persona cubierta permita a otra persona utilizar su tarjeta de identificación para obtener servicios.
- Si se determina que un afiliado cubierto afilió como dependiente en el plan a una persona que no reúne los requisitos o no ha proporcionado al Empleador participante la notificación requerida de la ocurrencia de un evento que hace que un dependiente deje de reunir los requisitos para la cobertura (p. ej., divorcio, separación legal o cumplimiento de la edad máxima).
- Si un afiliado cubierto es despedido de su empleo, suspendido, empleado por menos de la cantidad de horas exigida por el Empleador participante para tener derecho a la cobertura o trasladado a un puesto donde no es elegible para beneficios de atención médica.
- Si una persona cubierta cumple con los requisitos para obtener la cobertura de las Partes A y B de Medicare.

Sin perjuicio de lo anterior, la cobertura de un dependiente afiliado finalizará el día siguiente al fallecimiento de dicho dependiente afiliado.

Requisitos de notificación por parte de los afiliados

El empleado cubierto, el cónyuge u otro familiar es responsable de informar al estado de Connecticut de un divorcio, separación legal o de que un hijo pierde la condición de dependiente en virtud del plan de salud de grupo patrocinado por el estado. El Plan exige que la notificación

se efectúe en un plazo de 31 días a partir de la fecha del suceso o de la fecha en que se perdería la cobertura en virtud de los términos del Plan de Beneficios Médicos debido al suceso. En la mayoría de los casos, un hijo dejará de reunir los requisitos para ser considerado dependiente elegible el último día del año calendario en el que cumpla 26 años. Sin embargo, la cobertura puede perderse antes como consecuencia de un divorcio o una separación legal.

Si esta notificación no se efectúa en un plazo de 60 días a partir de la fecha del suceso o de la fecha en que se perdería la cobertura en virtud de los términos del Plan de Beneficios Médicos debido al suceso, los derechos a la continuación de la cobertura pueden perderse.

El Empleador participante es responsable de notificar al administrador de la COBRA (Anthem BCBS) la terminación del empleo, la reducción de horas o el fallecimiento.

Notificación de cambio de dirección

Es responsabilidad del afiliado cubierto asegurarse de que todas las personas cubiertas reciban la información sobre la continuación en virtud de la COBRA de forma adecuada y eficaz. El afiliado tiene la obligación de notificar a su oficina de personal o de nóminas cualquier cambio de domicilio lo antes posible. Si no lo hace, es posible que se retrase la notificación o que pierda las opciones de continuación de la cobertura.

Opciones de continuación

En caso de que una persona cubierta pierda el derecho a acogerse a este Plan de Beneficios Médicos, puede tener derecho a continuar la cobertura en determinadas circunstancias. Las opciones de continuación se proporcionarán en cada una de las siguientes circunstancias durante el período indicado o hasta que la persona cubierta reúna los requisitos para otra cobertura de grupo, salvo que se indique de otro modo en este apartado.

Nota: Sin perjuicio de cualquier disposición contraria en este Documento del plan, la continuación de la cobertura en virtud de este Plan de Beneficios Médicos finalizará al vencimiento del contrato entre el Empleador participante y el estado de Connecticut o si las primas requeridas del Empleador participante no son pagadas a su vencimiento.

Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA

Una persona cubierta sujeta a las disposiciones de continuación de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA) puede continuar la cobertura de este Plan de Beneficios Médicos en la medida en que lo exija la ley. El Empleador participante o su representante administrará los beneficios de continuación en virtud de la COBRA. La cobertura también estará disponible para los hijos nacidos o dados en adopción al afiliado cubierto mientras este reciba la continuación de la cobertura en virtud de la COBRA. El derecho a la continuación de la cobertura en este Plan de Beneficios Médicos finalizará a la finalización del acuerdo entre el estado de Connecticut y la aseguradora.

La continuación de la cobertura durante un máximo de 36 meses estará disponible para un dependiente afiliado después de:

- el fallecimiento del afiliado cubierto;

- la separación legal o el divorcio del afiliado cubierto;
- el derecho del afiliado a Medicare; o
- el cumplimiento de la edad límite de afiliación de un hijo dependiente.

El afiliado cubierto y sus personas dependientes afiliadas podrán seguir disfrutando de la cobertura durante un máximo de 30 meses después de:

- la reducción del horario de trabajo del afiliado cubierto;
- la renuncia voluntaria del afiliado;
- el despido o rescisión del contrato del afiliado cubierto por cualquier motivo que no sea una falta grave.

Un afiliado cubierto o un dependiente inscrito que se considere discapacitado de conformidad con el Título II o del Título XVI de la Ley de Seguridad Social en el momento en que reúna los requisitos para la prórroga de la cobertura según la COBRA o que quede discapacitado en cualquier momento durante los primeros 60 días de la prórroga de dicha cobertura dispondrá de 11 meses adicionales. El afiliado cubierto o dependiente inscrito debe notificar la determinación de discapacidad al Empleador participante a más tardar 60 días después de la fecha de la determinación de la Administración del Seguro Social y antes de que finalicen los 18 meses iniciales de continuación de la cobertura en virtud de la COBRA.

- Si se determina que el afiliado o dependiente cubierto ya no está discapacitado, la prórroga del período de cobertura puede finalizar el primer día del mes siguiente a los 30 días posteriores a la notificación final de determinación.

La continuación de la cobertura debe ser igual a los beneficios de este Plan de Beneficios Médicos que están disponibles para una persona cubierta actualmente empleada. Toda persona cubierta que tenga derecho a la continuación de la cobertura debe disponer de un plazo mínimo de 60 días para elegir dicha cobertura.

El derecho de una persona cubierta a la continuación de la cobertura finaliza antes de los períodos arriba indicados si:

- la persona cubierta adquiere derecho a los beneficios de otro plan de salud colectivo como consecuencia de un empleo, reemplazo o matrimonio, excepto cuando el nuevo plan contenga alguna exclusión o limitación relativa a cualquier enfermedad preexistente de la persona cubierta que pudiera afectar a la cobertura de este Plan de Beneficios Médicos; o
- la prima para la continuación de la cobertura no se paga a tiempo; o
- la persona cubierta pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare.

Administrador de la COBRA

Anthem administra los beneficios de la COBRA para el Plan de Beneficios Médicos del estado de Connecticut. Póngase en contacto con la Unidad COBRA de Anthem llamando al 800-433-5436.

Anthem Blue Cross and Blue Shield
Unidad Cobra

P.O. Box 719
North Haven, CT 06473
800-433-5436

Continuación de la cobertura debido al servicio militar

Si un afiliado cubierto deja de tener un empleo activo debido al SERVICIO MILITAR en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, puede optar por continuar con la cobertura de salud para sí mismo y sus dependientes (si los hubiera) en virtud de este Plan de Beneficios Médicos de conformidad con la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994, en su versión modificada.

La continuación de la cobertura para el empleado y las personas a su cargo (si las hubiera) en virtud de este Plan de Beneficios Médicos está supeditada al pago por parte del empleado de cualquier contribución requerida para la cobertura de salud. Es posible que incluya el monto que el empleador paga normalmente en nombre del empleado. Si el servicio militar dura menos de 31 días, es posible que no se le exija al empleado que pague más que la contribución del empleado activo, si corresponde, por la continuación de la cobertura de salud. Si se opta por la continuación en virtud de esta disposición, el período máximo de cobertura de salud en virtud de este Plan de Beneficios Médicos será el menor de los siguientes:

- Los 24 meses a partir de la primera fecha de ausencia laboral del empleado.
- El día siguiente a la fecha en que el empleado no solicite un puesto de trabajo o no se reincorpore a este.

Independientemente de que la cobertura se mantenga o no durante el servicio militar, la cobertura de salud del empleado se restablecerá al reincorporarse al empleo activo.

Disposiciones de pago

Derecho de recuperación

El objetivo del Plan de Beneficios Médicos es proporcionar cobertura para los gastos médicos cualificados que no estén cubiertos por un tercero. Si el Plan de Beneficios Médicos paga beneficios por cualquier reclamación en la que incurra una persona cubierta como resultado de negligencia, dolo u otra acción u omisión de un tercero, en la medida en que lo permita la ley, el Plan de Beneficios Médicos tiene derecho de subrogación y de recuperación de los beneficios por servicios cubiertos prestados en virtud de los términos de este Beneficio médico.

La aceptación de los servicios cubiertos constituirá el consentimiento de la persona cubierta al derecho de cobro del Plan de Beneficios Médicos. La persona cubierta se compromete a ejecutar y entregar los instrumentos adicionales y a tomar cualquier otra medida que Anthem BCBS o el Plan de Beneficios Médicos puedan requerir para aplicar esta disposición. En la medida en que lo permita la ley, el Plan de Beneficios Médicos, o Anthem BCBS actuando en su nombre, tendrá derecho a presentar una demanda contra dicho tercero en nombre de la persona cubierta y en su propio nombre como subrogatario. La persona cubierta no hará nada que perjudique los derechos del Plan de Beneficios Médicos según esta disposición sin su consentimiento.

Si una persona cubierta recibe el pago de un tercero por demanda o acuerdo extrajudicial por el costo de los servicios cubiertos, esa persona cubierta está obligada a reembolsar al Plan de Beneficios Médicos los beneficios pagados en su nombre con cargo a lo recuperado del tercero o aseguradora, menos una parte proporcional de los honorarios y gastos razonables de abogado que la persona cubierta haya sufrido para obtener la recuperación. En la medida en que lo permita la ley, el Plan de Beneficios Médicos tiene un derecho de retención sobre cualquier monto recuperado por la persona cubierta del tercero responsable o aseguradora, tanto si ha sido designada como pago de gastos médicos como si no. Dicho embargo permanecerá en vigencia hasta que el Plan de Beneficios Médicos reciba el reembolso íntegro, menos una parte prorrateada de los honorarios razonables de abogado y los costos en los que la persona cubierta haya incurrido para obtener la recuperación.

La persona cubierta debe notificar inmediatamente al Plan de Beneficios Médicos si inicia negociaciones para llegar a un acuerdo u obtiene una sentencia contra un tercero o una aseguradora en relación con un accidente o lesión para los que el Plan de Beneficios Médicos haya pagado beneficios.

Derechos de reclamación y apelación

La persona cubierta tiene derecho a apelar la denegación de beneficios. La persona cubierta, el representante debidamente autorizado de la persona cubierta, el proveedor registrado o el representante debidamente autorizado del proveedor registrado puede llevar a cabo el proceso de apelación o reclamación. En la mayoría de los casos, se requiere que las personas cubiertas cumplan con el proceso de apelaciones internas antes de solicitar la revisión externa de las determinaciones adversas.

El Departamento de Seguros de Connecticut está disponible para decidir sobre las apelaciones de las determinaciones adversas de revisión de utilización cuando la necesidad médica o los juicios clínicos están en discusión. El Departamento de Seguros no admite apelaciones basadas en exclusiones de beneficios, pago de reclamaciones o cuestiones de cobertura. A menos que sea un asunto urgente y aceptado para una revisión acelerada, la persona cubierta debe completar el proceso de apelación interna aplicable administrado por Quantum Health para determinaciones médicas y por Anthem para decisiones sobre medicación especializada y tratamiento de salud conductual y abuso de sustancias antes de presentar una apelación externa ante el Departamento de Seguros. En situaciones urgentes, la persona cubierta puede buscar una apelación externa directamente o puede buscar una apelación interna y externa de manera simultánea.

Las decisiones adversas se clasifican de la siguiente manera:

- Las **determinaciones de revisión de la gestión de utilización** incluyen juicios sobre si se cubrirán los servicios o tratamientos, o juicios relativos a la necesidad médica; esto incluye determinaciones relativas a artículos cosméticos, de compañía y de conveniencia. Se puede presentar una decisión de revisión de utilización tanto si los servicios solicitados no se han prestado (certificación previa), se están prestando actualmente (atención concurrente) o ya se han prestado (revisión retrospectiva).
- Las **determinaciones de revisión no relacionadas con la gestión de utilización** pueden incluir denegaciones basadas en exclusiones o limitaciones del Plan de Beneficios Médicos, disputas sobre el pago de reclamaciones, rescisión de la cobertura o disputas administrativas que no impliquen juicios de necesidad médica. No existe apelación externa para las determinaciones de revisión no relacionadas con la gestión de utilización.

Apelación interna

Una apelación interna puede solicitarse verbalmente, por vía electrónica o por escrito en un plazo de 180 días a partir de la fecha de recepción de la determinación adversa inicial. La apelación debe identificar cualquier problema, comentario o prueba adicional que apoye la solicitud de revisión del reclamante y debe incluir la historia clínica del paciente en lo que se refiere a esta solicitud.

Las personas cubiertas tienen derecho a ser representadas por una persona de su elección y pueden indicar esta elección verbalmente o por escrito al iniciar el proceso de apelación. La persona cubierta tendrá la oportunidad de presentar comentarios por escrito, documentos, historias clínicas, fotografías, revisión por pares y otra información relevante para la apelación.

La reclamación o apelación será investigada por una persona o personas que no hayan participado en la decisión inicial y que no estén subordinadas a la persona que tomó la decisión original.

Apelaciones de gestión de utilización (clínica)

Determinaciones médicas

Las solicitudes de revisión médica deben presentarse de la siguiente manera:

Por correo postal/servicio de entrega al día siguiente	Quantum Health - Appeals Department 5240 Blazer Parkway Dublin, OH 43017
Por fax	877-498-3681
Apelación verbal	833-740-3258

Determinaciones de salud conductual

Las solicitudes de revisión de salud conductual deben presentarse de la siguiente manera:

Por correo postal	Anthem Blue Cross and Blue Shield Grievances and Appeals First Level Grievance P.O. Box 2100 North Haven CT 06473-4201
Por servicio de entrega al día siguiente	Anthem Blue Cross and Blue Shield Behavioral Health Grievance Department 108 Leigus Road Wallingford, CT 06492
Por fax	877-487-7394

Determinaciones de medicamentos especializados y genoterapia

Las solicitudes de revisión de medicamentos especializados deben presentarse de la siguiente manera:

Por correo postal/servicio de entrega al día siguiente	Anthem Blue Cross and Blue Shield Grievances and Appeals First Level Grievance P.O. Box 2100 North Haven CT 06473-4201
Por fax	1-855-321-3642

Apelaciones no relacionadas con la gestión de utilización (no clínica)

Las solicitudes de revisión no clínica deben presentarse de la siguiente manera:

Por correo postal/servicio de entrega al día siguiente	Quantum Health - Appeals Department 5240 Blazer Parkway Dublin, OH 43017
Por fax	877-498-3681
Apelación verbal	833-740-3258

Apelaciones aceleradas

En caso de urgencia o de una situación que ponga en peligro la vida, cuando se trate de una reclamación de asistencia urgente o cuando se deniegue a una persona cubierta los beneficios de un servicio que de otro modo estaría cubierto, alegando que es experimental y que a la persona cubierta se le ha diagnosticado una enfermedad que genera una expectativa de vida inferior a dos años, podrá solicitarse una revisión de apelación de primer nivel acelerada. Se emitirá una determinación en el plazo de 48 horas a partir de la recepción de la apelación o reclamación, o 72 horas si alguna parte del período de cuarenta y ocho horas cae en fin de semana. Para las solicitudes de revisión acelerada de un servicio de atención médica o curso de tratamiento especificado en el subapartado (B) o (C) de la subdivisión (38) de la sección 38a-591a de los Estatutos Generales de Connecticut, **veinticuatro horas** después de que la parte responsable reciba la reclamación.¹

Apelaciones de primer nivel: calendario de decisiones

Tipo de apelación ²	Plazo para tomar una decisión
Revisión de utilización: servicio previo o concurrente	30 días hábiles tras la recepción
Revisión de utilización: posterior al servicio	60 días hábiles tras la recepción
Revisión no relacionada con la utilización	20 días hábiles tras la recepción
Acelerada (urgente): la respuesta inicial vence en el plazo de 48 horas a menos que la fecha caiga en fin de semana	48 a 72 horas tras la recepción
Apelación acelerada: solicitud de atención de urgencia en virtud de la sección 38a-591a(38)(B) o (C) ⁵ de los Estatutos Generales de Connecticut	24 horas tras la recepción

Apelaciones externas

La revisión por parte del Departamento de Seguros del estado de Connecticut está disponible para una persona cubierta que haya completado el proceso de apelaciones clínicas internas del

¹ Una "solicitud de atención de urgencia" se refiere a una solicitud de atención médica o tratamiento que no se puede decidir dentro de los plazos de la determinación de solicitud no urgente porque: (A) pondría en grave peligro la vida o la salud de la persona cubierta o la capacidad de la persona cubierta de recuperar la función máxima, o (B) según la opinión de un profesional de la salud con conocimiento de la afección médica de la persona cubierta, sometería a la persona cubierta a un dolor intenso que no puede controlarse correctamente sin el servicio de atención médica o tratamiento solicitado. Estatutos Generales de Connecticut §38a-591(a)(38).

² El plazo para tomar una decisión puede ampliarse a la espera de recibir la documentación solicitada y necesaria para resolver la apelación por parte de la persona cubierta o su representante.

Plan aplicable al tratamiento, procedimiento o servicio en cuestión. Solo se necesita una apelación interna.

La persona cubierta o su persona designada tiene derecho a solicitar una apelación externa en los siguientes casos:

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

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

Presentación de una apelación externa

Para presentar una apelación externa estándar (no acelerada), una persona cubierta tiene cuatro meses después de recibir un aviso de una determinación adversa de beneficios o una determinación adversa de beneficios interna final para iniciar la apelación a través del Departamento de Seguros del estado de Connecticut. El Departamento de Seguros no admite apelaciones basadas en denegaciones de servicios después de una revisión no relacionada con la utilización.

Las solicitudes de apelación externa y de apelación externa acelerada deben hacerse por escrito en un formulario de solicitud de apelación externa, que está disponible a través del Comisionado de Seguros de Connecticut. La persona cubierta o su persona designada (y el proveedor, si corresponde) deben facilitar toda la información médica pertinente relativa a la afección médica y la solicitud de servicios.

La apelación puede enviarse a la siguiente dirección:

Connecticut Department of Insurance
Attn: External Review
P.O. Box 816
Hartford, CT 06142
860-297-3910

Para los servicios de entrega al día siguiente únicamente, envíe la solicitud de revisión externa a la siguiente dirección:

Connecticut Department of Insurance
Attn: External Review
153 Market Street, 7th Floor

Contenidos de la apelación

En la apelación deben incluirse los siguientes elementos:

- Un formulario de "solicitud de apelación externa" debidamente llenado.
- Un formulario de autorización que permita a Anthem o Quantum Health y al profesional de atención médica de la persona cubierta revelar información médica a la organización de revisión independiente.
- Comprobante de afiliación al Plan de Beneficios Médicos (es decir, fotocopia de la tarjeta de identificación expedida por Anthem BCBS).
- Copias de toda la correspondencia por parte de Anthem o Quantum Health.
- Una copia de la carta de determinación final en la que se indique que se ha agotado el mecanismo de apelación interna.
- Una copia del Documento del plan o de la explicación de los beneficios.

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

Notificación de apelación externa

Tras la recepción de la solicitud de apelación externa o apelación externa acelerada, el Comisionado de Seguros remitirá la apelación a la entidad correspondiente (Anthem BCBS o Quantum Health), que se encargará de notificar al Afiliado la elegibilidad y aceptación de la solicitud de revisión externa y, si así lo solicita, la revisión externa acelerada.

Apelaciones externas aceleradas

Para presentar una apelación externa acelerada, una persona cubierta puede presentar una solicitud ante el Departamento de Seguros de Connecticut inmediatamente después de recibir la determinación adversa inicial por parte de Quantum Health o Anthem BCBS, o en cualquier nivel de determinación adversa de apelación. Si la apelación externa no se acepta de forma acelerada y la persona cubierta no ha agotado previamente un proceso de apelación interna, la persona cubierta puede reanudar el proceso de apelación interna hasta que se haya agotado. Una apelación externa estándar puede luego presentarse en el plazo de cuatro meses después de recibir un aviso de una determinación adversa de beneficios o una determinación adversa de beneficios interna final.

Si la apelación interna se agotó previamente, una apelación acelerada rechazada será elegible automáticamente para la consideración de apelación estándar sin necesidad de presentar una nueva solicitud.

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

Plazos para la resolución

Si una apelación reúne los requisitos para una revisión externa, el Comisionado la asignará a una Organización de Revisión Independiente y enviará un aviso informando de que (a) se ha aceptado una revisión externa o una revisión externa acelerada, y (b) de que la persona cubierta dispone de cinco días hábiles a partir de la recepción del aviso para presentar cualquier información adicional.

Quantum Health o Anthem BCBS, según corresponda, enviará a la Organización de Revisión Independiente los registros médicos y del plan de tratamiento en los que se basó para tomar su determinación. Si la documentación representa un cambio sustancial con respecto a la documentación en la que se basó la determinación adversa o denegación, Quantum Health o Anthem BCBS, según corresponda, tendrá la oportunidad de considerar la documentación y modificar o confirmar su determinación adversa o denegación.

La Organización de Revisión Independiente tomará una determinación con respecto a la apelación dentro de los siguientes plazos:

- **Revisiones externas:** en el plazo de 45 días tras la asignación del Comisionado.
- **Revisiones externas que involucran un tratamiento experimental o de investigación:** en el plazo de 20 días tras la asignación del Comisionado.
- **Revisiones externas aceleradas:** tan aceleradas como lo requiera la afección de la persona cubierta, pero a más tardar 72 horas tras la asignación del Comisionado.
- **Revisiones externas aceleradas que involucran un tratamiento experimental o de investigación:** tan aceleradas como lo requiera la afección de la persona cubierta, pero a más tardar cinco días tras la asignación del Comisionado.

Efecto vinculante de la decisión de apelación externa

Una vez finalizada la revisión, la Organización de Revisión Independiente comunicará su decisión por escrito a la persona cubierta, a su representante (si corresponde), al Comisionado y a Anthem o Quantum Health, según corresponda. Si la decisión es revocar o revisar la determinación adversa inicial o final, la decisión será vinculante para el Plan de Beneficios Médicos, sin perjuicio del derecho de cualquiera de las partes a solicitar una revisión judicial en virtud de la legislación federal o estatal.

Disposiciones generales

Este Documento del plan sustituye a todos los demás acuerdos o descripciones de beneficios proporcionados según el Plan de Beneficios Médicos.

Tarjetas de identificación

Las tarjetas de identificación emitidas a una persona cubierta y a sus dependientes cubiertos conforme a este Plan de Beneficios Médicos son solo para fines de identificación. La posesión de la tarjeta de identificación no confiere ningún derecho a los servicios cubiertos ni a otros beneficios. Para tener derecho a dichos servicios o beneficios, el titular de la tarjeta de identificación debe ser, de hecho, un afiliado cubierto o un dependiente cubierto en cuyo nombre se hayan abonado todas las contribuciones aplicables a los costos de los beneficios de conformidad con este Plan de Beneficios Médicos. Toda persona que reciba servicios u otros beneficios a los que no tenga derecho en ese momento según las disposiciones de este Plan de Beneficios Médicos será responsable del costo real de dichos servicios o beneficios. Además, cualquier afiliado cubierto que no notifique al Empleador participante un cambio de circunstancias que afecte a la situación de elegibilidad del dependiente cubierto (lo que incluye, entre otros divorcio, separación legal, finalización de la custodia legal, un hijo que cumple 26 años, etc.) tendrá el valor justo de mercado de la cobertura declarado como ingreso y, si trabaja activamente, puede estar sujeto a medidas disciplinarias, incluido el despido.

Notificación

Toda notificación que, en virtud del presente Documento del plan, deba entregarse al Empleador participante o al Patrocinador del plan podrá enviarse por correo de Estados Unidos, de primera clase, con franqueo pagado, a la dirección que se indica en *Contactos*. La notificación a una persona cubierta se enviará a la última dirección que el Plan de Beneficios Médicos tenga de dicha persona cubierta. La persona cubierta acuerda enviar una notificación al Empleador participante, en el plazo de 31 días, de cualquier cambio en la dirección.

Las notificaciones dirigidas al patrocinador del Plan deben enviarse a la Oficina del Contralor del Estado, a la atención de la División de Política Sanitaria y Servicios de Prestaciones, 165 Capitol Avenue, Hartford, CT 06106. La notificación a una persona cubierta se enviará a la dirección de esta que aparezca en los registros del Empleador participante.

Interpretación del Plan de Beneficios Médicos

Las leyes de estado de Connecticut deben aplicarse a la interpretación de este Plan de Beneficios Médicos.

Género

El uso de cualquier género en este documento del Plan se considera que incluye el otro género y, cuando corresponda, el uso del singular se considera que incluye el plural (y viceversa).

Modificaciones

Este Documento del plan está sujeto a enmiendas, modificaciones y rescisión de conformidad con esta disposición y los convenios colectivos aplicables que afecten a la cobertura, los beneficios y los servicios de asistencia médica del Plan de Salud para Empleados del estado de Connecticut.

Errores administrativos

Un error administrativo, ya sea por parte del Patrocinador del plan, Quantum Health o Anthem BCBS, con respecto al Documento del plan o cualquier otra documentación emitida por Quantum Health o Anthem BCBS en relación con el Plan de Beneficios Médicos, o en el mantenimiento de cualquier registro relativo a la cobertura según este documento, no modificará ni invalidará la cobertura legítimamente vigente ni continuará la cobertura válidamente finalizada.

Políticas y procedimientos

El Plan de Beneficios Médicos puede adoptar políticas, procedimientos, normas e interpretaciones razonables para promover una administración ordenada y eficaz de este Plan, que la persona cubierta deberá cumplir.

Exención

La exención de cualquiera de las partes al incumplimiento de cualquier disposición del acuerdo no se interpretará como una exención a cualquier incumplimiento posterior de ella o de cualquier otra disposición. El no ejercer cualquier derecho no supondrá la renuncia a él.

Información de salud protegida

A menos que la ley lo disponga de otra manera y sujeto a la obtención de una certificación por escrito según este apartado, el Plan de Beneficios Médicos podrá divulgar la INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) al Patrocinador del plan siempre y cuando este utilice o divulgue la PHI solo a los siguientes fines.

- Realizar las funciones de administración del Plan de Beneficios Médicos, que desempeña el Patrocinador del plan.
- Obtener ofertas de primas de las aseguradoras para proporcionar cobertura.
- Modificar, enmendar o rescindir el plan de salud colectivo.

Sin perjuicio de las disposiciones contrarias del Plan de Beneficios Médicos, en ningún caso el Patrocinador del plan utilizará o divulgará la PHI de una manera que sea incompatible con la sección 164.504(f) del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR).

Información sobre la participación. Sin perjuicio de lo dispuesto en este apartado, el Plan de Beneficios Médicos podrá revelar al Patrocinador del plan información relativa a la participación o afiliación.

Condiciones para la divulgación. Con respecto a cualquier divulgación, el Patrocinador del plan deberá acogerse a lo siguiente:

- No utilizar ni divulgar la PHI más allá de lo permitido o exigido por el Plan de Beneficios Médicos o según lo exija la ley.
- Garantizar que todos los agentes, contratistas o subcontratistas a los que proporcione la PHI acepten las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador del plan con respecto a la PHI.
- No utilizar ni divulgar la PHI para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro plan de beneficios para empleados del Patrocinador del plan.
- Informar de cualquier uso o divulgación de la información que sea incompatible con el uso o las divulgaciones previstas de las que tenga conocimiento.
- Poner a disposición la PHI de conformidad con el la sección 164.524 del Título 45 del CFR.
- Poner a disposición la PHI para su enmienda e incorporar cualquier enmienda a la PHI de acuerdo con la sección 164.526 del Título 45 del CFR.
- Poner a disposición la información necesaria para dar cuenta de las divulgaciones de conformidad con la sección 164.528 del Título 45 del CFR.
- Poner a disposición de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos sus prácticas internas, libros y registros relativos al uso y divulgación de la PHI con el fin de determinar el cumplimiento del Plan de Beneficios Médicos con la subparte E de la sección 164 del Título 45 del CFR.
- De ser posible, devolver o destruir toda la información de la PHI recibida que el Patrocinador del plan aún conserve en cualquier forma, y no conservar ninguna copia aquella cuando ya no sea necesaria para el fin para el cual se divulgó. Si dicha devolución o destrucción no es

factible, el Patrocinador del plan limitará los usos y divulgaciones posteriores a aquellos fines que hagan inviable la devolución o destrucción.

- Garantizar que se cumpla la separación adecuada entre el Plan de Beneficios Médicos y el Patrocinador del plan, exigida por la sección 504(f)(2)(iii) del Título 45 del CFR.
- Proteger razonable y apropiadamente la PHI electrónica creada, recibida, mantenida o transmitida al Patrocinador del plan o por este en nombre del Plan de Beneficios Médicos.

Certificación del Patrocinador del plan. Una aseguradora divulgará la información PHI al Patrocinador del plan solo después de recibir la certificación de este de que el Documento del plan incorpora las disposiciones de la sección 164.504(f)(2)(ii) del Título 45 del CFR y de que el Patrocinador del plan acepta las condiciones de divulgación establecidas en este apartado. El Plan de Beneficios Médicos no divulgará ni podrá permitir que una aseguradora divulgue la PHI al Patrocinador del plan, según lo permitido en este documento, a menos que la declaración exigida por la sección 164.504(b)(1)(iii)(C) del Título 45 del CFR se incluya en la notificación correspondiente.

Separación adecuada entre el Plan de Beneficios Médicos y el Patrocinador del plan. El Patrocinador del plan solo permitirá que los empleados de la Oficina del Contralor del Estado, División de Política Sanitaria y Servicios de Prestaciones tengan acceso a la PHI para realizar las funciones de administración del plan que el Patrocinador del plan realiza para el Plan de Beneficios Médicos. En caso de que alguno de estos empleados especificados no cumpla con las disposiciones de este apartado, dicho empleado estará sujeto a medidas disciplinarias por parte del Patrocinador del plan por incumplimiento, de conformidad con los procedimientos disciplinarios y de cese de la relación laboral del Patrocinador del plan.

Usos y divulgaciones permitidos de la INFORMACIÓN DE SALUD RESUMIDA. Sin perjuicio de lo mencionado anteriormente en este apartado, una aseguradora puede divulgar información de salud resumida al Patrocinador del plan a los siguientes fines:

- Obtener ofertas de primas para proporcionar cobertura de beneficios médicos de conformidad con el Plan de Beneficios Médicos.
- Modificar, enmendar o finalizar el Plan de Beneficios Médicos.

Glosario

Administrador: Quantum Health, la entidad elegida por el estado de Connecticut para administrar los beneficios y tomar decisiones de certificación previa y gestión de utilización para todos los servicios, excluidos los medicamentos especializados cubiertos por el Plan Médico y los servicios de salud conductual/abuso de sustancias.

Internación: período comprendido entre la fecha en que la persona cubierta ingresa en el hospital, centro de enfermería especializada, centro de tratamiento del abuso de sustancias, centro de tratamiento residencial, centro de cuidados paliativos u otro centro de hospitalización como paciente internado hasta la fecha del alta. Al contar los días de servicios de hospitalización, la fecha de ingreso y la fecha de alta se combinan para contarlas como un solo día.

Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio: la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (P.L. 111-148) y la Ley de Reconciliación de la Atención Médica y la Educación de 2010.

Gasto permitido: gasto permitido médicamente necesario, para un concepto de gasto por atención médica, cuando el concepto de gasto, lo que incluye cualquier monto de copago, está cubierto, al menos en parte, por uno o más planes que cubren a la persona cubierta para la que se realiza la reclamación. Cuando este Plan de Beneficios Médicos proporciona servicios cubiertos, el valor razonable en efectivo de cada servicio cubierto es el gasto permitido y es un beneficio pagado.

Preparado modificado con aminoácidos: producto destinado al tratamiento alimentario de una enfermedad metabólica hereditaria bajo la dirección de un médico.

Autorización: aprobación que se ha obtenido de Quantum Health o Anthem BCBS para las internaciones de emergencia de una persona cubierta en un hospital, centro de enfermería especializada, centro de tratamiento del abuso de sustancias, centro de tratamiento residencial u centro de cuidados paliativos cuando se requiera según los términos de este Plan de Beneficios Médicos.

Terapia conductual del autismo: terapia conductual proporcionada por un analista conductual certificado por el Consejo de Certificación de Analistas Conductuales, un médico o psicólogo licenciado.

- **Supervisión:** al menos una hora de supervisión presencial del proveedor de servicios de autismo por cada diez horas de terapia conductual proporcionada por el asistente del analista conductual certificado supervisado o el terapeuta conductual.

Trastornos del espectro autista: como se establece en la edición más reciente del "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" de la Asociación Americana de Psiquiatría, los resultados de un diagnóstico de trastorno del espectro autista serán válidos durante un período de doce meses, a menos que el médico, el psicólogo o el trabajador social clínico certificados de la persona cubierta determinen que es apropiado un período más corto o modifiquen los resultados del diagnóstico de la persona cubierta.

Terapia conductual: cualquier terapia conductual interactiva derivada de la investigación basada en la evidencia, incluidos, entre otros, el análisis conductual aplicado, la terapia cognitivo-conductual u otras terapias apoyadas en la evidencia empírica del tratamiento efectivo de individuos diagnosticados con un trastorno del espectro autista, que sean:

- proporcionados a menores de 21 años; y
- proporcionados por un proveedor de terapia conductual del autismo o bajo su supervisión.

Año calendario: período que comienza a las 12:01 a. m. del 1 de enero y finaliza a medianoche del 31 de diciembre del mismo año.

Ensayo clínico: estudio organizado, sistemático y científico de terapias, pruebas u otras intervenciones clínicas con fines de tratamiento del cáncer y otras enfermedades o afecciones potencialmente mortales. Un ensayo clínico aprobado significa un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se lleva a cabo en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal y se describe en cualquiera de los subapartados siguientes:

- Ensayo financiado con fondos federales: un ensayo aprobado debe realizarse bajo los auspicios de un protocolo independiente revisado por pares que haya sido revisado y aprobado por las siguientes entidades:
 - los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
 - la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención médica
 - los Centros de servicios de Medicare y Medicaid
 - el grupo cooperativo o el centro de cualquiera de las entidades descritas anteriormente o el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos
 - una entidad de investigación no gubernamental especializada identificada en las directrices publicadas por los Institutos Nacionales de Salud para las subvenciones de apoyo a centros
 - Cualquiera de los siguientes departamentos si el estudio o investigación se realiza en el marco de una solicitud de nuevo fármaco en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos:
 - » el Departamento de Defensa
 - » el Departamento de Energía
 - » el Departamento de Asuntos de Veteranos
- El estudio o la investigación se realiza en el marco de una solicitud de nuevo fármaco en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- El estudio o investigación es un ensayo farmacológico que está exento de contar con dicha solicitud de nuevo medicamento en investigación.

Aseguradora: Anthem Blue Cross and Blue Shield, la entidad elegida por el estado de Connecticut para administrar los beneficios y tramitar las reclamaciones del Plan de Beneficios Médicos. En lo que respecta a la administración de los beneficios, el término se refiere a la aseguradora que ha expedido una tarjeta de identificación a la persona cubierta.

Gestión de casos: proceso de evaluación y organización del tratamiento médicamente necesario para los pacientes, identificado mediante el uso de uno o más programas de atención gestionada.

Atención crónica: atención para una afección que continúa o reaparece durante un período prolongado y se caracteriza por una pérdida lenta y progresiva de la función o una pérdida estática o estacionaria de la función en la que la mejoría objetiva medible es escasa o nula a pesar de la intervención terapéutica.

Período de determinación de reclamaciones: período de determinación de la reclamación significa un año calendario. Sin embargo, no incluye ninguna parte de un año calendario durante el cual una persona no tenga cobertura según este Plan de Beneficios Médicos, ni ninguna parte de un año calendario anterior a la fecha en que entren en vigencia las disposiciones de la COB o una disposición similar.

Copago: porcentaje fijo de la cantidad máxima permitida para los servicios cubiertos que la persona cubierta debe pagar, tal y como se especifica en el *Programa de beneficios médicos*.

Revisión concurrente: proceso de seguimiento de una internación hospitalaria para decidir su necesidad médica continuada, desde la asignación de la certificación previa inicial de días hasta el alta de la persona cubierta.

Copago: cantidad fija que la persona cubierta debe abonar por los servicios cubiertos. Esta cuota se añade a las primas pagadas por y en nombre de la persona cubierta y la persona cubierta debe pagarla por los servicios cubiertos en el momento en que se prestan dichos servicios.

Costo compartido: monto que la persona cubierta debe pagar por los servicios cubiertos.

Costo compartido máximo: el monto del deducible y del coseguro que paga la persona cubierta por año calendario. El costo compartido máximo no incluye los gastos aplicables a los servicios que superen los límites del Plan de Beneficios Médicos para dichos beneficios, los gastos compartidos para trasplantes de órganos y tejidos humanos cuando el centro no esté designado ni aprobado por la aseguradora, ni los gastos que superen el monto máximo permitido.

Afiliado cubierto: persona elegible e inscrita para recibir servicios cubiertos debido a un empleo pasado o presente con el Empleador participante.

Persona cubierta: persona dependiente de un afiliado cubierto que está inscrita en este Plan de Beneficios Médicos y es elegible para recibir beneficios por los servicios cubiertos.

Servicios cubiertos: servicios, suministros o tratamiento según lo descrito en este Documento del plan. Para considerarse un servicio cubierto, el servicio, suministro o tratamiento debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser médicamente necesario o estar específicamente incluido como un beneficio en virtud de este Documento del plan.
- Estar dentro del alcance de la licencia del proveedor que presta el servicio.
- Ser prestado durante la vigencia de la cobertura de este Documento del plan.
- No ser experimental ni de investigación o, de otro modo, estar excluido o limitado por el Documento del plan.

- Estar autorizado con anticipación por la aseguradora si dicha certificación previa es necesaria en virtud del Documento del plan.

Cuidados de compañía: cuidado cuyo objetivo principal es ayudar a la persona cubierta en las actividades de la vida diaria o en la satisfacción de necesidades personales más que médicas, y que no constituyen un tratamiento específico de una enfermedad o lesión. Es un cuidado que no se espera que mejore de manera sustancial una afección médica y tiene un valor terapéutico mínimo. Dicho cuidado incluye, entre otros, lo siguiente:

- ayuda para caminar, bañarse o vestirse
- traslado o ubicación en la cama
- medicamento normalmente autoadministrado
- preparación de comida
- alimentación por utensilio, sonda o gastrostomía
- higiene bucal
- cuidado diario de la piel y de las uñas
- cuidado del catéter
- aspiración mecánica
- uso del baño
- enemas
- preparación de dietas especiales, supervisión del equipo médico o los ejercicios
- autoadministración de medicamentos orales que no requieren la atención constante de personal médico formado

Los cuidados pueden ser de compañía tanto si los recomienda o realiza un profesional como si se realizan en un centro (p. ej., un hospital o un centro de enfermería especializada) o en el domicilio.

Fecha de ubicación: la asunción y retención por parte de una persona de una obligación legal de manutención total o parcial de un menor en previsión de la adopción del niño.

Programa diurno/nocturno: tratamiento continuo que consiste en no menos de cuatro horas y no más de 12 horas en un período de 24 horas cuando se recibe en un hospital general o especializado, o en un centro de tratamiento del abuso de sustancias.

Deducible: monto fijo anual en dólares que una persona cubierta debe pagar antes de que el Plan de Beneficios Médicos abone los servicios médicos cubiertos. El deducible se empieza a acumular a partir del 1 de julio de cada año. El deducible excluye primas, copagos, coseguros, cargos por saldo facturado y pagos por servicios que el Plan de Beneficios Médicos no cubre. Hay dos deducibles en este Plan de Beneficios Médicos, un deducible fuera de la red y el deducible anticipado. Ambos deducibles comienzan el 1 de julio, el primer día del Año del plan.

- **Deducible fuera de la red:** monto que una persona cubierta debe pagar antes de que el Plan de Beneficios Médicos comience a pagar por los servicios fuera de la red cubiertos. El

deducible fuera de la red es \$300 por persona y \$900 por familia por año. No se aplica este deducible a los servicios dentro de la red.

- **Deducible anticipado:** monto que una persona cubierta debe pagar antes de que el Plan de Beneficios Médicos comience a pagar por los servicios cubiertos. Se aplica este deducible a los servicios dentro de la red. Para los servicios dentro de la red, el deducible anticipado solo se aplica a los servicios indicados como "sin copago", a excepción de los indicados como "atención preventiva". El deducible anticipado es de \$350 por persona y \$350 por familiar, hasta un máximo de \$1,400 al año. El deducible anticipado no se aplica si un afiliado cubierto está inscrito y cumple con el Plan de Mejora de la Salud.

Dependiente: cónyuge legítimo de un afiliado cubierto conforme a un matrimonio existente legalmente válido, a la pareja de hecho de un afiliado cubierto conforme a una unión civil legalmente válida y a cualquier hijo del afiliado cubierto o de su cónyuge que cumpla con los requisitos de cobertura establecidos en el presente Documento del plan, incluido el Anexo.

Donante: persona que proporciona tejido orgánico para su trasplante en un receptor histocompatible.

Equipo médico duradero: equipo que cumple con las siguientes características:

- Está diseñado para el uso repetido en la atención, diagnóstico o tratamiento médicamente necesarios de una enfermedad o lesión.
- Mejora la función de una parte del cuerpo malformada, o previene o retrasa el empeoramiento de la enfermedad de la persona cubierta.
- No es útil en ausencia de lesión o enfermedad.

Fecha de entrada en vigencia: fecha en que un afiliado cubierto y sus dependientes cubiertos, si los hubiera, son aceptados por el Empleador participante y reúnen los requisitos para recibir los beneficios por los servicios cubiertos según este Plan de Beneficios Médicos.

Experimental o de investigación: servicios o suministros que incluyen, entre otros, cualquier tratamiento, equipo, medicamento, uso de medicamentos, dispositivo o suministro que el Patrocinador del plan determine, a su entera discreción, que son experimentales o de investigación.

Al tomar su decisión, el Patrocinador del plan considerará que un servicio o suministro es experimental o de investigación si satisface uno o más de los siguientes criterios:

- El servicio o suministro no cuenta con la aprobación definitiva del organismo u organismos gubernamentales reguladores correspondientes, o dicha aprobación para la comercialización no se ha concedido en el momento de brindar el servicio o suministro.
- Se revisó un formulario de consentimiento informado por escrito para el servicio o suministro específico que se está estudiando, o ha sido aprobado o es exigido por la Junta de Revisión Institucional del centro tratante, u otro organismo que desempeñe una función similar o si la legislación federal exige dicha revisión y aprobación.
- El servicio o suministro es objeto de un protocolo, protocolos o estudio de ensayo clínico, o se están estudiando de otro modo para determinar su dosis de toxicidad máxima tolerada, su

toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico.

Sin perjuicio de lo anterior, los servicios o suministros no se considerarán experimentales si han superado con éxito un ensayo clínico de fase III de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para la enfermedad o afección tratada o el diagnóstico para el que se indican.

Además, un servicio o suministro puede considerarse experimental o de investigación en función de:

- informes y artículos publicados en la literatura médica, científica y de revisión por pares;
- el protocolo o los protocolos escritos utilizados por el centro tratante o por otro centro que estudie sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento; o
- el consentimiento informado escrito que utilice el centro tratante u otro centro que estudie sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento.

Trastorno de identidad de género: estado en el que una persona siente una fuerte y persistente identificación con el género opuesto acompañada de una grave sensación de incomodidad en su propio género.

Procedimientos de diagnóstico por imágenes de alto costo: detecciones por RM, ARM, TAC, ATC, PET y SPECT.

Centro de cuidados paliativos: establecimiento, organización o agencia que se dedica principalmente a proporcionar alivio del dolor, tratamiento de los síntomas y servicios de apoyo a enfermos terminales y a sus familias.

Hospital: institución que presta servicios continuos las 24 horas a pacientes confinados y cuya función principal es proporcionar instalaciones diagnósticas y terapéuticas para el diagnóstico, tratamiento o atención quirúrgica y médica de personas heridas o enfermas. El personal profesional de médicos y cirujanos certificados deben proporcionar o supervisar los servicios. La institución debe ofrecer instalaciones y servicios hospitalarios generales y de cirugía mayor o servicios especializados.

- **Hospital general:** hospital autorizado como tal por el estado de Connecticut y que cuenta con la acreditación correspondiente de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (JCAHO). Si está fuera del estado, un hospital general debe contar con una autorización y acreditación estatal equivalente.
- **Hospital especializado:** hospital que no es un hospital general, pero está autorizado por el estado de Connecticut como un hospital con especialización de cierto tipo y que cuenta con la acreditación correspondiente de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (JCAHO). Si está fuera del estado, un hospital especializado debe contar con una autorización y acreditación estatal equivalente.
- **Hospital participante:** hospital designado y aceptado como hospital participante por la aseguradora para proporcionar servicios cubiertos a las personas cubiertas según los términos del Plan de Beneficios Médicos.

- **Hospital no participante:** cualquier hospital debidamente autorizado que no sea una hospital participante según los términos del Plan de Beneficios Médicos.
- **Hospital de campaña móvil:** instalación modular y transportable utilizada de forma intermitente, desplegada a discreción del gobernador o de la persona designada por el gobernador con fines de capacitación o en caso de una emergencia de salud pública o de otro tipo, con fines de atención de aislamiento o de triaje y tratamiento durante un siniestro masivo o para proporcionar capacidad de refuerzo a un hospital durante un siniestro masivo o un fallo de la infraestructura, y está autorizada como tal por el estado de Connecticut.

Las siguientes instalaciones no deben considerarse hospitales:

- una unidad de convalecencia o de cuidados prolongados dentro del hospital o una filial de este
- una clínica no hospitalaria
- una residencia de ancianos, de descanso o de convalecencia, o un centro de cuidados prolongados
- una institución que funciona principalmente para el cuidado de personas mayores
- un centro de salud, spa o centro de descanso
- cualquier centro que no cuente con la correspondiente autorización estatal y no esté acreditado como hospital por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (JCAHO), excepto un hospital situado fuera de Estados Unidos

Tarjeta de identificación: tarjeta emitida por la aseguradora a un afiliado cubierto o dependiente con fines de identificación. La persona cubierta debe mostrar la tarjeta de identificación para obtener los servicios cubiertos.

Plan de tratamiento individual: plan de tratamiento indicado por un médico con metas y objetivos específicos alcanzables y adecuados tanto para el paciente como para la modalidad de tratamiento del programa.

Infertilidad: Infertilidad: la presencia de una condición reconocida por un médico autorizado como causa de pérdida o deterioro de la fertilidad; o la imposibilidad de lograr el embarazo después de doce meses de relaciones sexuales sin protección cuando la pareja produce los espermatozoides y óvulos necesarios para lograr el embarazo o después de un período de tiempo consistente con la práctica médica establecida y las guías profesionales publicadas por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva o una organización similar.

Dentro de la red: un médico, proveedor o centro tiene un contrato de participación con la aseguradora que ha emitido la tarjeta de identificación a la persona cubierta inscrita en ese Plan de Beneficios Médicos.

Paciente internado: persona cubierta que ocupa una cama en un hospital u otro centro de asistencia de 24 horas, recibe alojamiento y diagnóstico, cuidados o tratamiento y se cuenta como paciente internado en el momento de un censo hospitalario o de un centro de asistencia de 24 horas.

Centro de hospitalización: centro distinto de un hospital que proporciona alojamiento y diagnóstico, atención o tratamiento durante las 24 horas del día a los pacientes, como un centro de enfermería especializada, un centro de cuidados paliativos, un centro de tratamiento del abuso de sustancias, un centro de atención por abuso de sustancias o un centro de tratamiento residencial.

Afiliado tardío: empleado, jubilado o dependiente elegible que solicita la inscripción después de la fecha de entrada en vigencia de la Inscripción abierta del Empleador participante, si corresponde o más de 31 días después de la primera oportunidad del empleado, jubilado o dependiente de inscribirse para obtener cobertura en cualquier plan de beneficios de salud patrocinado por el Empleador participante.

Discapacidad de aprendizaje: trastorno en uno o más procesos fisiológicos básicos involucrados en la comprensión o el uso del lenguaje hablado o escrito. Se puede manifestar en trastornos del aprendizaje, el pensamiento, la comunicación, la lectura, la escritura, la ortografía, la aritmética o la percepción social.

Producto alimenticio modificado de bajo contenido de proteínas: producto formulado para contener menos de un gramo de proteínas por ración y destinado al tratamiento alimentario de una enfermedad metabólica hereditaria bajo la dirección de un médico.

Cuidados de mantenimiento: tratamiento proporcionado para el bienestar continuado de la persona cubierta mediante la prevención del deterioro de la afección clínica crónica de la persona cubierta y mantenimiento de un estado estacionario alcanzado, que es un punto en el que la mejora de la función musculoesquelética es escasa o nula a pesar de la terapia.

Monto máximo permitido: por monto máximo permitido se entenderá, salvo que la ley disponga otra cosa:

- un monto acordado por la aseguradora y un proveedor participante como compensación total por los servicios cubiertos prestados a una persona cubierta; o
- con respecto a un proveedor no participante, un monto designado por la aseguradora y basado en el monto pagado a un proveedor participante por un servicio en particular.

Cuando corresponda, la persona cubierta tiene la obligación de pagar los gastos compartidos como componente de este monto máximo permitido. El monto que el Patrocinador del plan pagará por los servicios cubiertos será el monto máximo permitido o el cargo facturado, el que sea menor. El monto que pagará la persona cubierta en concepto de gastos compartidos se calculará sobre la base del monto máximo permitido o de los gastos facturados, el que sea menor.

Tenga en cuenta que el monto máximo permitido puede ser superior o inferior a los gastos facturados por el proveedor participante por el servicio cubierto.

Emergencia médica: afección médica o conductual cuya aparición es súbita, que se manifiesta por síntomas de suficiente gravedad, incluido dolor intenso, que una persona prudente no experta, que posea un conocimiento medio de medicina y salud, podría razonablemente esperar que, en ausencia de atención médica inmediata, provoque:

- un grave peligro para la salud de la persona cubierta afectada o, en el caso de un trastorno conductual, un grave peligro para la salud de dicha persona cubierta o de otras personas;

- deterioro grave de las funciones corporales de la persona cubierta;
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de dicha persona cubierta; o
- desfiguración grave de dicha persona cubierta.

Las emergencias médicas incluyen, entre otras, las siguientes afecciones:

- dolor torácico intenso
- lesiones graves o múltiples
- dificultad grave para respirar
- pérdida de conocimiento
- cambio repentino del estado mental (p. ej., desorientación)
- hemorragia grave
- intoxicaciones
- convulsiones
- dolores agudos o afecciones que requieren atención inmediata (sospecha de ataque cardíaco o apendicitis)

La aseguradora tendrá derecho a revisar todas las historias clínicas pertinentes y a tomar la decisión final sobre la existencia de una emergencia médica. En lo que respecta a dichas revisiones retrospectivas, el Plan de Beneficios Médicos solo cubrirá aquellos servicios y suministros que se determinen médicamente necesarios y que se realicen para tratar o estabilizar una situación de emergencia médica.

Todas las emergencias médicas que cumplan con los criterios de una emergencia médica se tratarán como un servicio dentro de la red, independientemente del lugar donde se reciba la atención, siempre que se hayan seguido los protocolos de notificación.

Médicamente necesario (necesidad médica): servicio indicado por un médico o proveedor debidamente autorizado y que puede ser un servicio cubierto que un médico, ejerciendo un criterio clínico prudente, proporcionaría a un paciente con el fin de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas, y que es:

- acorde con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica;
- clínicamente apropiado, en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración, y considerado eficaz para la enfermedad, lesión o dolencia del paciente; y
- no principalmente para la comodidad del paciente, médico u otro proveedor de atención médica, y no más costoso que un servicio alternativo o secuencia de servicios con al menos la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes en cuanto al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, lesión o dolencia del paciente.

A los fines de este subapartado, por "normas generalmente aceptadas de la práctica médica" se entienden las normas con base en pruebas científicas creíbles publicadas en la literatura médica revisada por pares y generalmente reconocida por la comunidad médica pertinente o, de otro

modo, coherentes con las normas establecidas en cuestiones normativas que impliquen un criterio clínico.

Medicare: Título XVIII de la Ley de Seguridad Social de 1965, en su versión enmendada.

Servicio militar: cumplimiento del deber de forma voluntaria o involuntaria que incluye el servicio activo, el servicio activo con fines de capacitación, el servicio activo inicial con fines de capacitación, el servicio inactivo con fines de capacitación y el servicio a tiempo completo en la Guardia Nacional.

Inscripción abierta: período durante el cual el Empleador participante permite a los empleados (o jubilados) seleccionar o hacer cambios a la cobertura médica colectiva para sí mismos o para sus dependientes.

Fuera de la red: servicios que se han obtenido de un médico no participante, hospital no participante u otro proveedor no participante no afiliado a la aseguradora de conformidad con el Plan de Beneficios Médicos. Según el Plan de Beneficios Médicos, obtener tratamiento o atención de un proveedor fuera de la red puede dar lugar a que los servicios no estén cubiertos en absoluto o a que estén cubiertos, pero requieran que la persona cubierta cumpla con un deducible, pague una parte del monto permitido (normalmente el 20%) y siga siendo responsable del pago de los cargos facturados que superen el monto máximo permitido por la aseguradora por el servicio obtenido. Sin embargo, si un afiliado obtiene servicios cubiertos que no son de emergencia prestados por un proveedor fuera de la red durante una visita a un centro dentro de la red, el Plan no impondrá un costo compartido por dichos servicios que sea mayor que el requisito de costo compartido que se aplicaría si dichos servicios se hubieran prestado dentro de la red, y el Plan contará dicho costo compartido para cualquier deducible dentro de la red y máximo a cuenta del afiliado. Un proveedor fuera de la red no facturará a un afiliado el saldo de los servicios prestados en un centro dentro de la red a menos que el proveedor haya notificado y obtenido el consentimiento del afiliado según lo dispuesto en el estatuto, sección 300gg-aaa(b)(1) del Título 42 del Código de Estados Unidos (U.S.C.). El aviso y el consentimiento no se aplicarán para los siguientes servicios auxiliares:

- artículos y servicios relacionados con la medicina de emergencia, la anestesiología, la patología, la radiología y la neonatología, prestados o no por un médico, o un profesional no médico, y artículos y servicios prestados por cirujanos auxiliares, hospitalistas e intensivistas
- servicios de diagnóstico, incluidos servicios de radiología y laboratorio (salvo que el Secretario de Salud y Servicios Humanos lo especifique mediante reglamentación)
- artículos y servicios prestados por otros médicos especialistas, según especifique el Secretario mediante reglamentación
- artículos y servicios prestados por un proveedor no participante si no hay ningún proveedor participante que pueda suministrar dicho artículo o servicio en dicho centro

Máximo a cuenta del afiliado: monto máximo que una persona cubierta pagaría durante un período de cobertura (normalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Lo siguiente **no** se incluye en el cálculo del máximo a cuenta del afiliado:

- primas
- cargos por saldo facturado

- servicios de atención médica que no cubre el Plan de Beneficios Médicos

Paciente ambulatorio: persona cubierta que recibe servicios en la sala de emergencias de un hospital, en el consultorio de un médico o en un centro quirúrgico ambulatorio, y que abandona el hospital en menos de 24 horas.

Hospitalización parcial: tratamiento continuo en un hospital general, hospital de especialidad o centro de tratamiento residencial que consiste en no menos de cuatro horas y no más de 12 horas en cualquier período de 24 horas.

Empleador participante: municipio, subdivisión política o consejo de educación que opta por asegurar la cobertura de beneficios de salud de conformidad con el Plan de Beneficios Médicos para sus empleados activos y jubilados (si corresponde) y sus dependientes elegibles, y según pueda ser complementado por el Anexo.

Médico: cualquier Doctor en Medicina (M.D.), médico osteópata (D.O.), dentista (D.D.S./D.M.D.), podólogo (Pod. D/D.S.C./D.P.M.), doctor en Quiropráctica (D.C.), naturópata (N.D.), optometrista (O.D.), psicólogo (Ph.D./E.D./PsyD.) o cualquier otro profesional autorizado para ejercer en el estado en el que se prestan los servicios.

Plan: cualquiera de ellos que proporcione beneficios o servicios para atención o tratamientos médicos u odontológicos, o a causa de ellos.

- Seguros grupales o cobertura de tipo grupal, ya sea asegurados o autoasegurados. Esto incluye las coberturas de prepago, de las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), de prácticas de grupo o individuales, así como las coberturas de seguro que no están disponibles para el público en general y que solo pueden obtenerse y mantenerse gracias a la cobertura en una organización o grupo concreto o a la conexión con ellos; no incluye las coberturas por accidentes para estudiantes o las coberturas por accidentes y médicas para estudiantes por las que estos o sus padres pagan la totalidad de la prima.
- Cobertura de acuerdo con un plan gubernamental, o exigida o prevista por la ley. Esto no incluye un plan estatal de conformidad con Medicaid (Título XIX, Subvenciones a los Estados para Programas de Asistencia Médica, con la Ley de Seguridad Social de Estados Unidos, según se enmiende de vez en cuando). Tampoco incluye ningún plan cuando, por ley, sus beneficios sean superiores a las de cualquier programa de seguro privado u otro programa no gubernamental. Tampoco incluye los contratos grupales emitidos por la Asociación de Reaseguro Sanitario o reasegurados a través de esta, ni los contratos de suscriptores emitidos por un mecanismo de mercado residual establecido por corporaciones de servicios hospitalarios y médicos y que proporcionan una cobertura de salud integral según lo dispuesto en la Ley de Atención Médica de Connecticut en su redacción actual o en sus enmiendas posteriores.
- Cobertura de los beneficios médicos de los contratos grupales, de tipo grupal e individuales independiente de culpabilidad y tradicionales con culpabilidad para automóviles.

Cada contrato u otro acuerdo de cobertura conforme a los puntos primero y segundo constituye un plan independiente.

Documento del plan: este documento (incluidas las cláusulas adicionales y modificaciones), que describe los derechos, los beneficios, los términos, las condiciones y las limitaciones de la cobertura disponible para los afiliados cubiertos y los dependientes elegibles.

Patrocinador del plan: la Oficina del Contralor del Estado en nombre del estado de Connecticut.

Certificación previa: aprobación previa que debe obtenerse de la aseguradora antes de que una persona cubierta tenga derecho a recibir beneficios por determinados servicios cubiertos.

Proveedor preferido: centro o profesional de la salud debidamente autorizado o certificado que ha sido designado por la aseguradora de la persona cubierta como proveedor de servicios de alto valor y cuya utilización puede dar derecho a copagos reducidos o pagos incentivados.

Atención preventiva: servicios médicos que han demostrado, mediante pruebas clínicas, ser seguros y eficaces para la detección temprana de enfermedades o la prevención de estas, que han demostrado tener un efecto beneficioso sobre los resultados en materia de salud y que, como exige la legislación aplicable, incluyen los siguientes:

- Artículos o servicios basados en la evidencia que tienen en vigencia una calificación de "A" o "B" en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de Estados Unidos.
- Vacunas que tienen en vigencia una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- Con respecto a los bebés, niños y adolescentes, la atención preventiva basada en la evidencia y las pruebas de detección previstas en las directrices generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA).
- Con respecto a las mujeres, dicha atención preventiva adicional y las pruebas de detección previstas en las directrices generales respaldadas por la HRSA.
- Con respecto a las mujeres, incluyen el costo de alquilar o comprar un extractor de leche por cada embarazo en combinación con el parto. Los beneficios solo están disponibles si los extractores de leche se obtienen de un proveedor de DME, hospital, médico u otro proveedor autorizado para suministrar dichos equipos.

Plan primario: plan cuyos beneficios para la cobertura de atención médica de una persona deben determinarse sin tener en cuenta la existencia de ningún otro plan. Un plan es primario si cumple con las siguientes condiciones:

- No tiene normas de determinación del orden de los beneficios o tiene normas que difieren de las establecidas en este Documento del plan.
- Todos los planes que cubren a la persona aplican las normas de determinación del orden de los beneficios establecidos en este Documento del plan y, según dichas normas, el plan determina en primer lugar sus beneficios. Puede haber más de un plan principal (por ejemplo, dos planes que no tienen normas de determinación del orden de los beneficios).

Cuando este Plan de Beneficios Médicos es el plan principal, los servicios cubiertos se prestan o se cubren sin tener en cuenta los beneficios del otro plan.

Constancia: cualquier información que pueda ser requerida por la aseguradora o el Empleador participante con el fin de determinar satisfactoriamente la elegibilidad de una persona cubierta o el cumplimiento de cualquier disposición de este Plan de Beneficios Médicos.

Dispositivos ortopédicos: cualquier dispositivo que sustituya total o parcialmente un órgano del cuerpo (incluidos los tejidos contiguos) o que sustituya total o parcialmente la función de una parte del cuerpo permanentemente inoperante, ausente o que funcione mal, incluidos los aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda o cuello, o piernas, brazos u ojos artificiales, y cualquier prótesis con soportes, incluida la sustitución si cambia el estado físico de una persona cubierta.

Información de salud protegida (PHI): información médica identificable individualmente que:

- se recibe de un proveedor de asistencia sanitaria, una aseguradora o un plan de salud, o que es creada por estos;
- se refiere a la salud física o mental, o afección pasada, presente o futura de una persona, a la prestación de atención médica a una persona o al pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a la persona; e
- identifica a la persona o existe una base razonable para creer que la información puede utilizarse para identificarla.

La PHI excluye la información de salud o médica facilitada al Patrocinador del plan en su función de empleador. Por ejemplo, la información médica presentada en apoyo de una solicitud de licencia médica familiar o por discapacidad.

Proveedor: cualquier centro o profesional de la salud debidamente autorizado o certificado que preste servicios de atención médica o suministros a las personas cubiertas.

Acontecimiento relevante: cambio que afecte a la elegibilidad de una persona para recibir cobertura en virtud del Plan de Beneficios Médicos (como resultado de un cambio en el estado civil o laboral, la cantidad o la edad de las personas a cargo, o la residencia) que dé derecho a dicha persona a realizar cambios en la afiliación para recibir atención médica fuera de la Inscripción abierta o que crearía un derecho en la(s) persona(s) afectada(s) a obtener la continuación de la cobertura en virtud de la COBRA.

Centro de tratamiento residencial: institución de salud mental que funciona las 24 horas, autorizada o aprobada por el Departamento de Niños y Familias y que funciona con el propósito de efectuar un cambio positivo, y un crecimiento y desarrollo normales para niños con trastornos conductuales y niños emocionalmente perturbados y socialmente inadaptados.

Costos de atención de rutina de pacientes: costos de los servicios de atención médica médicamente necesarios en los que se incurre como resultado del tratamiento prestado a una persona cubierta a efectos de un ensayo clínico aprobado que, de otro modo, estarían cubiertos si dichos servicios no se prestaran en conjunto con un ensayo clínico aprobado. Dichos servicios incluirán los prestados por un médico, las pruebas diagnósticas o de laboratorio, la hospitalización u otros servicios prestados a la persona cubierta durante el curso del tratamiento en un ensayo clínico aprobado y la cobertura de los gastos de atención de rutina del paciente en los que se incurra por la prescripción de medicamentos para indicaciones no autorizadas. Los costos de hospitalización por atención de rutina del paciente incluirán el tratamiento en un centro

fuera de la red si dicho tratamiento no está disponible dentro de la red y no es reembolsable por los patrocinadores de dicho ensayo clínico. La hospitalización fuera de la red no supondrá un costo mayor para la persona asegurada que si dicho tratamiento estuviera disponible dentro de la red; se aplicarán todos los costos compartidos aplicables dentro de la red.

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

- El costo de un nuevo fármaco o dispositivo en investigación que no ha sido aprobado para su comercialización para ninguna indicación por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos.
- El costo de un servicio no relacionado con la atención médica que una persona cubierta pueda verse obligada a recibir como consecuencia del tratamiento que se le proporciona a efectos del ensayo clínico aprobado.
- Costos de centros, servicios auxiliares, profesionales y medicamentos que se pagan mediante subvenciones o financiación para el ensayo clínico del cáncer.
- Costos de servicios que (a) no se ajusten a las normas de atención ampliamente aceptadas y establecidas a nivel regional o nacional para un diagnóstico concreto, o (b) se realicen específicamente para cumplir con los requisitos del ensayo clínico del cáncer.
- Los gastos que no estarían cubiertos por este Plan de Beneficios Médicos para tratamientos no relacionados con la investigación, incluidos los artículos excluidos de la cobertura del Plan de Beneficios Médicos, y el transporte, el alojamiento, la comida o cualquier otro gasto relacionado con el viaje hacia o desde un centro que proporcione el ensayo clínico del cáncer, para la persona cubierta o cualquier familiar o acompañante.

Plan secundario: plan que no es el plan primario. Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, las normas de determinación del orden de los beneficios de este Documento del plan deciden el orden en que se determinan sus beneficios en relación con los demás. Los beneficios del plan secundario podrán tomar en consideración los beneficios del plan o los planes primarios y los de cualquier otro plan que, de conformidad con las normas de este Documento del plan, tenga sus beneficios determinados antes que los del plan secundario.

Cuando este Plan de Beneficios Médicos es el plan secundario, los beneficios por los servicios cubiertos de conformidad con este plan pueden verse reducidos y el plan puede recuperar del plan primario, del proveedor de los servicios cubiertos o de la persona cubierta el valor razonable en efectivo de los servicios cubiertos proporcionados por este Plan de Beneficios Médicos.

Centro de servicio: programa en virtud del cual los servicios de laboratorio que se presten dentro del área de servicio principal de Anthem tendrán distintos costos compartidos en función del proveedor seleccionado. Las personas cubiertas que utilicen un proveedor preferido dentro la red para que les preste un servicio estarán cubiertas al 100%. Aquellas que utilicen un proveedor no preferido dentro de la red incurrirán en un coseguro del 20%. Las que utilicen un proveedor fuera de la red estarán sujetas a un coseguro del 40%.

Centro de enfermería especializada: centro autorizado como centro de enfermería especializada en el estado en el que esté ubicado que cumpla con los requisitos de acreditación de Anthem BCBS y que esté aprobado por Anthem BCBS. Un centro de enfermería especializada no es un lugar destinado principalmente al cuidado de personas de edad avanzada,

al cuidado de compañía o atención domiciliaria, ni un lugar de descanso, educativo o de servicios similares.

Leche especializada: preparados modificados con aminoácidos y productos alimenticios modificados de bajo contenido de proteínas recetados y administrados por un médico para el tratamiento de una enfermedad metabólica hereditaria para las personas cubiertas que están o vayan a estar desnutridas, o sufran trastornos, que si no se tratan, causarán discapacidad crónica, retraso mental o la muerte. Se requiere una receta del proveedor de atención primaria o pediatra del paciente.

Leche especializada para lactantes: leche nutricional para niños de hasta 12 años exenta de los requisitos generales de etiquetado nutricional en virtud de las directrices legales y reglamentarias de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos y destinada a ser utilizada exclusivamente bajo supervisión médica en el tratamiento alimentario de enfermedades específicas. Se requiere una receta del proveedor de atención primaria o pediatra del paciente.

Atención por abuso de sustancias: servicios para tratar el alcoholismo y la drogadicción.

Centro de tratamiento del abuso de sustancias: establecimiento que principalmente brinda tratamiento del abuso de sustancias en régimen de hospitalización las 24 horas y que está autorizado para prestar dicha atención por el Departamento de Salud Pública y Servicios contra las Adicciones del estado de Connecticut o acreditado por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias como establecimiento de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias si está situado fuera del estado de Connecticut.

Información de salud resumida: información que resume el historial de reclamaciones, los gastos por reclamaciones o los tipos de reclamaciones experimentadas por personas a las que un Patrocinador del plan proporcionó beneficios médicos de conformidad con un plan médico y de la que se eliminó la información descrita en la sección 164.514(b)(2)(i) del Título 45 del CFR (excepto la información geográfica, que solo necesita agregarse al nivel de un código POSTAL de cinco dígitos).

Discapacidad total: debido a una lesión o enfermedad, el afiliado cubierto es incapaz de desempeñar las tareas de cualquier ocupación para la que sea apto en razón de su educación, formación o experiencia. Una persona dependiente estará totalmente discapacitada si, debido a una lesión o enfermedad, no puede realizar prácticamente ninguna de las actividades normales de las personas de su misma edad y sexo que gocen de buena salud. Anthem BCBS determinará si una persona cubierta está totalmente discapacitada y tendrá derecho a solicitar una prueba de discapacidad continua y la dependencia al menos una vez al año.

Atención de urgencia: atención por una enfermedad o lesión que no es una emergencia médica, pero requiere atención médica inmediata.

Centro de atención de urgencia: proveedor del que se puede obtener servicios de atención de urgencia cuando el médico de atención primaria o el médico de cobertura de la persona cubierta no estén disponibles para tratarla.

Gestión de utilización: proceso, técnicas y políticas para evaluar la necesidad de tratamientos y servicios médicos caso por caso. El estado seleccionó a Quantum Health para que preste este servicio en los procedimientos médicos del plan, a través de la aplicación de las directrices

médicas de Anthem. Anthem conserva la responsabilidad de realizar la gestión de utilización de todos los medicamentos especializados dispensados a través del Plan de Beneficios Médicos.

Clínica ambulatoria: centro independiente que presta servicios médicos episódicos sin cita previa para el diagnóstico, la atención y el tratamiento de afecciones o síntomas no urgentes.



Agosto de 2023