



Manual para el miembro 2016

Para empleados estatales, de educación y del gobierno local



GlobalHealth, Inc.
701 NE 10th Street, Suite 300
Oklahoma City, OK 73104-5403
www.globalhealth.com/commercial

Índice

Índice	2
Introducción	7
Bienvenido a GlobalHealth.....	7
Números útiles	8
Introducción a GlobalHealth.....	9
Su salud	9
Su satisfacción	9
Su plan de salud	9
Accesibilidad y servicios de traducción	10
Nuestro enfoque	10
Cómo puede aprovechar al máximo el plan de GlobalHealth.....	10
Cómo obtener atención médica	12
Sus tarjetas de identificación de miembro	12
Cómo elegir su médico de atención primaria (“PCP”).....	13
Registros médicos	13
Referencias.....	13
Credenciales del médico: ¿Cómo puedo revisarlas?.....	14
Verificación de doctores en medicina.....	14
Verificación de doctores en medicina osteopática	14
Verificación de especialistas	14
Cambio de su PCP.....	14
Si su PCP deja la red de GlobalHealth	15
Visitas al médico	15
Programación de citas	16
Cuando necesite atención inmediata.....	16
Para ir al hospital.....	16
Consultas.....	16
Cuidado de la salud en el hogar	16
Atención especializada.....	16
Para consultar a un especialista	17
Pruebas.....	17
Pasos para mejorar la calidad y seguridad de la atención médica.....	17
Atención en la sala de emergencias (“Emergency Room, ER”).....	17
Atención de emergencia	18
Medicamentos.....	18
Accidentes	18
Cuidado de urgencia.....	18
Durante el Horario de atención normal.....	19
Después de horas hábiles	19
Fuera del área de servicio	19
Servicios para remitirse por sí mismo	19
Servicios de obstetricia y ginecología y exámenes para la mujer sana dentro de la red	20
Mamografías de rutina dentro de la red	20

Servicios de salud mental y conductual/dependencia de sustancias químicas.....	20
Exámenes de la vista de rutina dentro de la red.....	20
Exámenes de la audición y del habla dentro de la red.....	20
Fisioterapia dentro de la red.....	21
Programas de manejo de la atención y de la utilización.....	22
Autorización previa de servicios.....	22
Autorizaciones médicas.....	22
Autorizaciones de salud conductual.....	23
Decisiones no urgentes.....	23
Decisiones urgentes.....	23
Revisión concurrente.....	23
Planificación para dar de alta.....	24
Revisión posterior al servicio.....	24
Política sobre cómo asegurar la utilización adecuada.....	24
Procedimiento de evaluación de la tecnología.....	25
Manejo de condiciones.....	25
Administración de casos complejos.....	26
Sus beneficios.....	27
Sus beneficios médicos.....	27
Servicios cubiertos.....	27
Sus beneficios de salud mental y conductual.....	40
myStrength.com. The health club for your mind.™.....	41
Divulgación de la información de salud mental.....	42
Emergencias de salud mental.....	42
Sus beneficios de medicamentos con receta médica.....	42
Cómo utilizar sus beneficios de medicamentos con receta médica.....	42
Farmacias minoristas preferidas y no preferidas de la red.....	42
Servicio de farmacia con entrega a domicilio.....	42
Red de farmacias minoristas de suministros extendidos.....	44
Sovereign Medical Solutions para suministros de medicamentos por correo.....	44
Farmacias especializadas.....	44
Lista de medicamentos cubiertos preferidos de GlobalHealth.....	44
Niveles de medicamentos.....	45
Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio: medicamentos sin costo compartido.....	46
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para mujeres.....	46
Autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidades y excepciones.....	47
Control de uso del medicamento.....	47
Solicitudes de excepción.....	48
Transición de la atención.....	49
Usos sin autorización.....	49
Recetas médicas recibidas en una Sala de emergencia o Centro de atención de urgencia.....	50
Coordinación de beneficios de la farmacia.....	50
Programa de Administración de terapia con medicamentos.....	50
Lineamientos de la atención preventiva.....	50
Servicios de prevención cubiertos para adultos.....	51
Servicios de prevención cubiertos para mujeres, incluyendo mujeres embarazadas.....	52
Servicios de prevención cubiertos para niños.....	52
Exclusiones y limitaciones.....	54

Limitaciones.....	54
Exclusiones.....	56
Inscripción y elegibilidad	62
Área de servicio	62
¿Quién es elegible para los beneficios de GlobalHealth?.....	62
Su cónyuge.....	62
Sus hijos.....	62
Cuándo se inicia la cobertura	64
Continuidad y/o transición de atención	64
Transición de la atención	64
Continuidad de la atención.....	65
Cambios en la inscripción	65
Si deja de trabajar o tiene un cambio significativo	65
Cuándo finaliza la cobertura.....	66
Continuación de la cobertura	66
Privilegio de conversión	67
Si usted está hospitalizado cuando la cobertura termina.....	67
Insolvencia	67
Cuándo puede GlobalHealth denegar la cobertura	67
Cambios en el plan de GlobalHealth.....	67
Reclamos y pago.....	69
Su deducible y máximo de desembolso directo	69
Año del plan.....	69
Deducible	69
Máximo de desembolso directo (Maximum Out-of-Pocket, “MOOP”).....	69
Responsabilidad de pago	70
Facturación de saldos realizada por un proveedor fuera de la red	70
Si recibe una factura.....	71
Servicios médicos	71
Servicios por abuso de sustancias o de salud mental y conductual	71
Medicamentos con receta	71
Recuperación del pago de reclamos.....	71
Si su reclamo es denegado	72
Cuando usted está cubierto por más de un plan	72
Tabla de coordinación de beneficios	73
Coordinación de beneficios.....	73
Su plan de GlobalHealth y Medicare	74
Responsabilidad de terceros	75
Compensación a los trabajadores.....	75
Terceros	75
Apelaciones y quejas	76
Reclamos y quejas.....	76
Apelaciones	77
Revisión completa y justa	78
Proceso inicial de apelaciones	78
Apelación acelerada.....	79
Revisión externa.....	79
Revisión externa acelerada	80

Avisos.....	80
Nombramiento de representante	81
Apelaciones sobre los servicios de farmacia.....	81
Apelaciones sobre los servicios de salud mental y conductual	81
¿Preguntas sobre apelaciones?.....	81
Programas especiales	82
Programa de bienestar y salud	82
Línea de ayuda de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.....	82
GlobalHealth.com/commercial.....	82
Para dejar el tabaco	83
Lineamientos sobre la práctica clínica.....	84
Lineamientos sobre la práctica clínica preventiva.....	84
Condiciones médicas: lineamientos sobre la práctica clínica.....	85
Lineamientos sobre la práctica clínica de salud conductual.....	85
Programa de mejoramiento de la calidad (“QIP”)	85
Plan de trabajo para el mejoramiento de la calidad	86
Información y avisos especiales.....	87
Preguntas frecuentes.....	87
Formulario de solicitud de transición de la atención de GlobalHealth: medicamentos con receta médica.....	90
Formulario de solicitud de transición de la atención de GlobalHealth	91
Su información de identificación personal (“PII”)	93
Su Información de salud protegida (“PHI”).....	93
Aviso de prácticas de privacidad (“NPP”)	93
Cómo puede GlobalHealth usar o divulgar su información de salud.....	93
Sus derechos a la información de salud.....	95
Para denunciar una violación de la privacidad	97
Instrucciones médicas anticipadas.....	97
¿Quién puede tener una Instrucción médica anticipada?.....	97
Información útil.....	98
Derechos y responsabilidades de los miembros.....	98
Sus derechos	98
Sus responsabilidades.....	99
Fraude y abuso	99
Ejemplos de fraude y/o abuso	100
Denuncias de fraude y abuso	100
Sus derechos en virtud de ERISA.....	100
Continuación de la cobertura del plan de salud colectivo.....	100
Haga cumplir sus derechos	101
Asistencia con sus preguntas	101
Derechos de continuación de la cobertura en virtud de COBRA.....	101
Introducción	101
¿Qué es la continuación de la cobertura en virtud de COBRA?	102
¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura en virtud de COBRA?	102
Debe dar aviso de algunos sucesos que califican	103
¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura en virtud de COBRA?.....	103
¿Existen otras opciones además de la continuación de la cobertura en virtud de COBRA?	104
Si tiene alguna pregunta	104

Mantenga informado a su plan sobre los cambios en la dirección	104
Información de contacto del plan	104
Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer	104
Derechos bajo la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos	105
Aviso de divulgación de cobertura acreditable para los miembros elegibles de Medicare	105
¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?.....	106
¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?	106
¿Cuándo pagará una prima (penalización) más alta por unirse en un plan de medicamentos de Medicare?	106
Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura para medicamentos con receta médica actual... ..	106
Para obtener más información sobre sus opciones en virtud de la cobertura para medicamentos con receta médica de Medicare.....	107
Subrogación, recuperación y reembolso de terceros.....	107
Beneficios sujetos a esta disposición	107
Cuándo aplica esta cláusula.....	107
Términos definidos.....	108
Condiciones y acuerdos.....	108
Cuando una Persona cubierta contrata a un abogado.....	111
Cuando la Persona cubierta es menor o falleció	112
Cuando una Persona cubierta no cumple	112
Glosario	114

Introducción

Bienvenido a GlobalHealth

¡Esperamos poder servirle! Trabajamos arduamente para ayudarle a obtener la atención y el servicio de la más alta calidad.

Este *Manual para el miembro* le ayudará a familiarizarse con sus beneficios de atención médica. Lea este documento completo. Contiene temas importantes sobre la cobertura de beneficios. Si una palabra o frase empieza con letra mayúscula, tiene un significado especial en este Manual. Se define en el Glosario. Guarde este Manual y consúltelo cuando tenga una duda.

También deberá leer su *Programa de beneficios*. El *Programa de beneficios* indica los detalles de su plan, como los deducibles, el copago o el coaseguro que posiblemente usted deba pagar cuando use un servicio de atención médica cubierto.

En estos dos documentos, se explica su cobertura. Si tiene preguntas después de leer el *Programa de beneficios* y el *Manual para el miembro*, puede comunicarse con el Departamento de Atención al cliente al:

CommercialAnswers@globalhealth.com

(405) 280-5600 (local)

1-877-280-5600 (gratuito)

1-800-722-0353 o 711 (TTY/TDD/Voz)

Lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro

O bien, puede ingresar en www.globalhealth.com/commercial para obtener información adicional sobre los temas de atención médica o la cobertura de beneficios.

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

GlobalHealth, Inc. no discrimina por motivo de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo o identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamos, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad (incluidas condiciones que surjan de actos de violencia doméstica), fuente de pago o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

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

Números útiles

Emisor del Plan:

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

Atención al Cliente de GlobalHealth:

CommercialAnswers@globalhealth.com

405.280.5600
1.877.280.5600 (llamada gratuita)
1.800.722.0353 o 711 (TTY/TDD/Voz)

Asistencia con idiomas, solo debe solicitar un intérprete:

405.280.5600
1.877.280.5600 (llamada gratuita)
1.800.722.0353 o 711 (TTY/TDD/Voz)

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

Línea de ayuda de enfermería
1.877.280.2993 (llamada gratuita)

Manejo de enfermedades:

CommercialAnswers@globalhealth.com

405.280.5600
1.877.280.5600 (llamada gratuita)
1.800.722.0353 o 711 (TTY/TDD/Voz)

Línea de privacidad y cumplimiento de GlobalHealth:

405.280.5852
1.877.280.5852 (llamada gratuita)
compliance@globalhealth.com

Salud mental y conductual/dependencia de sustancias químicas:

MHNet Behavioral Health
1.866.904.5234 (llamada gratuita)
1.866.200.3269 (TTY/TDD/Voz)
www.mhnet.com

Envíe los Reclamos por correo a:
Mental Health & Substance Abuse Claims
MHNet Claims Department
PO Box 78042
London, KY 40724

Gerente de beneficios de farmacia:

Express Scripts Holding Company
1.866.274.1612 (llamada gratuita)
1.800.899.2114 (TTY/TDD/Voz)

Autorizaciones previas para medicamentos:
918.878.7361

Envíe los Reclamos por correo a:
Express Scripts
PO Box 66583
St. Louis, MO 63166

Farmacia de pedidos por correo:

Express Scripts Customer Service Center
1.866.274.1612 (llamada gratuita)
1.800.899.2114 (TTY/TDD/Voz)
24 horas/7 días a la semana
www.express-scripts.com

Introducción a GlobalHealth

Con GlobalHealth, obtiene una amplia gama de servicios para satisfacer sus necesidades de atención médica. Además, tiene acceso a una gran red de médicos de atención primaria (Primary Care Physicians, “PCPs”) y especialistas.

Queremos recibir sus comentarios. Cada año le invitamos a participar en encuestas. Las encuestas nos ayudan a entender sus necesidades y su experiencia con GlobalHealth. ¡Esperamos superar todas sus expectativas y poder ayudarle a alcanzar sus metas de salud!

Su salud

Cada año, le enviaremos una evaluación de salud con preguntas sobre su salud actual. Sus respuestas nos ayudan a determinar de qué manera podemos brindarle un mejor servicio y satisfacer mejor sus necesidades de atención médica. La información que nos brinde será confidencial según lo requiera la ley. No se utilizarán en su contra de ninguna manera ni impedirán que usted obtenga servicios y tratamientos.

Su satisfacción

Repartimos encuestas de satisfacción de los miembros para conocer cómo considera que los médicos y el plan de salud responden ante sus necesidades. Puede incluir lo siguiente:

- Encuesta para nuevos miembros;
- Estudio de satisfacción del cliente; y
- Evaluación del cliente sobre proveedores y sistemas de atención médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, “CAHPS®”).

GlobalHealth realiza una auditoría que está aprobada por el Comité Nacional de Control de Calidad (National Committee for Quality Assurance, “NCQA”) llamada ¹HEDIS® (Sistemas de información sobre la eficacia de la atención médica, Healthcare Effectiveness Data Information Systems). Esta mide la calidad de la atención preventiva que brindan nuestros Proveedores de la red. Una parte de esta auditoría es la encuesta ²CAHPS®. Es muy importante que la complete y la devuelva. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la calidad de nuestra red de proveedores.

Su plan de salud

¡Conózanos mejor en nuestro sitio web! Vaya a www.globalhealth.com/commercial para acceder a lo siguiente:

- Administración de casos y manejo de enfermedades
- Lista de medicamentos cubiertos
- Formularios
- Manual para el miembro
- Solicitud de la tarjeta de identificación de miembro
- Derechos y responsabilidades de los miembros
- Aviso de prácticas de privacidad
- Formulario de solicitud de selección/cambio de PCP
- Directorio de proveedores
- Programa de mejoramiento de la calidad
- Programa de beneficios
- Herramientas de autocontrol
- Resumen de beneficios y cobertura
- Programa de bienestar

¹HEDIS® es una marca comercial registrada del Comité Nacional de Control de Calidad (National Committee for Quality Assurance, “NCQA”).

²CAHPS® es una marca comercial registrada de la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención (Agency for Healthcare Research and Quality, “AHRQ”).

Comuníquese con Atención al cliente si prefiere la versión impresa de cualquier material sin cargo.

Accesibilidad y servicios de traducción

Puede recibir información que es esencial para obtener cobertura de salud o acceso a los servicios de atención médica en un lenguaje sencillo y de una manera que sea accesible y oportuna si usted es:

- Una persona con discapacidades.
- Una persona con conocimientos limitados de inglés.

Médica (“AHRQ”).

GlobalHealth ofrece más de 150 idiomas mediante intérpretes médicos certificados profesionalmente sin cargo alguno para usted. Llame a Atención al cliente si necesita ayuda.

Nuestro enfoque

- Ser los N.º 1 en la atención al cliente.
- Una administración eficaz de la atención que mejora los resultados de la atención médica y reduce los costos de la atención médica.
- Crear relaciones sólidas y de colaboración con nuestros proveedores.
- El uso innovador de la tecnología.

Cómo puede aprovechar al máximo el plan de GlobalHealth

1. Elija un médico de atención primaria (“PCP”) de la red de GlobalHealth.

Cada miembro de la familia puede elegir un PCP diferente. Puede elegir un pediatra para su hijo. Puede cambiar su PCP en cualquier momento del año. El cambio de su PCP será efectivo el mismo día. Si necesita ver a un PCP antes de haber recibido su nueva tarjeta de identificación de miembro, póngase en contacto con Atención al cliente.

2. Consulte primero a su PCP para toda su atención médica.

- Su PCP coordinará y administrará su atención médica.
- Para recibir atención de urgencia el mismo día, llame al consultorio de su PCP para obtener instrucciones médicas.
- Fuera de los horarios de atención, puede referirse usted mismo a un centro de atención de urgencia de la red.
- Cuando sea una emergencia, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano. Siga los siguientes pasos:
 - Muestre su Tarjeta de identificación de miembro.
 - Llame al consultorio de su PCP en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas. Infórmeles que fue atendido en la sala de emergencias.
 - Si es admitido en el hospital, GlobalHealth puede coordinar su traslado a un hospital de la red.
 - Toda la atención de seguimiento debe ser proporcionada o coordinada por su PCP. Es posible que también necesite una autorización previa de GlobalHealth.
 - Tenga en cuenta que un proveedor fuera de la red puede facturarle el saldo. Un Proveedor dentro de la red no puede facturarle los saldos.
- Pregunte qué servicios preventivos son adecuados para usted.

3. Para consultar a un ESPECIALISTA, usted necesita una referencia.*

- Cuando corresponda, su PCP presentará una referencia en su nombre para recibir atención especializada.
- Se requiere una autorización previa de GlobalHealth. Consulte “Autorización previa de servicios” en la página 21.
- Cuando se apruebe, usted recibirá una carta por correo.
- Haga su cita con el especialista según las indicaciones de la carta.
- El especialista puede presentar referencias para los procedimientos y la atención de seguimiento después de la visita inicial.

4. Para ir al HOSPITAL, usted necesita una referencia.*

- Se requiere una referencia y una autorización previa de GlobalHealth para las estadías programadas.
- Solo puede ir a un hospital dentro de la red. Siga los siguientes pasos:
 - Cuando se apruebe, usted recibirá una carta de autorización de GlobalHealth.
 - Solo puede ir al hospital que se indica en la carta.
- No necesita obtener una autorización previa para estadías relacionadas con un parto. Sin embargo, debe ir a un hospital dentro de la red.

****Tenga en cuenta:***

Generalmente, los servicios para pacientes hospitalizados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios deben estar previamente autorizados. No necesita obtener una Autorización previa para Servicios de emergencia o estancias relacionadas con un parto. Si recibe otros servicios sin una referencia autorizada, usted será responsable de los costos. Debe ir a un Centro de la red para Servicios que no son de emergencia, incluyendo los partos. Puede ir a cualquier sala de emergencias, pero se le puede facturar sobre saldos si elige una Sala de emergencias que no está Dentro de la red. Consulte “Facturación de saldos de un Proveedor fuera de la red” en la página 66.

5. Usted mismo PUEDE REFERIRSE para los siguientes servicios:

- Servicios de obstetricia y ginecología y exámenes para la mujer sana dentro de la red
- Mamografías de rutina dentro de la red
- Servicios de salud conductual y mental, y servicios para la dependencia de sustancias químicas: llame directamente a MHNet Behavioral Health (“MHNet”) al 866-904-5234 (llamada gratuita).
- Exámenes de la vista de rutina dentro de la red
- Exámenes de la audición y el habla dentro de la red para niños
- Evaluaciones de fisioterapia dentro de la red
- Exámenes y tratamientos dentales (si elige un plan que incluye servicios dentales pediátricos)

Para obtener una lista de los proveedores y centros de la red, visite www.globalhealth.com/commercial o llame a Atención al cliente.

Cómo obtener atención médica

Sus tarjetas de identificación de miembro

GlobalHealth le proporcionará tarjetas de identificación de Miembro al iniciar el año de su Plan. Su tarjeta de GlobalHealth es la llave para todos sus beneficios médicos y de medicamentos con receta médica. Recibirá una tarjeta de identificación de miembro diferente de su compañía de seguro dental. Lleve las dos tarjetas con usted en todo momento.

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

Los servicios son para su beneficio personal. Nunca preste sus tarjetas a alguien más. Si extravía o le roban sus tarjetas, informe inmediatamente a Atención al Cliente.

Su tarjeta de membresía es válida solo mientras está inscrito en el plan. Poseer una tarjeta no garantiza los beneficios de la membresía del plan.

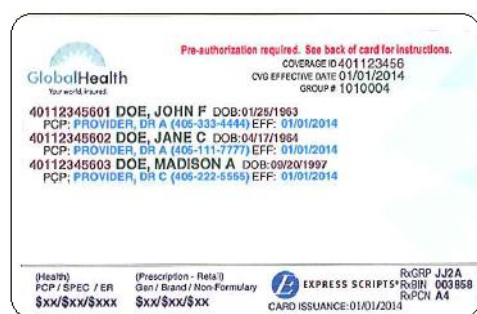
Revise su tarjeta de identificación de miembro para asegurarse de que toda la información sea correcta, incluido el nombre del PCP que eligió. Llame al Departamento de Atención al cliente:

- Si la información en su tarjeta es incorrecta,
- Si necesita pedir una nueva tarjeta,
- Si tiene preguntas sobre su tarjeta.

Tarjeta de identificación de miembro de GlobalHealth:

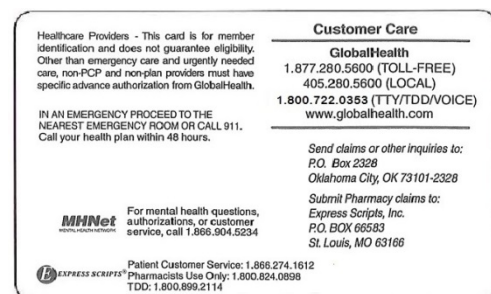
Frente de la tarjeta

1. Identificación de cobertura
2. Número de identificación del grupo
3. Número de identificación del miembro
4. Médico de atención primaria seleccionado
5. Número de teléfono del PCP
6. Fecha de entrada en vigencia del PCP
7. Código de relación con el suscriptor
8. Información de copagos y beneficios



Reverso de la tarjeta

1. Qué hacer en caso de una emergencia que pone en riesgo la vida
2. Información sobre la atención de urgencia y de rutina
3. Cómo comunicarse con el Departamento de Atención al cliente de GlobalHealth, incluido el número de teléfono, los horarios de atención y la dirección de reclamos



Cómo elegir su médico de atención primaria (“PCP”)

Como miembro de GlobalHealth, usted debe usar los Proveedores del plan para sus Servicios cubiertos. Esto empieza al elegir un PCP de la lista en el *Directorio de médicos y proveedores de salud* (“*Directorio de proveedores*”). El *Directorio de proveedores* en línea se actualiza todos los meses. Indica qué médicos aceptan nuevos pacientes. Nuestros PCP incluyen médicos capacitados en las siguientes áreas:

- Medicina familiar
- Medicina general
- Medicina interna
- Pediatría

Cada miembro de la familia puede tener un PCP diferente. Puede escoger un pediatra para sus hijos. Escoja cualquier PCP en nuestra red que está aceptando nuevos Miembros. Si no escoge uno, se le asignará automáticamente un PCP. Para más información y para obtener una lista de los PCP, comuníquese con Atención al Cliente. También encontrará información disponible en www.globalhealth.com/commercial.

Su relación con su PCP es importante. Le recomendamos encarecidamente que elija a un PCP cerca de su hogar o trabajo. Tener a su PCP cerca hace que el recibir atención médica y desarrollar una relación de confianza y abierta sea mucho más fácil.

Registros médicos

Una vez que elige a su PCP, le recomendamos que transfiera sus registros médicos a ese consultorio. Esto le permitirá conocer cualquier condición médica que usted pueda tener. Los proveedores deben, según lo requiere la ley, proteger la información médica del paciente. Podemos asegurarle que su información se manejará con total confidencialidad.

En nuestro sitio web, puede encontrar el formulario de *Autorización estándar de Oklahoma para usar o compartir la información de salud protegida* (“*Protected Health Information, PHI*”). Este formulario de divulgación es necesario para solicitar la divulgación de sus registros médicos.

Referencias

Su PCP coordinará toda su atención médica. Se encargará de que usted reciba la atención que necesita cuando la necesite. Puede ser que reciba la atención médica en el consultorio del médico o en otro Centro. Este también presentará una referencia para cualquier atención especializada que usted pueda necesitar. La mayoría de los servicios que su PCP no presta, deben ser autorizados anticipadamente por GlobalHealth. A este proceso se le conoce como Autorización previa. Eso aplica para casi todos los servicios, excepto la Atención en la sala de emergencias, la Atención de urgencia o los servicios para los cuales pueda referirse usted mismo después del horario de atención. Una vez que se aprueben los servicios, recibirá una carta. Consulte “Autorización previa de servicios” en la página 21. Debe recibir esta carta de autorización antes de obtener los servicios cubiertos.

Comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de GlobalHealth si necesita ayuda o si tiene alguna pregunta.

Correo electrónico:

CommercialAnswers@globalhealth.com

Comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de GlobalHealth si necesita ayuda o si tiene alguna pregunta.

Llame de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro:

(405) 280-5600 (local)

1-877-280-5600 (llamada gratuita)

1-800-722-0353 o 711 (TTY/TDD/Voz)

Credenciales del médico: ¿Cómo puedo revisarlas?

¿Cómo puedo averiguar sobre la capacitación de un médico? La información sobre el entrenamiento y la experiencia de un médico generalmente puede obtenerse del consultorio del médico, una sociedad médica local (si el médico es miembro de esta), o un hospital local (si el médico es parte del personal allí). Algunas juntas de autorización estatales publican información sobre acciones disciplinarias, pero conseguirla puede ser engorroso.

Varias organizaciones en línea proporcionan fácil acceso a información. El buscador de médicos de la Asociación Médica Americana (American Medical Associations, “AMA”) ofrece información limitada sobre el estatus de autorización de todos los más de 814,000 médicos que actualmente están autorizados en los Estados Unidos. Para obtener más información, visite www.ama-assn.org. El sitio no enumera acciones disciplinarias. Las búsquedas deben hacerse por estado. Este servicio es gratuito.

Verificación de doctores en medicina

La Junta de Otorgamiento de Licencias Médicas y Supervisión de Oklahoma (Oklahoma Board of Medical Licensure and Supervision, “OMB”) proporciona acceso a la información sobre la licencia y las acciones disciplinarias de un médico, así como también sobre las ventajas del hospital y los idiomas hablados. Para obtener más información, visite www.okmedicalboard.org. Este servicio es gratuito.

Verificación de doctores en medicina osteopática

La Junta de Examinadores Osteopáticos del estado de Oklahoma proporciona acceso a la información sobre la licencia y las acciones disciplinarias de un médico, así como también sobre las ventajas del hospital y los idiomas hablados. Para obtener más información, visite www.ok.gov/osboe/. Este servicio es gratuito.

Verificación de especialistas

El Servicio de verificación de médicos autorizados de la Junta Americana de Especialidades Médicas (“ABMS”) puede utilizarse para revisar si un médico está autorizado por una de las veinticuatro (24) juntas de especialidades reconocidas. Para obtener más información, visite www.abms.org. Las búsquedas no presentan ninguna otra información. Pueden buscarse todos los estados al mismo tiempo. Este sitio es útil principalmente para revisar el estatus de autorización de un médico del que no se conoce su ubicación. Se requiere registro en el sitio, pero este servicio es gratuito.

Cambio de su PCP

Si desea cambiar su PCP, comuníquese con Atención al cliente. Puede enviar un correo electrónico o llamar si necesita ayuda para cambiar de un pediatra a un médico de atención para adultos.

También puede cambiar su PCP en nuestro sitio web. El cambio será efectivo inmediatamente. Si necesita ver a su PCP antes de haber recibido su nueva tarjeta de identificación de miembro, póngase en contacto con Atención al cliente.

No le recomendamos cambiar de PCP si el cambio puede tener un efecto adverso en la calidad de su atención médica. Por ejemplo:

- Usted es un candidato para un trasplante de órganos.
- Usted sufre una condición médica aguda inestable para la cual está recibiendo atención médica activa.
- Usted está en el tercer trimestre de su embarazo.

Asegúrese de solicitar a su PCP anterior que le envíe su expediente médico a su nuevo PCP. Es importante que su nuevo PCP conozca su historia clínica.

Si su PCP deja la red de GlobalHealth

Inscribirse en GlobalHealth no garantiza los servicios de ningún Proveedor en particular de la lista de Proveedores de la red. Es posible que un Proveedor ya no sea parte de la Red de GlobalHealth. Esto puede suceder cuando:

- Un PCP deja la red de proveedores de GlobalHealth.
- Un PCP ya no puede ser un PCP.
- Un PCP tiene un panel cerrado o está abierto solo para pacientes existentes.

Le notificaremos dentro de un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en que sepamos que un PCP deja o dejará nuestra red. Le enviaremos una carta con el nombre de su nuevo PCP asignado. También se le enviará por correo una nueva tarjeta de identificación de miembro por separado. Si no le agrada el PCP que nosotros elegimos para usted, puede cambiarlo en cualquier momento.

Cuando el contrato de un proveedor termina por razones diferentes a una causa justificada, usted puede continuar consultando a ese proveedor hasta por noventa (90) días a partir de la fecha de la notificación, si usted:

- Sufre una enfermedad o condición degenerativa o discapacitante.
- Está en el tercer trimestre de su embarazo. Sus servicios están cubiertos durante al menos seis (6) semanas a partir de la evaluación posparto.
- Sufre de una enfermedad terminal.

Cuando un proveedor de manera voluntaria elige dejar la red de GlobalHealth, usted puede continuar con el tratamiento en curso durante un período de transición. El período de transición es de noventa (90) días a partir de la fecha en que el Proveedor notifica a GlobalHealth. Usted puede continuar consultando al Proveedor para el parto y la atención posparto si está en el tercer trimestre de embarazo en el momento en que el Proveedor notifica a GlobalHealth. Consulte “Continuidad y/o transición de atención” en la página 61.

Visitas al médico

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

Programación de citas

Cuando esté listo para hacer una cita para visitar a su PCP, llame al consultorio. El número se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

- Llame antes para pedir citas para evaluaciones de salud y de rutina. Esto permitirá que usted y su PCP tengan suficiente tiempo para hablar sobre sus necesidades.
- Si es un nuevo Miembro de GlobalHealth, o del médico, hágaselo saber al personal del consultorio. Ellos deben preparar la documentación para sus registros médicos. Haga su primera cita a principios del año para establecerse.
- Muestre su Tarjeta de identificación de miembro.
- Pague el copago, si tiene uno, al momento de su cita.
- Si su PCP le solicita pruebas, muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando llegue a su cita.
- *Si debe cancelar una cita, llame con tanta anticipación como sea posible.*

Cuando necesite atención inmediata

Consulte el *Directorio de proveedores* para obtener una lista de los centros de atención de urgencia de la red más cercanos. El directorio también está disponible en línea en www.globalhealth.com/commercial. Consulte “Cuidado de urgencia” en la página 18.

Para ir al hospital

Cuando tenga que ir al Hospital, su PCP coordinará por usted la estancia en un Hospital de la red en el que sea parte del personal. Para recibir servicios que no son de emergencia (aparte de los partos), debe tener una Autorización previa de GlobalHealth. Sin una Referencia y Autorización previa, usted será responsable de los cobros.

Consultas

Su PCP puede discutir situaciones médicas especiales con colegas. El equipo comparte conocimiento y experiencias para recomendar el mejor curso de atención para usted.

Cuidado de la salud en el hogar

Su PCP puede decidir que un enfermero le visite en su hogar en vez de continuar con su estancia en el Hospital. La atención médica en el hogar está cubierta solo con la autorización previa de GlobalHealth.

Atención especializada

Si su PCP considera que es necesario que un especialista trate su condición médica, presentará una solicitud de referencia en su nombre.

Algunos PCP están inscritos en sistemas integrados de prestación de servicios u otros grupos de Proveedores. Por lo general, los miembros que seleccionan estos Proveedores serán referidos a Especialistas y Hospitales dentro de esos sistemas o grupos. Sin embargo, si un sistema o grupo no incluye a un Proveedor calificado que satisfaga sus necesidades, usted puede solicitar los servicios de otro Especialista de la red.

Para consultar a un especialista

- Consulte a su PCP primero. Si su PCP considera que usted necesita consultar a un especialista, presentará una referencia para usted.
- Si consulta a un especialista sin una referencia autorizada, usted será responsable de los cargos.
- Se le notificará cuando GlobalHealth autorice la visita. Consulte “Autorización previa de servicios” en la página 21.
- Haga su cita con el Especialista según las indicaciones de la carta. Solamente tiene aprobación para los servicios que se describen en la carta. Las pruebas, servicios o procedimientos de seguimiento requieren autorización adicional.

Pruebas

Algunas pruebas se incluyen en la Autorización previa del especialista. No necesita una Autorización previa separada para que se realicen estas pruebas en el consultorio del médico durante la visita autorizada:

- Pruebas de laboratorio de rutina
- Ultrasonido
- Rayos X
- ECG

Tenga en cuenta:

Cualquier prueba, servicio o procedimiento adicional requiere autorización específica de GlobalHealth. Si no obtiene una autorización antes de realizar las pruebas, recibir servicios o procedimientos, es posible que sea responsable financieramente del pago.

Pasos para mejorar la calidad y seguridad de la atención médica

1. Visite a su PCP como mínimo una vez al año.
2. Reciba servicios de atención preventiva. Consulte “Lineamientos de la atención preventiva” en la página 48.
3. Anote sus preguntas antes de la cita programada.
4. Haga preguntas si tiene dudas o inquietudes sobre su tratamiento.
5. Mantenga y lleve a cada cita una lista de todos los medicamentos que toma. Incluya cualquier medicamento de venta libre.
6. Consiga los resultados de cualquier prueba o procedimiento.
7. Hable con su médico sobre todas las opciones de tratamiento disponibles para usted. Discuta qué opción es recomendable para sus necesidades de salud y por qué.
8. Asegúrese de entender lo que sucederá si necesita una cirugía.
9. Asegúrese de entender lo que sucederá si elige no tratar las condiciones médicas.

Atención en la sala de emergencias (“Emergency Room, ER”)

Una emergencia implica una condición médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de gravedad (incluido dolor intenso) como para que una persona prudente, que posea un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda razonablemente considerar que la falta de atención médica inmediata puede (a) poner la salud de la persona en grave peligro; (b) ocasionar una discapacidad grave de las funciones del cuerpo; u (c) ocasionar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

No debe acudir a la sala de emergencias en lugar de ir al PCP para recibir servicios de rutina y en situaciones que no sean de emergencia.

Atención de emergencia

1. Vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 911. No necesita autorización previa para recibir atención de emergencia.
2. Muestre su Tarjeta de identificación de miembro.
3. Llame al consultorio de su PCP y al Departamento de Administración de la atención de GlobalHealth al 405-280-5600 dentro de un período de 48 horas después de que lo atiendan en la sala de emergencias.
4. Si es admitido en el Hospital, GlobalHealth puede coordinar su traslado a un Hospital en la Red.
5. ***Toda atención de seguimiento, preventiva o de rutina que reciba después de ser atendido en la Sala de emergencias*** debe ser:
 - Proporcionada o coordinada por su PCP.
 - Autorizada previamente por GlobalHealth si es un Servicio de referencia. Cuando esté aprobado, usted recibirá una carta por correo. Si necesita atención urgentemente, comuníquese con el Departamento de Manejo de Utilización llamando al 405-280-5600 o 1-877-280-5600.
6. Si recibe atención en la sala de emergencias, usted tendrá un copago. Este incluye los servicios del médico, las pruebas, los procedimientos y los tratamientos relacionados con esta visita. Se exonerará el copago de la sala de emergencias si se le admite en el Hospital. Se aplicará el nuevo Copago. Aviso: Si tiene un plan de coaseguro, el coaseguro no se aplica y los servicios que reciba tendrán un coaseguro diferente. Consulte su *Resumen de beneficios*.
7. Un Proveedor fuera de la red puede facturarle los saldos. Un Proveedor dentro de la red no puede facturarle los saldos. Consulte “Facturación de saldos de un Proveedor fuera de la red” en la página 66.

Medicamentos

Surta sus recetas médicas en cualquier farmacia preferida o no preferida de la Red. Consulte la página 41. Pague su copago o coaseguro. Llame a Express Scripts Holding Company (“ESI”), visite nuestro sitio web o consulte nuestro *Directorio de proveedores* para obtener una lista de las farmacias de la red. Pueden aplicarse normas de administración de la utilización. Consulte la tabla en la página 46.

Accidentes

Si usted tiene un accidente y está fuera del área de servicio o no tiene el control sobre el lugar a donde lo llevan, debe notificar a su PCP y a GlobalHealth en un término de cuarenta y ocho (48) horas. Podemos coordinar su traslado a un hospital de la Red. Un Proveedor fuera de la red puede facturarle los saldos. Un Proveedor dentro de la red no puede facturarle los saldos.

Cuidado de urgencia

La Atención urgente se define como la atención de una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave para que una persona razonable busque atención médica inmediata, pero no tan grave como para requerir la atención en una Sala de emergencias. Un centro de atención de urgencia ofrece una alternativa cuando no es una emergencia y usted no tiene acceso a su PCP. Generalmente, es menos costoso que ir a la sala de emergencias. Un centro de atención de urgencia

normalmente tiene acceso inmediato. En una sala de emergencias, es posible que deba esperar más tiempo. Los centros de atención de urgencia pueden tratar situaciones sencillas, como las siguientes:

- Un esguince de tobillo
- Infecciones en los oídos
- Quemaduras o lesiones pequeñas
- Tos, resfríos, dolores de garganta

Durante el Horario de atención normal

- Si sufre una enfermedad o lesión de urgencia médica que no puede esperar una cita regular, llame al consultorio de su PCP. Su PCP puede coordinar que le atiendan inmediatamente, le puede dar asesoría médica e instrucciones o programarle una cita.
- Si su PCP no está disponible en ese momento, pregunte si puede entrar a consulta con otro proveedor en ese consultorio.
- Su PCP puede enviarle a un Centro de atención de urgencia si otro médico no está disponible para atenderle.

Después de horas hábiles

Si necesita hablar o ir a una consulta con su PCP después del horario de atención, usted tiene dos opciones:

1. Llame al número de teléfono de su PCP, impreso en su Tarjeta de identificación de miembro. El enfermero o médico de turno devolverá su llamada y le asesorará sobre cómo proceder. Esto puede incluir que lo dirija a un centro de atención de urgencia.
2. Puede elegir referirse usted mismo a un centro de atención de urgencia de la red. Consulte el *Directorio de proveedores*.

Fuera del área de servicio

Si usted está de viaje y requiere atención de urgencia que no pueda esperar hasta su regreso al área de servicio de GlobalHealth:

- Comuníquese con su PCP para recibir asesoramiento médico e instrucciones.
- remítase usted mismo a un centro de atención de urgencia.

Tome en cuenta:

- No debe acudir a un Centro de atención de urgencia para recibir los servicios de rutina y la continuidad de atención médica que le brinda su PCP.
- El uso de los Centros de atención de urgencia es solo para una enfermedad, lesión o condición inesperada que requiere atención inmediata y médicamente necesaria.
- Toda la atención de seguimiento debe ser proporcionada o coordinada por su PCP.
- Es posible que sea necesaria la autorización previa, dependiendo de la atención requerida.
- Un Proveedor fuera de la red puede facturarle los saldos. Un Proveedor dentro de la red no puede facturarle los saldos. Consulte “Facturación de saldos realizada por un proveedor fuera de la red” en la página 66.

Servicios para remitirse por sí mismo

Según se explica en otra parte de este manual, su PCP coordinará los servicios cubiertos que reciba como miembro de GlobalHealth. Pero hay algunas excepciones. Puede referirse usted mismo a un

Proveedor de la red para los siguientes servicios. Usted no necesita obtener una referencia de su PCP antes de ir.

Servicios de obstetricia y ginecología y exámenes para la mujer sana dentro de la red

No necesita una autorización previa de GlobalHealth ni de su PCP para recibir atención médica de un profesional de atención médica de la red que se especializa en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de atención médica deba cumplir con ciertos procedimientos, incluidos los siguientes:

- Obtener autorización previa para determinados servicios. Cuando sus servicios estén aprobados, recibirá una carta por correo.
- Respetar el plan de tratamiento autorizado.
- Respetar los procedimientos para realizar referencias.

Para obtener una lista completa de los servicios de prevención relacionados con su examen para la mujer sana, consulte “Sus beneficios médicos” en la página 38, número 78 “Examen para la mujer sana”. Es posible que deba pagar un Copago o Coaseguro si tiene otros servicios que no son de prevención.

GlobalHealth solo cubrirá los costos de su atención cuando sea proporcionada por su PCP o por un proveedor de la red que se especializa en obstetricia o ginecología. Usted será responsable del costo de la atención si obtiene los servicios de un proveedor fuera de la red. Para obtener una lista actualizada de los profesionales de atención médica de la red que se especializan en obstetricia o ginecología, consulte el *Directorio de proveedores* en línea o póngase en contacto con Atención al cliente.

Mamografías de rutina dentro de la red

Puede referirse usted misma a un centro de diagnóstico por imágenes de la red para realizarse la mamografía de rutina. En el *Programa de beneficios*, se indica a qué edad y con qué frecuencia está cubierta la mamografía de rutina sin cargo. Verifique nuestro sitio web o comuníquese con Atención al cliente para obtener datos sobre un centro de diagnóstico por imágenes de la red. Usted será responsable del costo de su mamografía si obtiene los servicios de un proveedor fuera de la red.

Servicios de salud mental y conductual/dependencia de sustancias químicas

Usted puede tener acceso a los servicios de salud mental directamente llamando a MHN Net Behavioral Health (“MHN Net”). Para obtener más información, consulte “Sus beneficios de salud mental y conductual”. Consulte la página 39.

Exámenes de la vista de rutina dentro de la red

Puede referirse usted mismo a un optometrista de la Red. Para obtener más información, consulte el *Programa de beneficios*.

Exámenes de la audición y del habla dentro de la red

Puede referirse usted mismo a un audiólogo de la Red solamente para una consulta de evaluación con su hijo. Necesitará una Autorización previa para cualquier tratamiento adicional. Para obtener más información, consulte el *Programa de beneficios*.

Fisioterapia dentro de la red

No necesita la autorización previa de GlobalHealth ni de su PCP para que un profesional de atención médica de la red que se especializa en fisioterapia le realice una evaluación. Sin embargo, es posible que el profesional de atención médica deba cumplir con ciertos procedimientos, incluidos los siguientes:

- Obtener autorización previa para determinados servicios. Cuando sus servicios estén aprobados, recibirá una carta por correo.
- Respetar el plan de tratamiento autorizado.
- Respetar los procedimientos para realizar referencias.

Programas de manejo de la atención y de la utilización

GlobalHealth tiene un programa de Administración de la utilización (“UM”) que ayuda a determinar:

1. Los servicios de atención médica que están cubiertos y son pagaderos conforme a su plan de GlobalHealth.
 - Los servicios deben estar cubiertos. Los servicios que se enumeran en las Limitaciones (consulte la página 52) estarán cubiertos solo como se indica. Los servicios que se enumeran en Exclusiones (consulte la página 54) no están cubiertos.
 - Los servicios deben ser médicamente necesarios. Es decir, los suministros o los servicios de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas. Los servicios deben cumplir con los estándares de medicina generalmente aceptados.
2. El alcance de la cobertura y los pagos.
3. El nivel de atención adecuado.

Nuestro personal utiliza lineamientos y recursos reconocidos a nivel nacional, como Milliman Care Guidelines® y Hayes®, para realizar revisiones. El Director Médico de GlobalHealth realiza todas las determinaciones de necesidad médica. El director médico es un médico autorizado con buena reputación.

Autorización previa de servicios

Ciertos servicios de atención médica, como las referencias para especialistas, la hospitalización y la cirugía para pacientes ambulatorios, requieren una autorización previa de GlobalHealth. Existen algunas excepciones, como Hospitalización para partos (Centro de la red) o emergencias. De lo contrario, si no obtiene una autorización previa, deberá pagar el costo total de los servicios.

Tenga en cuenta:

- Una vez que se aprueben los servicios, GlobalHealth le enviará una carta. Esta carta le proporcionará el nombre e información de contacto para el médico o Centro autorizado y los servicios que se han autorizado. Debe recibir esta carta antes de obtener los servicios cubiertos.
- Cualquier tratamiento, prueba o procedimiento adicional que no esté incluido en lo autorizado requiere una autorización adicional de GlobalHealth. Si no obtiene una autorización antes de realizar las pruebas, recibir servicios o procedimientos, es posible que sea responsable financieramente del pago.
- Aunque algunos servicios no requieren una autorización previa, debe usar a los proveedores dentro de la red. Consulte “Servicios de autorreferencia” en las páginas 19 y 20.

Autorizaciones médicas

Su PCP debe presentar las referencias para los servicios en su nombre. Sin embargo, finalmente, es su responsabilidad asegurarse de que los servicios estén autorizados por GlobalHealth. Entre los “servicios”, se incluye cualquier tratamiento, prueba o procedimiento.

Autorizaciones de salud conductual

MHNet coordina y autoriza todos los servicios de salud mental, conductual y dependencia de sustancias químicas. Usted no necesita que su PCP se comunique con MHNet. Puede comunicarse con ellos llamando directamente al 1-866-904-5234 (llamada gratuita) o al 1-866-200-3269 (TTY/TDD/Voz).

Decisiones no urgentes

Las decisiones de servicios previos que no son urgentes se toman en un término de quince (15) días calendario después de recibir la solicitud. El plan puede extender este período una vez hasta por quince (15) días si:

- Es necesario debido a asuntos más allá del control de GlobalHealth.
- Se le notifica, antes del vencimiento del período inicial de 15 días, por qué es necesario.
- Se le notifica la fecha en la que GlobalHealth espera tomar una decisión.

Si dicha extensión es necesaria porque GlobalHealth no tiene suficiente información para tomar una decisión sobre el reclamo:

- Le indicaremos específicamente qué información necesitamos.
- Usted tendrá cuarenta y cinco (45) días a partir de la recepción del aviso para brindarnos la información específica.

Decisiones urgentes

Las decisiones de servicios preliminares urgentes se toman en un término de setenta y dos (72) horas después de recibir la solicitud. El médico que lo trata puede actuar como su representante autorizado.

Revisión concurrente

En el proceso de revisión concurrente de GlobalHealth, se evalúa lo siguiente:

- La necesidad de tratamiento continuo.
- El nivel de atención.
- La calidad de la atención para los miembros que reciben servicios para pacientes hospitalizados.

Los servicios para pacientes hospitalizados que se extienden más allá del período autorizado requieren una revisión concurrente.

Si GlobalHealth ha aprobado un plan de tratamiento (que se proporcionará durante un período o en una cantidad de tratamientos):

- Cualquier cambio antes de finalizar el plan de tratamientos se considera una determinación adversa. Un cambio puede ser una reducción o terminación del curso de tratamiento. GlobalHealth le notificará por anticipado del cambio. Se le dará tiempo para Apelar y obtener una revisión de esa Determinación adversa antes de que cambie el beneficio. Esto no aplica cuando el Plan de salud se enmienda o termina. GlobalHealth proporcionará cobertura continua dependiendo del resultado de una apelación.

- Puede solicitar que se amplíe el plan de tratamiento más allá de lo aprobado. GlobalHealth le avisará de la decisión, si es adversa o no. No tiene derecho a una cobertura continua si está pendiente el resultado de la solicitud.
- Las decisiones urgentes de una revisión concurrente se realizan dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas a partir del momento de recibir su solicitud. GlobalHealth le avisará de la decisión, si es adversa o no.

Consulte “Apelaciones y quejas” en la página 72.

Planificación para dar de alta

La transición entre la administración de la atención y la planificación del alta empieza en el momento de la admisión en el hospital o cuando se autoriza la admisión. El plan puede incluir beneficios que se utilizarán después del alta. Los servicios necesarios después del alta pueden requerir una autorización previa para un proveedor o un centro dentro de la red.

Revisión posterior al servicio

Después de haber recibido los servicios, una revisión posterior al servicio evalúa los servicios prestados para identificar cualquier problema de calidad o utilización. Esto incluye una revisión retrospectiva de los reclamos que se presentaron por el pago y los registros médicos correspondientes.

Puede comunicarse con el Departamento de Administración de la utilización.

Durante el horario de atención regular:

Lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.

(405) 280-5600 (local)

1-877-280-5600 (llamada gratuita)

1-800-522-8506 (TTY/TDD/Voz)

Después del horario de atención regular:

Deje su nombre e información de contacto y recibirá una respuesta en el siguiente día hábil.

um@globalhealth.com

(405) 280-5398 (FAX)

(405) 819-7574 (local)

1-877-280-5600 (llamada gratuita)

1-800-722-0353 o 711 (TTY/TDD/Voz)

Política sobre cómo asegurar la utilización adecuada

- La toma de decisiones de la Administración de la utilización (“UM”) de GlobalHealth se basa en cuán adecuados resulten la atención y el servicio, y en la existencia de cobertura.
- GlobalHealth no recompensa específicamente a los profesionales u otras personas por emitir denegaciones de cobertura.
- GlobalHealth no proporciona incentivos financieros para los encargados de tomar decisiones de la Administración de la utilización, lo que incentivaría tomar decisiones que ocasionen un menor uso.
- GlobalHealth no usa incentivos para fomentar barreras para la atención y el servicio.

- GlobalHealth no toma decisiones en relación con la contratación, el ascenso o el despido de los profesionales u otras personas basándose en la probabilidad, o percepción de probabilidad, de que la persona apoyará o intentará apoyar la denegación de beneficios.

Procedimiento de evaluación de la tecnología

GlobalHealth cuenta con un proceso de evaluación de la tecnología y revisión de lineamientos. Está diseñado para revisar las solicitudes de cobertura de los dispositivos, procedimientos o tratamientos recientemente disponibles que no se consideren beneficios establecidos.

Un comité dirigido por médicos revisa todas las solicitudes de aprobación de nueva tecnología. Esto incluye tanto una nueva tecnología como una nueva aplicación de tecnología existente.

El comité examina los procedimientos de atención médica y de salud conductual, los medicamentos y los dispositivos usando evidencia médica y científica. Una agencia reguladora, como la Administración de Drogas y Alimentos (“FDA”) de los Estados Unidos, debe haber aprobado el nuevo dispositivo, procedimiento o tratamiento antes de que se lo pueda considerar.

Antes de aprobar la cobertura, GlobalHealth requiere evidencia documentada para asegurar la eficacia y seguridad de la nueva tecnología. La nueva tecnología debe realizar lo siguiente:

- mejorar el resultado neto de la salud del miembro;
- ser tan beneficiosa como las alternativas establecidas;
- estar disponibles fuera del entorno de investigación;
- mejorar significativamente la calidad de vida del miembro; y
- demostrar con claridad al miembro que la atención médica es segura.

Manejo de condiciones

Un aspecto crucial de la atención es la comunicación constante entre usted y su médico. Seguir con su plan de tratamiento recetado, incluyendo decisiones de un estilo de vida saludable, es igualmente importante. GlobalHealth trabaja activamente para mejorar el estado de salud de sus miembros con condiciones crónicas, apoyando la relación paciente-médico.

Las enfermedades objetivo incluyen las siguientes:

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Enfermedad de las arterias coronarias

GlobalHealth utiliza una estrategia enfocada en el paciente. Esto incluye enviarle cartas educativas para ayudarlo a que aprenda mejores hábitos de salud. Estas cartas contienen información para ayudarlo a reducir el progreso de la enfermedad. A su vez, esto le ayuda a evitar cargos innecesarios de atención médica.

Autorreferencia al manejo de enfermedades e inscripción

Correo electrónico:

www.globalhealth.com/commercial

Haga clic en Administración de casos bajo Herramientas y recursos de bienestar

Autorreferencia al manejo de enfermedades e inscripción

Llame a:

405-280-5600

1-877-280-5600 (llamada gratuita)

1-800-722-0353 o 711 (TTY/TDD/Voz)

Administración de casos complejos

La administración de casos es un proceso de colaboración. Un gerente de casos trabaja con el proveedor y el miembro para evaluar, planificar y facilitar las opciones de tratamiento. Usa la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de calidad y económicos. Puede autorreferirse o su médico puede referirlo a la administración de casos complejos.

Autorreferencia a la administración de casos complejos

Comuníquese con el Departamento de UM:

405-280-5600

1-877-280-5600 (llamada gratuita)

1-800-722-0353 o 711 (TTY/TDD/Voz)

Visite nuestro sitio web:

www.globalhealth.com/commercial

Sus beneficios

Esta sección explica sus beneficios, incluyendo lo que está y no está cubierto por GlobalHealth.

Sus beneficios médicos

Aunque los siguientes servicios cubiertos son representativos de los planes de GlobalHealth, no están todos incluidos. Ciertos servicios se pueden realizar ya sea en un departamento de pacientes ambulatorios en un hospital (centro propiedad del hospital) o en un centro independiente/de bajo costo. Asegúrese de preguntar cuando haga una cita qué tipo de centro es. Su costo compartido puede variar dependiendo del lugar en donde recibe los servicios. Para detalles del costo compartido que puede tener, consulte su *Programa de beneficios*. Comuníquese con Atención al cliente de GlobalHealth para verificar si se puede aplicar un costo compartido adicional.

Servicios cubiertos

Los beneficios que se describen en esta sección están cubiertos si su PCP y GlobalHealth determinan que son médicamente necesarios. La mayoría de los servicios deben tener autorización previa. Debe recibir la autorización de GlobalHealth para recibir servicios y suministros antes de irse. Consulte la página 21 para conocer las excepciones.

1. Suero contra alergias:

El suero contra alergias y los suministros para la administración del suero están cubiertos.

2. Pruebas de alergias:

Servicios y suministros utilizados para determinar un plan adecuado para el tratamiento de alergias.

3. Tratamiento de alergias:

Servicios para el tratamiento de alergias mediante un plan de tratamiento establecido.

4. Ambulancia:

El transporte en ambulancia está cubierto cuando una condición médica o psiquiátrica requiere servicios de emergencia médicamente necesarios y se **requiere** una ambulancia para recibir esos servicios. Los servicios de ambulancia que no son de emergencia están cubiertos cuando tienen la autorización previa de GlobalHealth. El transporte de ambulancia de emergencia no requiere autorización previa.

No está cubierto:

- Servicios de furgoneta para sillas de ruedas
- Servicios de furgoneta para camillas
- Ambulancia aérea cuando no requiere la asistencia de personal con formación médica y lo pueden trasladar o transportar con seguridad con otro medio
- Ambulancia y cualquier otro medio de transporte hacia los servicios y desde estos, incluidos, de manera no taxativa, citas del médico, diálisis o pruebas de diagnóstico que no estén relacionadas con la atención de hospital cubierta para pacientes hospitalizados

5. Anestesia:

Servicios elegibles en conjunto con una cirugía o un procedimiento médicamente necesario.

6. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD):

Administración médica, incluidos la evaluación de diagnóstico y los servicios de laboratorio asociados con la supervisión de medicamentos con receta médica. Este beneficio médico no incluye programas de modificación del comportamiento o de salud mental sin crisis. Dichos programas están cubiertos por MHNet. Consulte “Sus beneficios de salud mental y conductual” en la página 39.

7. Trastorno del espectro autista:

Servicios y suministros para el tratamiento médico del autismo. Se incluyen hasta un máximo de treinta (30) visitas por año del plan para fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. La prueba de detección de autismo está cubierta para niños a los dieciocho (18) meses de edad y veinticuatro (24) meses de edad. La asesoría está cubierta por MHNet. Consulte “Sus beneficios de salud mental y conductual” en la página 39.

8. Sangre y productos de la sangre:

Procesamiento, almacenamiento y administración, incluidos la extracción y el almacenamiento de sangre autóloga. La sangre donada es un artículo no facturable.

9. Prueba de densidad ósea:

Edad	Beneficio
Mujeres mayores de cuarenta y cinco (45) años de edad	Cuando un PCP o médico que refiere solicita las pruebas, estas están sujetas a los deducibles, copagos y coaseguros de su plan. El reembolso está limitado a \$150.00.
Mujeres mayores de sesenta (60) años de edad	La prueba de detección de osteoporosis de rutina cuando existe mayor riesgo de fracturas osteoporóticas no tiene costo compartido.
Mujeres mayores de sesenta y cinco (65) años de edad	Las mujeres no tienen costo compartido.

10. Trasplantes de médula ósea y células madre:

Los trasplantes de esta naturaleza que no se consideran experimentales o de investigación están cubiertos. Los gastos del donante están cubiertos solo si el receptor es Miembro de GlobalHealth y solo por servicios relacionados con el trasplante. Los trasplantes se deben realizar en un centro de trasplantes de la red.

11. Cáncer de seno (y otras condiciones del seno):

Además del tratamiento de la condición, la cobertura abarca lo siguiente:
<ul style="list-style-type: none">• No menos de cuarenta y ocho (48) horas de atención para pacientes hospitalizadas después de una mastectomía.• No menos de veinticuatro (24) horas de atención para pacientes hospitalizados después de una disección de ganglio linfático para el tratamiento del cáncer de seno.• Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica.• prótesis; y• tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

12. Rehabilitación pulmonar y cardíaca:

Rehabilitación específica para pacientes con una de las siguientes condiciones:

- Recuperación del trasplante de corazón
- Recuperación de una cirugía de derivación
- Recuperación de un ataque cardíaco
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

13. Dependencia de sustancias químicas:

Servicios para la dependencia de sustancias químicas, incluido el alcohol, los medicamentos con receta médica y las drogas ilegales. Estos servicios incluyen diagnóstico, tratamiento médico y Referencias. Los servicios de dependencia de sustancias químicas los administra MHNNet. MHNNet es el encargado de dirigir toda la atención médica para el tratamiento de dependencia de sustancias químicas. Consulte “Sus beneficios de salud mental y conductual” en la página 39.

14. Servicios quiroprácticos:

Tratamiento de manipulación médicamente necesario u otros servicios dentro del alcance de la práctica del quiropráctico.

15. Ensayos clínicos:

Los costos de rutina asociados con un ensayo clínico aprobado están cubiertos. Para que se aprueben, el motivo o propósito del ensayo clínico debe ser la evaluación de un artículo o servicio que está dentro de una categoría de beneficios (por ejemplo, servicios médicos, prueba de diagnóstico) y no debe estar excluido de la cobertura (por ejemplo, cirugía cosmética). El ensayo debe tener una intención terapéutica y no estar diseñado solamente para examinar la fisiopatología de la enfermedad. El ensayo debe estar patrocinado por una organización aprobada y debe cumplir con las regulaciones federales relacionadas con la protección de seres humanos.

Los costos de rutina asociados con un ensayo clínico aprobado incluyen los costos relacionados con la atención médica razonable y necesaria que normalmente se proporciona en ausencia del ensayo clínico. Esto incluye los costos asociados con el diagnóstico y tratamiento de complicaciones que surgen de la participación en el ensayo clínico. Los costos de rutina no incluyen el costo de un medicamento o artículo de investigación en sí, ni los costos por artículos y servicios proporcionados solamente para la recopilación y el análisis de datos.

16. Dispositivo de implante coclear:

Un dispositivo de implante coclear para miembros con discapacidad auditiva profunda y bilateral que no cuentan con el beneficio de aparatos auditivos convencionales. La cobertura es para miembros mayores de dieciocho (18) meses de edad o para miembros con sordera prelocutiva con mínima comprensión del habla que utilizan aparatos auditivos.

17. Servicios de implantes cocleares:

Implantación de un dispositivo coclear que cumple con los lineamientos de la cobertura para recibir el dispositivo.

18. Prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal:

Examen y pruebas de laboratorio para cualquier miembro asintomático mayor de cincuenta (50) años de edad. Los miembros menores de cincuenta (50) años de edad están cubiertos si tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, según lo determine su médico. La prueba de detección preventiva incluye la extracción de pólipos durante el procedimiento de detección cuando sea necesario.

19. Complicaciones del embarazo:

Condiciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto y el parto, que requieren atención médica para prevenir un daño grave a la salud de la madre o del feto. Las náuseas matutinas y una cesárea que no es de emergencia no son complicaciones del embarazo.

20. Servicios de anticoncepción:

Servicios de planificación familiar, incluidos los siguientes:

- Orientación anticonceptiva
- Anticonceptivos implantados quirúrgicamente
- Anticonceptivos inyectables
- Dispositivos intrauterinos
- Diafragmas (inserción o extracción).
- Esterilización voluntaria, limitada a mujeres únicamente sin costo compartido. Procedimientos para hombres cubiertos en virtud del beneficio médico/quirúrgico con copago aplicable.

21. Cirugía cosmética:

Consulte “Cirugía reconstructiva” en la página 36. La cirugía cosmética se limita a lo siguiente:

- Curación de condiciones que son el resultado de una lesión accidental.
- Reconstrucción del seno después de una mastectomía médicamente necesaria.
- Mejoramiento del funcionamiento fisiológico de un miembro malformado del cuerpo no relacionado con procesos de odontología o dentales en los dientes y el tejido circundante.

22. Emergencias dentales:

La estabilización inmediata de los dientes naturales sanos debido a un accidente o lesión está cubierta. Todos los reemplazos, reimplantes y la atención de seguimiento de estos dientes NO están cubiertos, incluso si los dientes no se salvan por estabilización de emergencia.

23. Anestesia para tratamiento dental:

Está cubierta para los siguientes miembros:

- Menores de nueve (9) años de edad cuando sufren una condición médica o emocional que requiere hospitalización o anestesia general para la atención dental.
- Miembros gravemente discapacitados.
- Niños de cuatro (4) años de edad o menores que, a juicio del profesional que los trata, no tienen el desarrollo emocional suficiente como para ser sometidos a un procedimiento dental médicamente necesario sin el uso de anestesia.
- Incluye servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios que se requieren debido a una condición médica y un estado clínico subyacentes o debido a la gravedad del procedimiento dental.

24. Control de la diabetes:

Servicios de capacitación para el autocontrol, la educación y la terapia de nutrición médica para pacientes ambulatorios. Estos servicios se deben proporcionar con la dirección de un proveedor de la red.

25. Equipo y suministros para el autocontrol de la diabetes:

Equipo y suministros que incluyen, de manera no taxativa, servicios y dispositivos de podología para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes. Los suministros para

diabéticos que incluyen agujas y jeringas desechables para la administración de los medicamentos, tiras reactivas de prueba y lancetas cubiertas con una receta médica están cubiertos. Dispositivos de ayuda visual (glucómetro con voz para ciegos; no incluye anteojos o lentes de contacto) para miembros que tienen una discapacidad visual que impediría la administración de una dosis adecuada. Cualquier medidor que GlobalHealth no proporcione requiere autorización previa.

26. Pruebas de diagnóstico:

Incluidos, de manera no taxativa:

- Análisis de sangre
- Pruebas de Papanicolaou que no son de rutina
- Rayos X/ultrasonidos
- Patología
- Mamografías que no son de rutina

Las pruebas de Papanicolaou y las mamografías de rutina están cubiertas como atención preventiva. Los rayos X recibidos durante la visita al consultorio no requieren autorización previa.

27. Diálisis:

Servicios y suministros para hemodiálisis crónica y aguda. Requiere autorización previa y debe proporcionarla un proveedor o centro dentro de la red.

28. Equipo médico duradero (“DME”):

Equipo y suministros solicitados por el proveedor de atención médica para uso diario o prolongado.

La cobertura del DME puede incluir lo siguiente:

- Oxígeno y equipo de oxígeno
- Sillas de ruedas
- Muletas
- Tiras reactivas de glucosa en sangre para diabéticos

El DME no incluye equipo ni características eléctricas o mecánicas para mejorar el equipo básico, que proporcionan comodidad o conveniencia. El equipo usado para el entorno o ambiente de una persona no está cubierto.

GlobalHealth determina si un artículo se compra o se alquila. Todo el DME debe tener una autorización previa y se debe obtener de un proveedor de la red.

Los costos de reparación, mantenimiento y entrega del equipo están cubiertos. La reparación y el reemplazo no están cubiertos si el equipo se pierde, daña o destruye debido a un uso inadecuado o abuso.

29. Medicamentos de emergencia:

Los medicamentos recetados por un proveedor de la sala de emergencias están cubiertos si se surten en una farmacia preferida de la red o una farmacia no preferida de la red.

30. Servicios de emergencia:

La atención en la sala de emergencias es un beneficio cubierto. Una emergencia es una condición médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de gravedad (incluido dolor intenso) como para que una persona prudente, que posea un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda razonablemente considerar que la falta de atención médica inmediata puede (a) poner la

salud de la persona en grave peligro; (b) ocasionar una discapacidad grave de las funciones del cuerpo; o (c) ocasionar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Esto incluye la evaluación de una condición médica de emergencia y el tratamiento para evitar que la condición empeore. Los Servicios de emergencia no requieren una Autorización previa. Un Proveedor fuera de la red puede facturarle los saldos. Un Proveedor dentro de la red no puede facturarle los saldos. Consulte “Facturación de saldos realizada por un proveedor fuera de la red” en la página 66.

31. Anteojos:

Primer juego de montura y lentes básicos después de una cirugía de cataratas hasta la asignación máxima de \$100. Consulte también “Limitaciones y exclusiones” en la página 52.

32. Cuidado de los pies (rutina):

Limitado a miembros con un diagnóstico de diabetes o enfermedad vascular periférica.

33. Servicios y programas de educación sobre salud:

Programas de manejo de enfermedades y servicios de bienestar para lo siguiente:

Servicios de bienestar	Programas de manejo de enfermedades
<ul style="list-style-type: none"> • Asma • Salud conductual • Diabetes • Obesidad • Para dejar de fumar 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardíaca crónica • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica • Enfermedad de las arterias coronarias

Encontrará recursos adicionales en nuestro sitio web.

34. Aparatos y dispositivos auditivos:

Aparatos auditivos para niños hasta la edad de dieciocho años (18) están cubiertos. Este beneficio está limitado a un (1) aparato por oído cada cuarenta y ocho (48) meses a menos que sea Médicamente necesario reemplazarlo más a menudo. Para miembros menores de dos (2) años de edad, se pueden obtener cuatro (4) moldes de oído adicionales por año (dos moldes para cada oído).

Las piezas de reemplazo y las reparaciones también están cubiertas. Usted será responsable de cualquier cobro más allá del costo de un aparato auditivo estándar. Pérdida auditiva significa una deficiencia auditiva de treinta (30) decibeles o más en la región de frecuencia importante para el reconocimiento y comprensión del habla en uno o ambos oídos. Es decir, aproximadamente de quinientos (500) a cuatro mil (4,000) Hertz.

Los accesorios o suministros de aparatos auditivos (incluidos controles remotos y paquetes de garantía) no están cubiertos.

35. Prueba de detección auditiva:

Las pruebas de detección auditivas están cubiertas sin costo compartido para los niños hasta los dieciocho (18) años de edad.

36. Atención médica en el hogar:

Los servicios de medio tiempo o esporádicos, incluidas la atención de enfermería especializada y la rehabilitación especializada, están cubiertos. Un enfermero, terapeuta del habla, ocupacional o fisioterapeuta autorizado debe proporcionar la atención médica en el hogar. Limitada a treinta (30) visitas por año del plan.

37. Servicios de hospicio para enfermos terminales:

Los servicios de hospicio para enfermos terminales para miembros con una enfermedad terminal, cuyo pronóstico da como resultado una expectativa de vida de seis (6) meses o menos, están cubiertos.

Los servicios de hospicio para enfermos terminales se proporcionan de acuerdo con el plan de atención desarrollado por el equipo interdisciplinario que los incluye, de manera no taxativa, a usted, su PCP, un enfermero registrado, un trabajador social y un encargado del cuidado espiritual.

Los servicios del centro de cuidados paliativos incluyen:

- Enfermería especializada
- Un asistente del cuidado de salud a domicilio certificado y los servicios de trabajo doméstico bajo la supervisión de una enfermera registrada y calificada
- Servicios por luto
- Servicios sociales
- Asesoría médica
- Productos farmacéuticos
- Equipo y suministros médicos que sean razonables y necesarios para el cuidado paliativo y manejo de enfermedades terminales y condiciones relacionadas
- Servicios de patología física, ocupacional y del habla para propósitos de control de síntomas o para permitirle a usted que continúe con las actividades de la vida diaria y las habilidades funcionales básicas

38. Hospitalización:

Atención en un hospital que requiere la admisión como paciente hospitalizado y normalmente requiere una estadía durante la noche.

La cobertura incluye lo siguiente:

- Habitación y alimentos
- Atención general de enfermería
- Servicios y visitas del médico y anestesia
- Laboratorio/radiología/pruebas de diagnóstico
- Suministros y equipo médico
- Todos los demás servicios médicamente necesarios previamente autorizados

39. Inmunizaciones:

Las inmunizaciones para niños y adultos están cubiertas, cuando corresponda, de acuerdo con la recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (“ACIP”) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades o según lo requiera la ley. Las inmunizaciones requeridas para viajar, trabajar, realizar deportes o para recreación no están cubiertas.

40. Servicios por infertilidad:

El diagnóstico, las pruebas y los medicamentos provistos por un médico de la red para el tratamiento de la infertilidad están cubiertos. El tratamiento para hombres y mujeres está cubierto. Los medicamentos orales y autoinyectables para estimular la fertilidad están sujetos a una autorización previa a fin de confirmar el diagnóstico.

Servicios de infertilidad no cubiertos:

Servicios de infertilidad no cubiertos:

- Fertilización in vitro (“IVF”)
- Inseminación intracervical (“ICI”)
- Transferencia intrafalopiana de gametos (“GIFT”)
- Transferencia intrafalopiana de cigotos (“ZIFT”)
- Servicios asociados con esos procedimientos
- Asesoramiento genético y prueba de detección genética
- Procedimientos de inseminación y todos los servicios relacionados con la inseminación
- Reversión de un procedimiento de esterilización
- Costo del espermatozoides del donante u óvulo de la donante
- Criopreservación o almacenamiento de espermatozoides (banco de espermatozoides), óvulos o embriones

41. Terapia de infusión:

El uso terapéutico de medicamentos u otras sustancias que un proveedor de la red prepara y administra a través de una aguja o catéter está cubierto. Su PCP debe autorizar estos servicios.

Los servicios de infusión se deben brindar en los siguientes lugares:

- El hogar.
- Una clínica independiente o consultorio médico.
- Un hospital.
- Un centro de enfermería especializada.
- Un centro de rehabilitación.

42. Medicamentos inyectables:**Medicamentos inyectables para pacientes ambulatorios y medicamentos autoinyectables**

- Los medicamentos inyectables administrados en el consultorio del médico están cubiertos cuando son parte de la visita al consultorio del médico.
- Los medicamentos autoinyectables están cubiertos al costo compartido de farmacia correspondiente cuando el medicamento ha sido recetado por un proveedor de la red.

43. Servicios de laboratorio:

Los servicios de laboratorio de diagnóstico y terapéuticos médicamente necesarios están cubiertos cuando son proporcionados por un laboratorio de la red. Las pruebas de diagnóstico y de laboratorio que no son de emergencia realizadas por un laboratorio fuera de la red están cubiertas solo cuando tienen una autorización previa.

44. Mamografía (rutina):

No está sujeto a Autorización previa si la proporciona un Proveedor de la red. Las mamografías que no son de rutina requieren la Autorización previa y un Copago o Coaseguro. Las mamografías en 3D no están cubiertas.

Rango de edad	Frecuencia
Mujeres entre 35 y 40 años de edad	Una mamografía de rutina durante este período de 5 años
Mujeres mayores de 40 años de edad	Una mamografía de rutina anual (cada 12 meses)

45. Atención de maternidad:

Está permitido un mínimo de cuarenta y ocho (48) horas de atención para pacientes hospitalizadas en un hospital o un centro de maternidad autorizado como el hospital, después de un parto vaginal, para la madre y el recién nacido después del nacimiento.

Está cubierto un mínimo de noventa y seis (96) horas de atención para pacientes hospitalizados en un hospital después de un parto por cesárea.

La atención posparto en el hogar está cubierta después de un parto vaginal si el nacimiento se produce en el hogar o en un centro de maternidad autorizado como centro de maternidad. También está cubierta una visita en el hogar en un término de cuarenta y ocho (48) horas a partir del nacimiento del bebé por parte de un proveedor de atención médica autorizado, cuyo alcance de la práctica incluya proporcionar atención posparto.

Los servicios no están sujetos a una autorización previa.

La atención prenatal incluye:	La atención y/o las visitas para pacientes hospitalizados incluyen:
<ul style="list-style-type: none">• Atención de obstetricia de rutina.• Prueba de detección de diabetes gestacional.• Análisis de laboratorio de rutina.• Ultrasonidos de rutina.	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación física de la madre y del recién nacido.• Educación para padres.• Capacitación o ayuda en la lactancia materna o alimentación con biberón.• Realización de cualquier prueba clínica médicamente necesaria y apropiada.

Suministros para lactancia materna limitados a la compra o alquiler del extractor de leche de un proveedor dentro de la red con autorización previa. Limitado a un sacaleches por año para mujeres que están embarazadas o amantando. Póngase en contacto con Atención al cliente para obtener una lista de proveedores de la red.

Cuando la atención de maternidad es para un hijo dependiente, la cobertura es solo para la madre. Los hijos de los hijos dependientes no tienen cobertura.

46. Suministros y materiales médicos:

Suministros y materiales médicos utilizados durante la visita a un consultorio, como los siguientes:
<ul style="list-style-type: none">• Gasa• Ungüentos• Vendajes• Cabestrillos

Estos materiales generalmente no están cubiertos para ningún otro propósito. Los artículos de venta libre no están cubiertos.

47. Servicios de salud mental o conductual:

Incluyen tanto la atención para pacientes hospitalizados como para pacientes ambulatorios administrada por MHNet. Consulte “Sus beneficios de salud mental y conductual” en la página 39.

48. Servicios para recién nacidos:

La atención de rutina para recién nacidos está cubierta en el hospital en virtud del beneficio de maternidad de la madre según se describe en el punto N.º 45 arriba. Los recién nacidos que

quedan hospitalizados después de la estadía aprobada de la madre de 48/96 horas tendrán otro costo compartido del hospital para pacientes hospitalizados. El recién nacido tendrá cobertura para los servicios médicamente necesarios durante los primeros treinta y un (31) días de vida como máximo. Sin embargo, si el recién nacido no está inscrito en el plan, la cobertura terminará automáticamente después de los treinta y un (31) días.

49. Prueba de detección de obesidad y asesoramiento para tratarla:

- 12 a 26 sesiones en el primer año.
- Sesiones individuales y/o de grupo.
- Ayudar a miembros en la toma de decisiones de alimentación saludable.
- Tratar los obstáculos que impiden cambiar.
- Ayudar a los miembros a supervisar el comportamiento.
- Ayudar a los miembros a mantener una actividad física.

50. Cirugía oral y maxilofacial:

- Biopsia y extirpación de quistes o tumores en la mandíbula.
- Tratamiento de enfermedades neoplásicas malignas.
- Extracción de dientes antes de un trasplante de órgano principal.
- Radiación de cabeza o cuello y procedimientos para el tratamiento quirúrgico no dental por defectos congénitos.

Los procedimientos quirúrgicos médicamente necesarios que se realizan dentro o cerca de la cavidad bucal están cubiertos. Las cirugías principalmente para propósitos dentales no están cubiertas.

La cirugía ortognática está cubierta cuando se determina que es Médicamente necesaria. Debe haber suficiente documentación clínica para respaldar que:

- La maloclusión afecta la salud física del paciente, no solo la salud dental.
- La maloclusión no se puede tratar con otras formas de tratamiento estándares y menos invasivas.
- Otros problemas médicos como dificultad para tragar, anormalidades del habla, desnutrición relacionada con la incapacidad de masticar y/o trauma significativo dentro de la boca que produzca incapacidad importante en el funcionamiento.

51. Cirugía para pacientes ambulatorios:

Procedimientos quirúrgicos que se realizan en un mismo día en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios como sustituto de la atención para pacientes hospitalizados. La cirugía se puede realizar ya sea en un departamento de cirugía para pacientes ambulatorios de un hospital (centro propiedad del hospital) o en un centro independiente/de bajo costo. Su costo compartido puede variar dependiendo del lugar en donde recibe los servicios.

52. Pruebas y tratamiento de fenilcetonuria (“PKU”):

Servicios médicamente necesarios y autorizados para realizar lo siguiente:

- Diagnosticar y tratar la PKU.
- Prevenir la aparición de discapacidades médicas y mentales graves.
- Promover el desarrollo o funcionamiento normal como resultado de la deficiencia de la enzima PKU.

Las fórmulas bajas en proteínas aprobadas por la FDA para el tratamiento están cubiertas. Los productos alimenticios bajos en proteína de manera natural no están cubiertos.

53. Fisioterapia:

Evaluación realizada por un fisioterapeuta autorizado a un costo compartido regular sin una referencia o autorización previa. El fisioterapeuta puede presentar una solicitud de referencia para un máximo de treinta (30) días de tratamiento. Los servicios que superan los treinta (30) días requieren la referencia de un médico y autorización de GlobalHealth. Todas las visitas de fisioterapia se consideran para los límites totales de visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, combinadas para los servicios de rehabilitación.

54. Servicios médicos:

Servicios de diagnóstico y tratamiento proporcionados por su PCP. Los servicios de un especialista autorizados por el PCP están cubiertos. Los servicios que prestan los médicos a pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios, en la sala de emergencias y la sala de observación están cubiertos sujetos a las referencias y autorizaciones necesarias. Consulte las secciones pertinentes para saber cuáles son los requisitos.

55. Medicamentos con receta médica:

Fármacos y medicamentos que por ley requieren una receta médica. Consulte “Sus beneficios de medicamentos con receta médica” en la página 41.

56. Atención preventiva:

Servicios o artículos con base empírica que tienen una calificación “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (“USPSTF”). Los exámenes, las pruebas de detección, las inmunizaciones y la asesoría según la evidencia proporcionada en los lineamientos completos respaldados por la Administración de Recursos y Servicios Médicos, están cubiertos. GlobalHealth actualiza la lista de servicios cubiertos anualmente según la publicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Consulte “Lineamientos de la atención preventiva” en la página 48.

57. Cáncer de próstata:

Además del tratamiento de la condición, las pruebas de detección están cubiertas.

58. Prótesis y aparatos ortopédicos:

Los aparatos ortopédicos están cubiertos SOLO para miembros con diagnósticos relacionados con una enfermedad vascular periférica o diabetes.

Se deben seguir los siguientes lineamientos:

- Las prótesis deben ser médicamente necesarias según lo determinado por su PCP o GlobalHealth.
- Las prótesis biónicas y mioeléctricas no están cubiertas.
- Los reemplazos, las reparaciones y los ajustes de las prótesis están cubiertos. La cobertura está limitada al desgaste por uso o debido a un cambio significativo en su condición física. Su PCP y GlobalHealth deben autorizar la reparación o el reemplazo.

59. Radioterapia:

La radiación estándar y compleja está cubierta.

60. Servicios de radiología:

Rayos X estándares para el diagnóstico de una enfermedad o lesión. Los rayos X estándares de un proveedor de la red no requieren autorización previa.

61. Cirugía reconstructiva:

Cirugía y tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo debido a defectos de nacimiento, accidentes, lesiones o condiciones médicas.

Este beneficio está limitado a lo siguiente:

- Cirugía reconstructiva posterior a una mastectomía para restaurar o lograr simetría, incluido el tratamiento de complicaciones físicas.
- Malformaciones craneofaciales para mejorar el funcionamiento, o intentar crear una apariencia normal, de una estructura anormal causada por defectos congénitos o anomalías en el desarrollo.
- Traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades.
- Mamoplastia de reducción si es médicamente necesaria.

62. Centro de rehabilitación:

Un centro que no es un hospital y que se especializa en fisioterapia, terapia ocupacional o del habla.

63. Servicios de rehabilitación:

Servicios y dispositivos proporcionados por un médico registrado, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o del habla para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Limitados a treinta (30) visitas combinadas de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. La terapia de masajes está cubierta si se proporciona durante la fisioterapia, pero no está cubierta si se factura como un servicio separado.

64. Enfermedad mental grave:

Las enfermedades, definidas por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría como “enfermedad mental grave”, están cubiertas como un beneficio médico estándar. Los servicios médicamente necesarios para pacientes hospitalizados o ambulatorios autorizados por MHNet se cubrirán como para cualquier otra enfermedad.

Estos diagnósticos incluyen, de manera no taxativa, los siguientes:

- Esquizofrenia
- Trastornos bipolares
- Trastornos depresivos mayores
- Trastornos esquizoafectivos
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastornos obsesivo-compulsivos

65. Atención de enfermería especializada:

Atención prescrita por un médico del plan y proporcionada en un centro de enfermería especializada. Limitada a treinta (30) días por año del plan.

66. Estudios del sueño:

Pruebas que miden cómo duerme usted y cómo su cuerpo responde a los problemas del sueño. Estas pruebas pueden ayudar al médico a averiguar si tiene un trastorno del sueño y su gravedad.

67. Tomografías especializadas, exámenes de diagnóstico por imágenes y exámenes de diagnóstico:

Incluyendo, pero sin limitarse a: Tomografías computarizadas (CT), tomografías por emisión de positrones (PET), tomografías computarizadas por emisión de único fotón (SPECT), imágenes

por resonancia magnética (MRI), exámenes de medicina nuclear y estudios del sueño. Su costo compartido puede variar dependiendo del lugar en donde recibe los servicios. Debe realizarlos un proveedor de la red.

68. Trasplantes:

Trasplantes de órganos médicamente necesarios y trasplantes de médula ósea que no sean de naturaleza experimental o de investigación. Los costos del trasplante para el donador y el receptor están cubiertos cuando el receptor es Miembro de GlobalHealth. Los trasplantes se deben realizar en un centro de trasplantes dentro de la red.

69. Terapias de tratamiento:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Diálisis.
- Terapia respiratoria/de inhalación.
- Terapia de infusión.
- Terapia con la hormona del crecimiento (“GHT”).

70. Atención de urgencia:

Servicios recibidos en un centro de atención de urgencia. Puede ir a un Centro de atención de urgencia fuera de la red por el mismo Copago bajo ciertas circunstancias. Sin embargo, un Proveedor fuera de la red puede facturarle los saldos. Un Proveedor dentro de la red no puede facturarle los saldos. Consulte “Atención de urgencia” en la página 18.

71. Visión:

Puede autorreferirse a un optometrista de la red para que le realice un examen de la vista con refracción por año. Se excluye la cobertura para lentes de contacto. Los anteojos limitadas al primer juego de monturas básicas y lentes (hasta \$100) están cubiertos para adultos después de cirugía de cataratas.

72. Atención para el niño sano:

Los servicios de salud infantil de rutina están cubiertos en las siguientes edades:

- Nacimiento, a los dos meses, cuatro meses, seis meses, nueve meses y doce meses en el primer año.
- Dieciocho meses.
- Dos años.
- Tres años.
- Cuatro años.
- Cinco años.
- Seis años.
- Ocho años.
- Diez años.
- Doce años.
- Catorce años.
- Dieciséis años.
- Dieciocho años.

73. Examen para la mujer sana:

Cada servicio está cubierto una vez por año del plan. Es posible que sea necesario realizar varias visitas para obtener todos los servicios recomendados según lo determine su médico. No está sujeto a Autorización previa si lo proporciona un Proveedor de la red. Las pruebas que no son de rutina requieren la Autorización previa y un Copago o Coaseguro.

Los servicios incluyen, pero sin limitarse a:

- Prueba de Papanicolaou de rutina
- Prueba de detección del virus del papiloma humano (“HPV”)
- Asesoramiento sobre infecciones transmitidas sexualmente
- Asesoramiento/detección del VIH
- Métodos anticonceptivos y asesoramiento
- Asesoramiento/detección de violencia interpersonal y doméstica

74. Pelucas:

Una peluca u otra prótesis capilar necesaria para la comodidad y dignidad del miembro está cubierta cuando se requiere debido a la pérdida del cabello como resultado de quimioterapia o radioterapia. Sujetos a los mismos Deducibles anuales, Copagos o límites de Coaseguro establecidos para todos los otros beneficios cubiertos conforme al Plan. Beneficios limitados a \$150 por año.

Sus beneficios de salud mental y conductual

Los miembros tienen acceso a los servicios de salud mental llamando a MHNet.

Llame a MHNet Behavioral Health

1-866-904-5234 (llamada gratuita)

1-866-200-3269 (TTY/TDD/Voz)

Si actualmente recibe atención de salud mental o por abuso de sustancias, llame a MHNet tan pronto como sea posible. El personal le ayudará a encontrar el proveedor de MHNet adecuado para usted.

MHNet administrará, autorizará (para los servicios que requieren autorización previa) y coordinará toda la atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios para lo siguiente:

- Salud mental y conductual;
- Dependencia de sustancias químicas y
- Abuso de sustancias.

Los servicios adicionales disponibles a través de MHNet incluyen:

- Intervención en crisis.
- Remisiones a recursos comunitarios y grupos de autoayuda.
- Ayuda para localizar a un proveedor.

No necesita hacerlo por medio de su PCP. Sin embargo, debe llamar a MHNet para recibir una referencia para cualquier servicio de salud conductual y mental para pacientes hospitalizados o ambulatorios y para la mayoría de los servicios en el hospital. La mayoría de los servicios de rutina

para pacientes ambulatorios de salud conductual y mental no requieren autorización previa. MHNet está disponible para ayudarle las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días de la semana.

La desintoxicación médica está cubierta para problemas asociados con el abuso grave de alcohol, drogas u otras sustancias.

Una serie de tratamientos es un programa estructurado, organizado y necesario que puede incluir diferentes centros. Finaliza cuando, por recomendación médica, se da el alta al miembro del programa de desintoxicación para pacientes hospitalizados, de rehabilitación para pacientes hospitalizados, de hospitalización parcial o del programa intensivo para pacientes ambulatorios, o cuando una persona no cumple materialmente con el programa de tratamientos.

Entorno del tratamiento	Descripción de los beneficios
Terapia para pacientes ambulatorios	Terapia que no es de emergencia y que puede incluir la administración de medicamentos, terapia o pruebas psiquiátricas. La sesión de terapia estándar o la administración de medicamentos no requieren autorización previa de MHNet. Otras terapias para pacientes ambulatorios requieren autorización previa de MHNet.
Programa intensivo para pacientes ambulatorios	Tratamiento varias veces a la semana durante una cantidad predeterminada de horas por día, según el plan de tratamiento. Requiere autorización previa de MHNet.
Hospitalización parcial (tratamiento durante el día)	Tratamiento varias veces a la semana durante una cantidad predeterminada de horas por día, según el plan de tratamiento. Este tratamiento requiere más días u horas por día que un programa intensivo para pacientes ambulatorios. Requiere autorización previa de MHNet.
Centro de tratamiento residencial	Programa para pacientes hospitalizados no agudos. Requiere autorización previa de MHNet.
Hospitalización por condición aguda	Programa para pacientes hospitalizados las 24 horas. Requiere autorización previa de MHNet.

Un centro para tratamiento de dependencia de sustancias químicas es una instalación que proporciona un programa para el tratamiento de la dependencia de sustancias químicas mediante un plan de tratamiento aprobado y supervisado por un proveedor de la red. Cualquier centro para tratamientos debe estar asociado de forma contractual con un hospital.

myStrength.com. The health club for your mind.™

Un portal de bienestar en línea que le ayudará a mejorar su salud mental y bienestar en general. Está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Visite www.mhnet.com.

- Complete su evaluación de bienestar y su perfil gratis.
- myStrength.com proporcionará un plan de acción estructurado semanal que se adapte a sus necesidades y especificaciones.
- Poderosos módulos de aprendizaje en línea que le llevan a redescubrir su paz interior y bienestar mental.

Divulgación de la información de salud mental

GlobalHealth recomienda la coordinación de la atención entre los servicios de salud mental y su PCP. Es importante discutir la divulgación de su información médica con el proveedor o centro de salud mental. Usted puede elegir no firmar un permiso de divulgación. Sin embargo, es importante que su PCP conozca los servicios que usted ha recibido, en especial si se le recetaron medicamentos. Su PCP podrá verificar las interacciones de medicamentos potencialmente peligrosos. En nuestro sitio web, encontrará el formulario de divulgación de *Autorización estándar de Oklahoma para usar o compartir la información de salud protegida*.

Emergencias de salud mental

Llame al 911 si necesita tratamiento de emergencia. No se requiere Autorización previa. Comuníquese con MHNNet o solicítele al proveedor de la sala de emergencias “ER” que se comunique con MHNNet tan pronto como sea razonablemente posible. Un Proveedor fuera de la red puede facturarle los saldos. Un Proveedor dentro de la red no puede facturarle los saldos. Consulte “Facturación de saldos realizada por un proveedor fuera de la red” en la página 66.

Sus beneficios de medicamentos con receta médica

Su beneficio de medicamentos con receta médica cubre los medicamentos autoadministrados para pacientes ambulatorios que requieren una receta médica. “Receta médica” se refiere a una orden escrita por un médico autorizado o terceros autorizados a dar recetas para una sustancia medicinal cuya etiqueta de empaque debe llevar la siguiente leyenda de acuerdo con la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos (“Ley FD&C”): “Precaución: La ley federal prohíbe surtir este medicamento sin una receta médica” o “Solo con receta médica”.

La Ley del cuidado de salud a bajo precio requiere que algunos medicamentos de venta libre estén cubiertos. Consulte la sección “Ley del cuidado de salud a bajo precio” en la página 43.

Cómo utilizar sus beneficios de medicamentos con receta médica

1. Surta su receta médica en cualquier farmacia participante de GlobalHealth. Puede encontrar una lista de farmacias de la Red en el *Directorio de proveedores* y en el sitio web en www.globalhealth.com/commercial. También puede comunicarse con Atención al cliente a fin de obtener ayuda para localizar una farmacia.
2. Presente su tarjeta de identificación de miembro al farmacéutico.
3. Pague el copago o coaseguro correspondiente.

Farmacias minoristas preferidas y no preferidas de la red

Cuando compra sus medicamentos con receta médica en una farmacia minorista preferida de la red, usted pagará el costo compartido publicado de su plan para cada nivel. Allí es donde obtendrá los mayores descuentos. También puede ir a una farmacia minorista no preferida de la red, pero pagará un costo compartido más alto por cada medicamento con receta médica. Puede encontrar una lista de las farmacias minoristas preferidas y no preferidas de la red en www.globalhealth.com/commercial.

Servicio de farmacia con entrega a domicilio

ESI ofrece la comodidad de la entrega a domicilio. Los medicamentos de mantenimiento se envían por correo a su domicilio en un suministro de 90 días cuando el Proveedor de la Red receta un

suministro de 90 días. Puede recibir un descuento en sus medicamentos, dependiendo del nivel de medicamento. Consulte el *Programa de beneficios*. Espere catorce (14) días para recibir sus medicamentos con receta médica.

Para obtener más información sobre este servicio opcional, comuníquese con ESI.

Comuníquese con Atención al cliente de Express Scripts:

Los representantes están disponibles las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

1-866-274-1612 (llamada gratuita)

Visite el sitio web:

www.express-scripts.com

Red de farmacias minoristas de suministros extendidos

Puede recibir un suministro hasta de 90 días de un medicamento de mantenimiento en una farmacia minorista de suministro extendido de la Red por el Copago o Coaseguro aplicable para entrega a domicilio. Los medicamentos de mantenimiento deben recetarse como un suministro de 90 días por un Proveedor de la Red. Puede encontrar una farmacia minorista de la red de suministro extendido en www.globalhealth.com/commercial.

Sovereign Medical Solutions para suministros de medicamentos por correo

Sovereign Medical Solutions es una farmacia minorista propiedad de indígenas nativos estadounidenses ubicada en Oklahoma. Suministra medicamentos con receta médica a nativos estadounidenses. Complete el formulario de *Inscripción de pacientes en el Programa de beneficios de medicamentos con receta médica para nativos estadounidenses* disponible en www.globalhealth.com/commercial y envíelo a Sovereign Medical Solutions. Se requiere evidencia del estado de nativo estadounidense de una de las tribus reconocidas a nivel federal. Una vez que Sovereign Medical Solutions establezca el patrimonio cultural del nativo estadounidense, puede recibir descuentos en el costo compartido. Los medicamentos se envían por correo directamente a su domicilio o a la ubicación designada.

Farmacias especializadas

Las farmacias especializadas contratadas surten sus medicamentos especializados y los entregan en su hogar. Los medicamentos especializados enviados y administrados por el médico están cubiertos bajo su responsabilidad de costo compartido de visita al consultorio. Los medicamentos especializados enviados y administrados por usted serán evaluados con un copago o coaseguro de medicamentos con receta médica. Puede encontrar una farmacia especializada de la red en el sitio web de GlobalHealth.

Lista de medicamentos cubiertos preferidos de GlobalHealth

Los medicamentos preferidos se enumeran en la *Lista de medicamentos cubiertos*. Los medicamentos en la lista están seleccionados con base en la calidad (eficacia y seguridad) así como costo económico. Los médicos y farmacéuticos han trabajado en conjunto para crear la lista de medicamentos cubiertos. Incluye medicamentos genéricos y de marca que están aprobados por la FDA.

La lista de medicamentos está sujeta a cambios

- Se pueden introducir nuevos medicamentos o un medicamento genérico puede estar disponible.
- La cobertura no se suspenderá o reducirá por un medicamento, salvo que ocurra lo siguiente:
 - Se ponga a disponibilidad un medicamento terapéutico equivalente nuevo o de menor costo.
 - Se divulgue nueva información adversa sobre la seguridad o la eficacia de un medicamento.
- Si eliminamos medicamentos de nuestra lista, agregamos el requisito de autorización previa, límites de cantidades o restricciones de terapia escalonada para un medicamento, o cambiamos un medicamento a un nivel superior, les notificaremos a los miembros afectados sobre el cambio al menos sesenta (60) días antes de que el cambio entre en vigencia.
- Si la FDA considera que un medicamento en nuestra lista no es seguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, el medicamento se eliminará de inmediato de nuestra lista y usted será notificado.

El Comité de Productos Terapéuticos y de Farmacia de GlobalHealth excluye algunos medicamentos con receta médica de la cobertura porque se considera que otros equivalentes terapéuticos:

- Son clínicamente seguros.
- Tienen menos riesgos para la salud.
- Proporcionan una reducción en los costos generales de atención médica.

En el sitio web de GlobalHealth, se publicará un aviso de exclusión 60 días antes de que esta entre en vigencia.

Puede encontrar información adicional sobre la *Lista de medicamentos cubiertos* en nuestro sitio web o comunicándose con Atención al cliente.

Niveles de medicamentos

Revise su *Programa de beneficios* para obtener información detallada sobre la cobertura para medicamentos, el costo compartido, las limitaciones de beneficios y las exclusiones. Si tiene preguntas específicas sobre su cobertura, llame al número de teléfono impreso en su tarjeta de identificación de miembro.

Nivel	Descripción de los beneficios
Nivel uno	Los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos en las mismas cantidades que los productos de marca. Sin embargo, pueden tener un color, forma o tamaño diferente. Pagará el costo compartido más bajo por ciertos medicamentos genéricos de bajo costo. Todos los demás medicamentos genéricos en este nivel tienen un costo compartido más alto. Revise su <i>Resumen de beneficios</i> .
Nivel dos	Los medicamentos de marca preferidos que aparecen en la lista de medicamentos cubiertos tienen el siguiente costo más alto.
Nivel tres	Los medicamentos no preferidos tienen el costo más alto de estos tres (3) niveles. Este nivel contiene medicamentos de marca no preferidos y genéricos de alto costo especificados.
Nivel cuatro	Los medicamentos especializados preferidos y no preferidos se surten por medio de una farmacia de especialidades. Los medicamentos especializados se limitan a no más de un suministro de un mes por surtido. Estos medicamentos deben tener la autorización previa de GlobalHealth. Revise su <i>Resumen de beneficios</i> .

El costo compartido para los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral no es superior que el costo compartido para los medicamentos contra el cáncer inyectados o administrados por vía intravenosa.

La *Lista de medicamentos cubiertos* le indicará en qué nivel está un medicamento. El costo compartido para cada nivel permanece igual durante todo el año del plan. Durante el año del plan, los medicamentos pueden pasar a un nivel diferente. El nuevo costo compartido de un nivel determinado se aplicará 60 días después de avisarle al miembro. La *Lista de medicamentos cubiertos* está disponible en nuestro sitio web. Comuníquese con Atención al cliente para obtener una copia impresa.

Los copagos y coaseguros aplicables se deben pagar cada vez que se surta o se vuelva a surtir una receta médica. Usted pagará el costo compartido o el costo del medicamento con receta médica, lo que sea inferior.

Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio: medicamentos sin costo compartido

Algunos medicamentos y productos de venta libre (over-the-counter, “OTC”) aprobados por la FDA están cubiertos sin costo compartido.

Medicamento o producto	Población elegible
Suplementos de hierro	Para niños desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad
Suplementos orales de flúor	Para niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad
Suplementos de ácido fólico	Para mujeres en edad fértil
Aspirina	Para hombres de 45 a 79 años de edad y mujeres de 55 a 79 años de edad Para mujeres con mayor riesgo de padecer preeclampsia después de doce (12) semanas de gestación
*Productos para dejar el tabaco	Para adultos mayores de dieciocho (18) años de edad
Suplemento de vitamina D	Para adultos mayores de sesenta y cinco (65) años de edad

*Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* para obtener una lista de los medicamentos cubiertos. No se incluyen todos los productos que se pueden usar para dejar el tabaco.

Los médicos pueden recetar medicamentos para reducir riesgos tales como como tamoxifén o raloxifén, para las mujeres con un mayor riesgo de cáncer de seno y bajo riesgo de efectos secundarios del medicamento. Estos medicamentos están disponibles sin costo compartido, sujetos a una administración médica razonable.

Para recibir los beneficios, debe usar una farmacia minorista dentro de la red y presentarle una receta médica por escrito de su médico al farmacéutico. Los beneficios se restringen a los límites recetados recomendados.

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para mujeres

Ciertos anticonceptivos con receta médica aprobados por la FDA se proporcionan sin costo compartido para las mujeres en edad fértil. Estos medicamentos y dispositivos anticonceptivos no están sujetos a Deducible. Todos los demás medicamentos están sujetos al coaseguro o copago de medicamento con receta médica y a la posible administración de la utilización. Los anticonceptivos de venta libre solo están cubiertos cuando están aprobados por la FDA y son recetados por un médico de la red. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* para obtener una lista de anticonceptivos con receta médica disponibles sin costo compartido.

Autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidades y excepciones

Su plan puede incluir la administración de la utilización. Estos programas se basan en hallazgos médicos recientes, información en las etiquetas del fabricante aprobada por la FDA, costos y acuerdos de tarifas del fabricante.

Control de uso del medicamento

Llame al (918) 878-7361 para solicitar información sobre uno de los siguientes puntos:

Tipo	Descripción
Autorización previa	Los médicos deben obtener una autorización previa para determinados medicamentos, incluidos los *medicamentos compuestos. Esto promueve el uso apropiado y económico. Cualquier suministro o equipo correspondiente también requiere autorización previa. Sin la autorización previa, GlobalHealth no puede cubrir el medicamento, suministro o equipo.
Terapia escalonada	La terapia escalonada requiere uno o más requisitos previos, se cubrirán los medicamentos clínicamente equivalentes que se prueben antes de un medicamento de terapia escalonada.
Límites de cantidades	Existen límites para la cantidad de ciertos medicamentos que puede recibir. Estos medicamentos, si se toman de manera inapropiada por demasiado tiempo, podrían no ser seguros y podrían ocasionar efectos adversos.

*Consulte nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* para conocer nuestra política sobre los medicamentos compuestos.

Solicitudes de excepción

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

Período	Proceso
Excepción estándar	<p>Puede solicitar a GlobalHealth que no aplique las restricciones y los límites de cobertura. Usted puede presentar su solicitud por escrito, electrónica o telefónicamente. Por lo general, GlobalHealth solo aprobará la solicitud de una excepción si:</p> <ul style="list-style-type: none">• El medicamento alternativo está incluido en la Lista de medicamentos cubiertos del plan.• El medicamento en el nivel más bajo o las restricciones de utilización adicionales no serían iguales de eficaces para tratar su condición.• Le ocasionaría efectos médicos adversos. <p>En el caso de una solicitud para cubrir un medicamento que no aparece en la lista, el médico debe incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una justificación que respalde la necesidad del medicamento que no aparece en la lista para tratar su condición.• Una declaración de que todos los medicamentos de la lista cubiertos en cualquier nivel no serán o no han sido eficaces, no serían tan eficaces como el medicamento que no aparece en la lista o tendrían efectos adversos. <p>Usted, su designado o su médico deben comunicarse con GlobalHealth para recibir instrucciones sobre cómo obtener una excepción a la restricción de utilización. Es posible que su médico deba presentar un formulario de solicitud de autorización previa con información de apoyo para la solicitud de la excepción. Por lo general, la decisión se toma en un término de setenta y dos (72) horas a partir del momento en que se recibe su solicitud y se cuenta con suficiente información para comenzar con la revisión.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si se la solicitan, la excepción será para el período de la receta médica, incluidos los resurtidos.• Si GlobalHealth rechaza la solicitud de excepción, puede solicitar una revisión externa. Recibirá la determinación del Departamento de Seguros de Oklahoma (“OID”) en un término de setenta y dos (72) horas a partir de la recepción de la solicitud para su revisión. <p>Su medicamento estará cubierto durante el período en que GlobalHealth realice la revisión y, si corresponde, durante la revisión externa.</p>

Período	Proceso
Excepción acelerada	<p>Usted, su designado o su médico que expide la receta pueden solicitar un proceso de excepciones aceleradas cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted sufre una condición médica que puede poner en peligro su vida, salud o capacidad de recuperar la función máxima. • Está bajo un curso actual de tratamiento usando un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos. <p>Le daremos una decisión a usted, a su designado o al médico que expide la receta médica en un término de veinticuatro (24) horas después de recibir la solicitud y tener la información suficiente para comenzar con la revisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se la solicitan, la excepción será para el período de la receta médica, incluidos los resurtidos. • Si GlobalHealth rechaza la solicitud de excepción, puede solicitar una revisión externa. Recibirá la determinación del Departamento de Seguros de Oklahoma (OID) en un término de veinticuatro (24) horas a partir de la recepción de la solicitud para su revisión. <p>Su medicamento estará cubierto durante el período en que GlobalHealth realice la revisión y, si corresponde, durante la revisión externa.</p>

Transición de la atención

Si es nuevo en GlobalHealth, puede solicitar cobertura para lo siguiente:

- Medicamentos que no están en la lista.
- O bien, medicamentos que aparecen en la lista que requieren autorización previa o terapia escalonada.

Debe realizar la solicitud dentro de los primeros treinta (30) días de la inscripción. La cobertura es solo para un surtido de medicamentos con receta médica de 30 días por medicamento. Le recomendamos que trabaje con su médico y con el Departamento de Farmacia lo antes posible para realizar la transición a la *Lista de medicamentos cubiertos* de GlobalHealth. Llame a Atención al cliente para obtener más información.

Complete el *Formulario de solicitud de transición de la atención: medicamentos con receta médica*. Aparece en página 86, nuestro sitio web, o puede ponerse en contacto con Atención al cliente.

Usos sin autorización

Los usos sin autorización de los medicamentos utilizados en el tratamiento de cáncer o estudio de oncología están cubiertos. Ciertos usos de investigación de quimioterapia para el tratamiento del cáncer pueden estar cubiertos si se administran como parte de un Ensayo clínico aprobado.

GlobalHealth no cubre ningún otro uso de medicamentos o dispositivos médicos sin autorización que no hayan sido aprobados por la FDA. Esta exclusión incluye lo siguiente no aprobado por la FDA:

- Indicación;

- Dosis;
- Duración de la terapia;
- Estándares de seguridad y eficacia dentro de los estudios clínicos, y
- Advertencias, precauciones de posibles interacciones graves con medicamentos.

Recetas médicas recibidas en una Sala de emergencia o Centro de atención de urgencia

Los medicamentos recetados por los médicos de ER se pueden surtir ya sea en una farmacia preferida de la Red o no preferida de la Red. Usted pagará el costo compartido de farmacia. Pueden aplicarse normas de administración de la utilización.

Coordinación de beneficios de la farmacia

Si usted tiene la cobertura de más de un plan de salud, coordinaremos sus beneficios de medicamentos con receta médica. Entregue ambas tarjetas de medicamentos con receta médica al personal de farmacia e indíquelo cuál es el plan primario. El personal de farmacia ingresará la información para la cobertura primaria y la secundaria. La cobertura primaria aplicará su costo compartido. A la cobertura secundaria se le facturará el costo compartido restante.

Programa de Administración de terapia con medicamentos

Si toma varios medicamentos para Condiciones crónicas, puede recibir apoyo de nuestro Programa de Administración de terapia con medicamentos. Usted recibe servicios personalizados del farmacéutico y el personal registrado. Estas son las metas de este programa:

- Ayudar a eliminar las terapias de medicamentos duplicadas.
- Reducir el potencial de interacciones negativas y efectos secundarios de los medicamentos.
- Optimizar los beneficios de los miembros al sugerir alternativas de más bajo costo.

Lineamientos de la atención preventiva

Los servicios cubiertos incluyen exámenes, evaluaciones, inmunizaciones, pruebas de detección y pruebas para lo siguiente:

- Cuidado prenatal y perinatal
- Atención médica para bebés, niños y adolescentes
- Atención médica para adultos
- Atención geriátrica

Los siguientes servicios preventivos están cubiertos sin que usted tenga que pagar un copago o coaseguro ni que tenga que alcanzar el deducible. NOTA: Esto aplica únicamente cuando un proveedor de la red presta estos servicios.

Es posible que deba pagar el costo compartido normal si el principal propósito del servicio es para el tratamiento en lugar de para una prueba de detección preventiva. Los servicios son preventivos cuando no hay síntomas previos. Los servicios son para propósitos de tratamiento cuando usted tiene síntomas o le han diagnosticado una condición en particular. Puede ir a su PCP para un examen físico de rutina anual independientemente de los diagnósticos previos.

Para obtener más información detallada sobre cada servicio a continuación, consulte el sitio web de USPSTF, <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/>.

No todos necesitan todos los servicios preventivos. Su PCP determinará qué servicios son correctos para usted.

Servicios de prevención cubiertos para adultos

- Una única prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal para hombres de edades especificadas que nunca han fumado.
- Prueba de detección y asesoramiento sobre el uso indebido del alcohol.
- Uso de aspirina para hombres y mujeres de determinadas edades.
- Prueba de detección de presión arterial para todos los adultos.
- Prueba de detección de colesterol para adultos de ciertas edades o con mayor riesgo.
- Prueba de detección de cáncer colorrectal para adultos mayores de entre 50 y 75 años de edad.
- Prueba de detección de depresión para adultos.
- Prueba de detección de diabetes tipo 2 para adultos con presión arterial alta.
- Asesoramiento para dietas para adultos con mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas.
- Asesoramiento para la prevención de caídas y medicamentos preventivos para adultos mayores de sesenta y cinco (65) años de edad.
- Asesoramiento para una dieta y actividad física saludable para adultos con mayor riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular.
- Prueba de detección de hepatitis B para todos los adultos con mayor riesgo de infección.
- Prueba de detección de infección con el virus de hepatitis C para adultos con mayor riesgo y prueba de detección por única vez para adultos nacidos entre 1945 y 1965.
- Prueba de detección de VIH (examen) para todos los adultos hasta los sesenta y cinco (65) años de edad.
- Inmunizaciones para adultos; las dosis, las edades y las poblaciones recomendadas varían:
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Herpes zóster
 - Virus del papiloma humano (“HPV”)
 - Influenza (vacuna contra la gripe)
 - Sarampión, paperas, rubeola (“MMR”)
 - Meningococo (meningitis)
 - Neumococo (neumonía)
 - Tétanos, difteria, tos ferina (“TDaP”)
 - Varicela
- Prueba de detección de cáncer de pulmón para adultos de 55 a 80 años que tienen un historial de haber fumado treinta (30) cajas al año.
- Prueba de detección de obesidad y asesoramiento para tratarla para todos los adultos.
- Asesoramiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual (“STI”) para adultos con mayor riesgo.
- Prueba de detección de sífilis para todos los adultos con mayor riesgo.
- Prueba de detección de uso de tabaco para todos los adultos e intervenciones para dejar de usar tabaco.

Servicios de prevención cubiertos para mujeres, incluyendo mujeres embarazadas

- Prueba de detección de anemia de manera rutinaria para mujeres embarazadas.
- Aspirina como medicamento preventivo después de doce (12) semanas de gestación en mujeres que tienen alto riesgo de preeclampsia.
- Asesoramiento sobre la prueba genética de BRCA y pruebas para mujeres con mayor riesgo.
- Mamografía para la detección de cáncer de seno cada 1 o 2 años para mujeres mayores de cuarenta (40) años de edad.
- Asesoramiento sobre la quimioprevención del cáncer de seno para mujeres con mayor riesgo.
- Asesoramiento y apoyo integral para la lactancia materna brindados por proveedores capacitados, al igual que acceso a suministros para la lactancia materna, para mujeres embarazadas y lactantes.
- Prueba de detección de cáncer cervical para mujeres sexualmente activas.
- Prueba de detección de infección por clamidia para mujeres jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo.
- Anticonceptivos: Métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos, procedimientos de esterilización y educación y asesoramiento para pacientes, excluidos los medicamentos abortivos.
- Prueba de detección de violencia doméstica e interpersonal y asesoramiento para todas las mujeres.
- Suplementos de ácido fólico para mujeres que pueden quedar embarazadas.
- Prueba de detección de diabetes gestacional para mujeres embarazadas de 24 a 28 semanas y aquellas con mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional.
- Prueba de detección de gonorrea para todas las mujeres con mayor riesgo.
- Prueba de detección de hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.
- Prueba de detección de VIH (examen) y asesoramiento para mujeres sexualmente activas.
- Prueba de ADN del HPV cada tres años para mujeres con resultados de citología normal mayores de treinta (30) años de edad.
- Prueba de detección de osteoporosis para mujeres mayores de sesenta (60) años de edad dependiendo de los factores de riesgo.
- Prueba de detección de incompatibilidad de Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo.
- Asesoramiento sobre enfermedades de transmisión sexual (STI) para mujeres sexualmente activas.
- Prueba de detección de sífilis para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo.
- Prueba de detección para el uso de tabaco e intervenciones para todas las mujeres y asesoramiento ampliado para consumidoras de tabaco que están embarazadas.
- Prueba de detección de infección en el tracto urinario u otras infecciones para mujeres embarazadas.
- Visitas para la mujer sana para obtener servicios preventivos recomendados para las mujeres menores de sesenta y cinco (65) años de edad.

Servicios de prevención cubiertos para niños

- Prueba de detección de autismo para niños de 18 a 24 meses de edad.
- Evaluaciones conductuales para niños recién nacidos a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años y de 15 a 17 años de edad.

- Prueba de detección de presión arterial para niños recién nacidos a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años y de 15 a 17 años de edad.
- Prueba de detección de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.
- Prueba de detección de hipotiroidismo congénito para recién nacidos.
- Prueba de detección de caries dentales para niños recién nacidos hasta los cinco (5) años de edad.
- Prueba de detección de depresión para adolescentes.
- Prueba de detección de problemas en el desarrollo para niños menores de tres (3) años y supervisión durante la niñez.
- Prueba de detección de dislipidemia para niños con mayor riesgo de padecer trastornos de lípidos de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años y de 15 a 17 años de edad.
- Suplementos para la quimioprevención con flúor para niños sin flúor en su fuente de agua.
- Medicamento preventivo contra la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos.
- Prueba de detección auditiva para todos los recién nacidos.
- Medidas de altura, peso e índice de masa corporal para niños recién nacidos a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años y de 15 a 17 años de edad.
- Prueba de detección de hematocritos o hemoglobina para niños.
- Prueba de detección de hemoglobinopatías o células falciformes para recién nacidos.
- Prueba de detección del VIH (examen) para niños mayores de quince (15) años de edad y adolescentes con mayor riesgo.
- Inmunización para niños de recién nacidos a dieciocho (18) años de edad; las dosis, las edades y las poblaciones recomendadas varían:

- Tétanos, difteria, tos ferina (“TDaP”)
- Haemophilus influenzae tipo b (“Hib”)
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Virus del papiloma humano (“HPV”)
- Virus de polio inactivo
- Influenza (vacuna contra la gripe)
- Sarampión, paperas, rubeola (“MMR”)
- Meningococo (meningitis)
- Neumococo (neumonía)
- Rotavirus (“RV”)
- Varicela

- Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses de edad con riesgo de desarrollar anemia.
- Prueba de detección de plomo para niños con riesgo de exposición.
- Historial médico para niños durante el desarrollo recién nacidos a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años y de 15 a 17 años de edad.
- Prueba de detección de obesidad y asesoramiento para tratarla.
- Evaluación de los riesgos de la salud bucal para niños pequeños desde los recién nacidos a 11 meses, de 1 a 4 años y de 5 a 10 años de edad.
- Prueba de detección de fenilcetonuria (PKU) para este trastorno genético en recién nacidos.
- Prueba de detección de STI y asesoramiento para su prevención para adolescentes con mayor riesgo.
- Asesoramiento conductual para el cáncer de piel para niños, adolescentes y adultos jóvenes.

- Intervenciones para el uso de tabaco, incluidos la educación o el asesoramiento breve, para niños y adolescentes en edad escolar.
- Prueba de la tuberculina para niños con mayor riesgo de padecer tuberculosis en recién nacidos a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años y de 15 a 17 años de edad.
- Prueba de detección de problemas de la vista para todos los niños.

Para obtener detalles sobre cuándo y con qué frecuencia debería recibir estos servicios, hable con su PCP. Para obtener más información, visite nuestro sitio web o comuníquese con Atención al cliente.

Exclusiones y limitaciones

Todos los beneficios descritos a continuación están excluidos o limitados en este Plan.

Limitaciones

Suministros y servicios suplementarios

- GlobalHealth determinará si los artículos de equipo médico duradero (“DME”) se obtendrán mediante el alquiler o la compra. Todo el DME aprobado lo debe suministrar un Proveedor dentro de la red.
- Los reemplazos, reparaciones o ajustes de los artículos de DME están cubiertos básicamente cuando se determina que son médicamente necesarios.
- El equipo en alquiler se debe devolver cuando ya no sea médicamente necesario.
- Mantenimiento del DME, a menos que tenga la autorización previa de GlobalHealth.
- Los aparatos auditivos se limitan a una cobertura para:
 - Niños hasta el final del mes en que cumplen diecinueve (19) años de edad, un (1) aparato por oído cada cuarenta y ocho (48) meses, a menos que sea médicamente necesario reemplazarlos más a menudo.
 - Niños menores de dos (2) años de edad, cuatro (4) moldes de oído adicionales por año.
 - Lentes correctores y ajustes de rutina para adultos de más de diecinueve (19) años de edad limitados al primer par de monturas y lentes básicos (hasta \$100.00) después de la cirugía de cataratas. Las características de lujo en las gafas, tales como un recubrimiento especial, polarización, tratamiento UV, etc. no están cubiertas.
 - Los aros se limitan a los básicos (no de diseñador).

Servicios quiroprácticos

- Limitados a quince (15) visitas por años del plan.

Cirugía plástica o cosmética

- Cualquier procedimiento operatorio o cualquier parte de un procedimiento realizado principalmente para mejorar la apariencia física a través del cambio en la forma del cuerpo. La cobertura se limita a:
 - Condiciones de reparación resultantes de una lesión accidental
 - Mejoramiento del funcionamiento fisiológico de un miembro malformado del cuerpo no relacionado con procesos de odontología o dentales en los dientes y el tejido circundante
 - Reconstrucción de seno después de una mastectomía médicamente necesaria.

Servicios dentales: cobertura médica

- Se cubrirán los servicios de sala de emergencias necesarios para estabilizar los dientes naturales sanos debido a una lesión accidental. El reemplazo, la reimplantación y la atención de seguimiento de esos dientes no están cubiertos, incluso si los dientes no se salvan por estabilización de emergencia.
- La cirugía ortognática está cubierta solo cuando es médicamente necesaria (por ejemplo, la maloclusión produce una incapacidad significativa de funcionamiento). Se debe proporcionar documentación clínica suficiente y los servicios deben tener una autorización previa.

Análisis, servicios o pruebas genéticas

- El asesoramiento y las pruebas genéticas se limitan a mujeres cuya historia familiar esté asociada con un mayor riesgo de mutaciones nocivas en los genes BRCA 1 y BRCA 2.

Atención médica en el hogar

- Limitada a 100 visitas por año del plan.

Atención médica o servicios hospitalarios

- Tratamiento de lesiones o enfermedades que se sufren o contraen como resultado de estar bajo la influencia de algún narcótico, a menos que un médico lo prescriba, limitado a lesiones que son resultado de una afección médica (se incluyen las afecciones físicas y de la salud mental).

Servicios de fisioterapia y rehabilitación

- Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o del habla limitados a sesenta (60) visitas combinadas para ayudarle a recuperar, mantener o prevenir el deterioro de una habilidad o función que se había adquirido, pero luego se perdió o alteró debido a una enfermedad, lesión o condición discapacitante por plan de tratamiento.

Medicamentos con receta

- Los dispositivos extensores para inhaladores, los medidores de flujo, los Ana-kits y EpiPens están limitados a tres (3) por año del plan.
- Los diafragmas con receta médica están limitados a dos (2) por año del plan.
- Aplican las normas de límites de cantidades del Comité de productos terapéuticos y de farmacia de GlobalHealth, con los criterios de autorización previa y terapias escalonadas.
- Los beneficios de las recetas médicas cubren las vacunas contratadas de la red de vacunas de farmacias que receta un médico de la red y que son administradas por un proveedor de vacunas contratado por una farmacia de la red.
- Los medicamentos especializados se limitan a un suministro por mes.
- Los productos para dejar de fumar están limitados a dos (2) tratamientos completos de 90 días de cualquier producto para dejar de fumar aprobado por la FDA por año del plan, si lo receta su PCP. Este beneficio está disponible para usted así como para sus dependientes inscritos menores de dieciocho (18) años de edad. Los medicamentos cubiertos se enumeran en la lista de medicamentos cubiertos e incluyen: Chantix™ (vareniclina), Inhalador Nicotrol® (nicotina), aerosol nasal Nicotrol® (nicotina) y Bupropion SR 150 mg (genérico de Zyban®). Es posible que los productos de venta libre (como gomas de mascar y parches de nicotina) estén cubiertos. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos*.

- Los medicamentos recetados o administrados por médicos fuera de la red en casos que no sean emergencias se limitan a aquellos que los dentistas recetan.

Servicios de salud psiquiátrica y conductual: cobertura médica

- La prueba de detección de autismo está limitada a niños de dieciocho (18) y de veinticuatro (24) meses de edad.
- Las pruebas de detección del desarrollo están cubiertas para niños hasta los tres (3) años de edad.
- El tratamiento de trastornos compulsivos está limitado a programas para anorexia y bulimia cuando sea médicamente necesario.
- Es posible que otros servicios estén cubiertos en virtud de los beneficios de salud conductual. Llame a MHNNet para obtener los detalles de la cobertura.

Cuidado de enfermería especializada y en centro de tratamiento residencial

- Limitado a 100 días por año del plan.

Visión

- Limitado a un (1) chequeo de rutina, incluidas las refracciones oculares, por año del plan.

Exclusiones

Suministros y servicios suplementarios

- Los lentes de contacto de colores no están cubiertos cuando se usan solo para propósitos cosméticos.
- Cuidado de los pies de rutina, zapatos y plantillas, excepto el cuidado de pies médicamente necesario para aquellas personas diagnosticadas con diabetes o con enfermedad vascular periférica.
- Zapatos ortopédicos, excepto aquellos unidos permanentemente a una férula Denis Browne para niños.
- Zapatos correctores, soportes de arco y dispositivos de ayuda para los pies.
- Colchones y otro tipo de ropa de cama o alarmas para incontinencia urinaria en la cama.
- Equipo o dispositivos de naturaleza no médica, tales como soportes para uso recreativo o atlético, tapones para oídos, soportes elásticos, fajas o ligueros.
- Jacuzzi/tinas de hidromasaje.
- Vehículos eléctricos que se pueden usar como sillas de ruedas.
- Compra o alquiler de equipo o suministros para uso doméstico común incluyendo, pero sin limitarse a: Equipo de acondicionamiento físico, mesas de tracción, aires acondicionados, purificadores de agua, máquinas de limpiar aire o dispositivos de filtración, almohadas lumbares o cervicales, barras de agarre, asientos elevados para inodoro, bancas para ducha, camas o sillas.
- Vendajes, toallas sanitarias o pañales.

Servicios dentales: cobertura médica

- Servicios dentales generales.
- Procedimientos que involucran los dientes o sus estructuras de apoyo (tales como la membrana periodontal, encía y los huesos alveolares).

- Corrección de defectos oclusivos de mandíbula, implantes dentales o injerto de arcos alveolares.
- Tratamiento de tejido blando con el fin de facilitar procedimientos dentales o dentaduras postizas.

Terapias experimentales o de investigación

- Los medicamentos, artículos, dispositivos y procedimientos que son Experimentales o de Investigación, excepto:
 - Usos no aprobados de ciertos medicamentos utilizados en el tratamiento de cáncer o estudio de oncología
 - Ciertos usos de investigación de medicamentos, incluyendo quimioterapia para el tratamiento del cáncer, si se administran como parte de un Ensayo clínico aprobado.
- Medicamentos recetados para una indicación, dosis o período de terapia no aprobado por la FDA.
- Medicamentos, terapias y tecnologías cuya eficacia o efecto a largo plazo no se ha determinado o comprobado, o cuya eficacia no es mayor que la del tratamiento estándar aceptado tradicionalmente.
- Nuevos procedimientos, servicios, suministros y medicamentos hasta que GlobalHealth haya revisado su seguridad, eficacia y valor con relación al costo y haya dado su aprobación.

Atención médica o servicios de hospital

- Servicios prestados sin una autorización y las complicaciones que surgen de esos servicios.
- Servicios o medicamentos recibidos antes de la fecha de inicio de su cobertura o después de que termine la cobertura, incluso si están autorizados.
- Atención o servicios proporcionados fuera del área de servicio de GlobalHealth si la necesidad de dicha atención o servicios se pudo haber previsto antes de salir del área de servicio.
- Servicios para los que usted no permita la divulgación de información a GlobalHealth.
- Servicios con fines de viaje, seguro, obtención de licencias, empleo, escuela, campamento, deportes, prematrimoniales o antes de una adopción.
- Habitaciones privadas y artículos personales o de comodidad.
- Servicios recibidos fuera de los Estados Unidos.
- Cargos por lesiones resultantes de guerra o actos de guerra (ya sea declarada o no) mientras presta servicio en las fuerzas armadas o una unidad adicional agregada a las fuerzas armadas o que trabaja en un área de guerra ya sea voluntariamente o a requerimiento de un empleador.
- Tratamiento de lesiones o enfermedades que resultan del intento o perpetración de un delito, o como resultado de estar involucrado en una ocupación ilegal.
- Alopecia.
- Tratamiento de entrenamientos ortópticos o de la vista para cualquier diagnóstico que no sea estrabismo leve.
- Cargos adicionales por citas canceladas o a las que no asistió multas o cargos financieros, mantenimiento o conservación de registros, copia de expedientes o servicios de Administración de casos.
- Atención médica, suministros, medicamentos y dispositivos por los que no se efectuó ningún cobro. Atención médica, medicamentos y suministros para los que no se solicitaría un pago si usted no tuviera esta cobertura.

- Atención de custodia, cuidado temporal de reemplazo, servicios de ama de casa, atención en casa o de convalecencia.
- Tratamiento por lesiones ocasionadas por actividades extremas incluyendo, pero sin limitarse a:
 - caída libre
 - Puentismo
 - Montaña de toros
 - Carreras de carros
 - Paracaidismo
 - Acrobacia en motocicleta
- Servicios que no son médicamente necesarios.
- Tratamiento médico o de salud mental de cualquier tipo que sea excesivo o donde no se haya demostrado una necesidad médica.
- Medicamentos o tratamientos alternativos usados en lugar de la terapia estándar, para tratar cualquier condición o enfermedad.
- Servicios de pruebas de detección solicitados solo por usted, como tomografías de corazón anunciadas por comerciales.

Servicios obstétricos y de infertilidad

- Abortos voluntarios.
- Monitoreo uterino en el hogar.
- Gastos relacionados con la paternidad/maternidad sustituta.
- Programas alternativos para el parto, tales como parto en el hogar y uso de comadronas y centros de nacimientos.
- Costos resultantes de un parto normal y a término (vaginal o por cesárea) de un bebé fuera de la red de proveedores de GlobalHealth. Parto a término se define como un parto dentro de los treinta (30) días de su fecha de parto, tal como lo especificó su Proveedor dentro de la red de GlobalHealth.
- Gastos por fertilización in vitro, inseminación artificial, transferencias de embriones, reversión de esterilización voluntaria, trasplante de óvulo, transferencia intrafalopiana de gametos (“GIFT”), transferencia intrafalopiana de cigotos (“ZIFT”), paternidad/maternidad sustituta y semen de donante.

Otra cobertura

- Tratamiento por discapacidades relacionadas con el servicio militar al que tiene derecho legalmente y al que tiene accesibilidad razonable (es decir, servicios a través de una agencia gubernamental federal).
- Los servicios que se proporcionan como resultado de las leyes de compensación para los trabajadores o leyes similares.
- Medicamentos para los que el costo es recuperable bajo cualquier otra cobertura, incluso compensación para los trabajadores, Ley de Enfermedades ocupacionales o cualquier agencia gubernamental o estatal.

Otras exclusiones

- Servicios resultantes totalmente o en parte de una condición, artículo o servicio excluido.

Servicios de fisioterapia y rehabilitación

- Quinesiolgía, terapia de movimiento o biorretroalimentación.
- Técnica de Rolf.
- Tratamiento de rehabilitación que no tendrá como resultado una mejora significativa.
- Terapia de masaje.
- Acupuntura/acupresión.
- Terapia recreacional que incluye, pero sin limitarse a:
 - Terapia asistida con animales
 - Musicoterapia

Medicamentos con receta

- Los medicamentos y suplementos dietéticos disponibles sin receta médica (de venta libre) o para los que hay disponible un equivalente terapéutico sin receta médica, incluso si lo ordena un médico, a menos que aplique una excepción.
- Solución salina y medicamentos para la irrigación.
- Los procedimientos, servicios, suministros o medicamentos de mejoramiento voluntarios o electivos, incluyendo pero sin limitarse a: Crecimiento del cabello, desempeño sexual, rendimiento atlético, fines cosméticos y antienvjecimiento.
- Todas las gelatinas, ungüentos, espumas o dispositivos anticonceptivos sin receta médica, a menos que estén aprobados por la FDA y sean recetados para una mujer por un médico de la red.
- Suero biológico, medicamentos recetados para uso o administración parenteral, suero para alergias, agentes inmunizadores y medicamentos inmunizadores inyectables, excepto vacunas que están cubiertas por las Limitaciones anteriores.
- Fórmulas dietéticas, incluyendo, pero sin limitarse a nutrición parenteral completa y otras fórmulas enterales. Excepción: Las fórmulas bajas en proteínas aprobadas por la FDA están cubiertas cuando son médicamente necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU).
- Recetas médicas extraviadas o robadas.
- El medicamento con receta médica para el tratamiento de la disfunción sexual, incluso disfunción eréctil, impotencia y anorgasmia, hiporgasmia o disminución de libido. (Los medicamentos para disfunción sexual están cubiertos solo para indicaciones después de una cirugía de próstata y deben estar autorizados previamente por GlobalHealth).
- Productos tópicos de testosterona (por ejemplo, AndroGel®, Fortesta®, etc.).

Servicios de salud psiquiátrica y conductual: cobertura médica

- Educación, terapia y servicios con el fin de diagnóstico o tratamiento de discapacidades de aprendizaje, trastornos de conducta perturbadora, trastorno de oposición desafiante o trastornos de la conducta.
- Tratamiento psiquiátrico o psicológico para trastornos del desarrollo, incluyendo el retraso mental, el trastorno de desarrollo generalizado y otros trastornos de desarrollo específicos, como el autismo, síndrome de Rett o el síndrome de Asperger.
- Consejería matrimonial.
- Análisis de comportamiento aplicado.
- Es posible que los servicios estén cubiertos en virtud de los beneficios de salud conductual. Llame a MHNet para obtener los detalles de la cobertura.

Transformación del sexo/Disfunción sexual

- Servicios relacionados con la transformación del sexo o disfunción sexual de cualquier naturaleza, incluyendo drogas y suministros.

Trasplantes

- Trasplantes de órganos artificiales o no humanos o trasplantes considerados como experimentales, de investigación o sin comprobar.
- Servicios de trasplante prestados en un Centro de trasplantes Fuera de la red o no participante.
- Pruebas de detección de donantes y gastos de búsqueda de donantes.
- Costos de alojamiento, alimentación y transporte asociados con el trasplante de órganos (donante o receptor).

Transporte/alojamiento

- Transporte en ambulancia de rutina que no sea de emergencia, a menos que tenga la autorización previa de GlobalHealth.
- Alojamiento, alimentación y costos de transporte.

Visión

- Ejercicios oculares y ortópticos.
- LASIK, INTACS, queratotomía radial y otra cirugía refractiva.
- Programas de computadora de cualquier tipo, incluyendo, pero sin limitarse a los que ayudan con la terapia de la vista.
- Lentes de implante ocular multifocal especial.

Programas de reducción de peso

- Grapas gástricas, servicios de globo gástrico o cualquier tratamiento quirúrgico para la obesidad o con fines de pérdida de peso.

Inscripción y elegibilidad

Área de servicio

Para obtener la cobertura, debe vivir o trabajar en el Área de servicio de GlobalHealth. Si está lejos de nuestra área de servicio por más de seis (6) meses, llame a su coordinador de beneficios o al coordinador del seguro. Debe inscribirse en un nuevo plan que tenga una red de proveedores en su nueva área. Existe un Período especial de inscripción durante el cual puede inscribirse en otro Plan que incluye su ubicación nueva en su Área de servicio.

El área de servicio de GlobalHealth incluye los setenta y siete (77) condados de Oklahoma en su totalidad.

¿Quién es elegible para los beneficios de GlobalHealth?

Usted es elegible para inscribirse en GlobalHealth si cumple con las siguientes condiciones:

- Vive o trabaja en el área de servicio de GlobalHealth.
- Es ciudadano estadounidense o nacionalizado, o no es ciudadano, pero se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
 - Espera de manera razonable convertirse en ciudadano o residente.
 - Estará legalmente en el país por el período completo para el cual solicita la inscripción.
- No está en la cárcel.
- Cumple con los requisitos de elegibilidad definidos por su empleador.

Debido a que su empleador contrata sus beneficios de atención médica, usted es el suscriptor del plan de salud. Su cónyuge e hijos son dependientes.

Tenga en cuenta que todos los formularios de inscripción se deben presentar a través de su empleador. Realice la contribución de su prima a través de su empleador. GlobalHealth debe recibir su formulario de inscripción durante la Inscripción abierta o dentro de los periodos que se indican abajo.

Su cónyuge

Su cónyuge es elegible para inscribirse en GlobalHealth si cumple con los requerimientos de elegibilidad de dependiente definidos por su empleador. Debe vivir o trabajar en el área de servicio de GlobalHealth.

Sus hijos

Sus hijos pueden continuar como dependientes elegibles hasta la edad de veintiséis (26) años. Deben vivir o trabajar en el área de servicio de GlobalHealth.

Los estudiantes universitarios están cubiertos para la atención de urgencia o emergencia mientras estén fuera del área de servicio. La atención de rutina deberá ser administrada por un PCP de la red.

Los dependientes de un empleado o ex empleado solo pueden inscribirse si se cumplen las siguientes condiciones:

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

Los dependientes de sus dependientes no están cubiertos.

Recién nacidos

Para inscribir a su recién nacido, debe enviar un formulario de inscripción para agregar al recién nacido para que tenga cobertura dentro de los primeros 31 días desde la fecha de nacimiento.

Hijos adoptados e hijos de cuidados temporales

Los hijos adoptados y los hijos de cuidados temporales están cubiertos desde la fecha de colocación en el hogar. Debe inscribirlos dentro de los primeros treinta y un (31) días desde la fecha de la colocación en su hogar.

Dependientes nuevos como resultado de matrimonio

Si contrae matrimonio, los nuevos familiares estarán cubiertos desde la fecha de su matrimonio. Debe inscribirlos dentro de los primeros treinta y un (31) días desde la fecha del matrimonio.

Orden médica calificada de manutención de menores

Los niños a quienes usted o su cónyuge deben proporcionar cobertura del plan de salud para cumplir con una orden médica calificada de manutención de menores.

Dependientes discapacitados

Los dependientes inscritos que llegan a los veintiséis (26) años de edad pueden continuar con la inscripción en el plan de salud más allá de la edad límite si cumplen con las siguientes condiciones:

1. El dependiente vive con usted o su cónyuge separado o divorciado.
2. El dependiente no es capaz de mantenerse en un empleo por motivos de discapacidad mental o física.
3. El dependiente es principalmente su dependiente en cuanto a manutención y apoyo.
4. La condición mental o física existió continuamente antes de llegar a la edad límite.

Inscripción tardía

Existen circunstancias en que los empleados y sus familiares elegibles pueden inscribirse fuera del periodo de Inscripción abierta del empleador. Estas situaciones incluyen:

1. Usted rechazó la cobertura por escrito cuando fue elegible por primera vez, ya que tenía otra cobertura y la otra cobertura ya no está disponible debido a lo siguiente:
 - a. Usted o los miembros elegibles de su familia han agotado COBRA bajo otro plan de salud colectivo.
 - b. La terminación o reducción de horas de la persona a través de quien usted o su familiar elegible estaban cubiertos
 - c. Terminación de cualquier otra cobertura del plan de salud.
 - d. El empleador deja de contribuir a su cobertura o la cobertura de su familiar elegible.
 - e. Muerte, divorcio o separación legal de la persona a través de quien usted o su familiar elegible estaba cubierto.

Si usted o un familiar elegible cumple con estas condiciones, debe solicitar la inscripción en GlobalHealth no más allá de los treinta y un (31) días siguientes a la terminación de la otra cobertura. GlobalHealth solicita prueba de pérdida de la otra cobertura. La inscripción debe ser efectiva el primer día del mes calendario después de que GlobalHealth reciba completos un formulario de inscripción y la prima.

Cuándo se inicia la cobertura

Usted y sus dependientes elegibles están cubiertos a partir de las 12:01 a. m. de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción. Su empleador debe certificar su elegibilidad.

Continuidad y/o transición de atención

Transición de la atención

Si se está inscribiendo en GlobalHealth y actualmente está recibiendo atención usando una compañía de seguro de salud diferente, puede ser elegible para recibir la atención de su proveedor actual.

Necesitará completar el formulario de *Solicitud de transición de la atención* de GlobalHealth. Esto es necesario, incluso si su PCP actual también es un Proveedor de GlobalHealth. Algunos especialistas y centros actualmente programados para su atención pueden diferir de la red de GlobalHealth.

Es posible que también necesite completar el *Formulario de solicitud de transición de la atención: medicamentos con receta médica*. Consulte “Transición de la atención” en “Sus beneficios de medicamentos con receta médica” en la página 41.

Puede encontrar los formularios en nuestro sitio web o copiarlos de este *Manual para el miembro*. Consulte las páginas 87 y 88.

Debe obtener la aprobación de GlobalHealth para continuar la atención con su proveedor actual. Una aprobación de la compañía de seguro de salud que tenía antes de GlobalHealth no es la misma que una autorización previa de nosotros.

Las solicitudes de tratamiento o servicios continuos con un proveedor de atención médica que no forma parte de la red de GlobalHealth se revisan caso por caso. Una vez que tengamos la solicitud para continuar con la atención, revisaremos su caso. Debe haber recibido servicios del proveedor solicitado en virtud de un plan de tratamiento en curso dentro de los noventa (90) días previos a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura con GlobalHealth.

Les notificaremos a usted y a su proveedor de atención médica si los servicios continuos se han autorizado o si llevaremos a cabo la transición de su atención hacia uno de nuestros proveedores de la red. Si se aprueba, puede recibir hasta treinta (30) días del plan de tratamiento en curso. Si no aprobamos la continuación de la atención, usted y su proveedor de atención médica recibirán una carta con nuestra decisión. Nosotros les proporcionaremos información sobre su derecho a apelar la decisión.

Continuidad de la atención

Si actualmente es miembro de GlobalHealth y su proveedor deja la red, en ciertos casos puede continuar recibiendo la atención de ese proveedor.

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

- Mujeres en el tercer trimestre de embarazo.
- En tratamiento de una condición degenerativa o discapacitante.
- Recibe quimioterapia o radioterapia.
- Tiene una enfermedad terminal.
- Se encuentra actualmente en la lista para un trasplante.
- Está actualmente hospitalizado.
- Hospitalización inminente.
- Actualmente está tomando medicamentos para los cuales GlobalHealth requiere la revisión de la administración de su utilización.

Debe obtener la aprobación de GlobalHealth para continuar con la atención. No cubriremos la atención continua cuando:

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

Cambios en la inscripción

Es su responsabilidad notificar a GlobalHealth sobre cualquier cambio que afecte la elegibilidad para los servicios y beneficios.

Los cambios que se deben reportar incluyen, pero no se limitan a:

- Números del Seguro Social de los niños recién nacidos.
- Terminación o incorporación de cualquier otra cobertura médica colectiva.
- Mudanza permanente fuera del área de servicio de GlobalHealth.
- Cambios:
 - Nombre
 - dirección de correo y código postal
 - número de teléfono (casa y trabajo)
 - PCP
 - estado de discapacidad
 - estado de Medicare
 - COBRA
 - estatus familiar
 - jubilación
 - fallecimiento
 - divorcio

Cualquier cambio se deberá hacer tan pronto como sea posible, pero siempre dentro de los treinta (30) días. Llame a su coordinador de beneficios o al coordinador de su seguro.

Si deja de trabajar o tiene un cambio significativo

Hable con su empleador sobre la cobertura de COBRA si deja de trabajar debido a lo siguiente:

- Jubilación
- discapacidad
- permiso de ausencia
- cesantía temporal
- terminación de empleo

Consulte “Cuando finaliza la cobertura” en la página 63.

Tiene opciones si ocurre algo que cambie su vida como lo siguiente:

- divorcio
- fallecimiento de un cónyuge
- su hijo dependiente ya no es elegible debido a la edad

Consulte “Derechos de continuación de la cobertura en virtud de COBRA” en la página 97.

Cuándo finaliza la cobertura

La cobertura finaliza automáticamente no bien se produce cualquiera de los siguientes eventos:

- La fecha de entrada en vigencia es variable si la inscripción se basa en un fraude.
- El último día del mes en que usted o un dependiente estuvieron inscritos en un plan de GlobalHealth y se inscribió en otro plan a través de un SEP porque se mudó permanentemente fuera del área de servicio de GlobalHealth.
- Usted ya no es elegible según lo definido por su empleador.
- La fecha en que termina la cobertura colectiva. A menos que se disponga lo contrario, su cobertura se vencerá a las 12:01 a. m. en la fecha de vencimiento indicada.
- El último día del mes en que un dependiente se vuelve inelegible.
- Si se da por terminado su empleo o ya no es elegible a través de su empleador, el último día del mes para el cual se pagó la última prima.
- Si el suscriptor de la cobertura colectiva del empleador fallece, la cobertura para los dependientes finaliza el último día del mes en que falleció el suscriptor. Póngase en contacto con el empleador para conocer los derechos de continuación de los dependientes.

Si la cobertura de un dependiente termina, esto no afecta la cobertura de los otros miembros de la familia. Si la cobertura del suscriptor termina, la membresía de todos los dependientes finaliza también. La cobertura finaliza a las 12:01 a. m. del día en que la terminación entra en vigencia. Consulte “Derechos de continuación de la cobertura en virtud de COBRA” en la página 97.

Continuación de la cobertura

Es posible que pueda continuar con la cobertura en el mismo plan por sesenta y tres (63) días después de estos períodos. Se le requerirá que continúe pagando su Prima.

La continuación de la cobertura no podrá estar disponible:

- Si usted no cumple con los pagos puntuales de la prima.
- Si la cobertura colectiva termina en su totalidad durante su período de continuidad.

- Si tiene derecho a una cobertura similar de otra fuente durante el período de continuación de la cobertura.
- Si intencionalmente hace un mal uso indebido de su tarjeta de identificación de miembro.

Privilegio de conversión

Si pierde la cobertura colectiva de GlobalHealth, puede ser elegible para la continuación de la cobertura de COBRA. Verifique con su coordinador de beneficios o con el coordinador de su seguro.

Si usted está hospitalizado cuando la cobertura termina

Los beneficios pueden continuar para el tratamiento de la enfermedad o lesión por la que está hospitalizado mientras está hospitalizado y con la atención de un médico.

- Las mujeres que dan a luz estarán cubiertas durante el parto y la dada de alta.
- Si su cobertura colectiva de GlobalHealth termina debido a la terminación de la cobertura colectiva por parte de su empleador, su cobertura finaliza en la fecha de la terminación.
- Si su cobertura colectiva finaliza debido a la terminación de la cobertura colectiva por parte de GlobalHealth, su cobertura continuará hasta el alta del hospital o el vencimiento de los beneficios.

Todos los servicios deben ser médicamente necesarios. No se brindan beneficios para los servicios que tratan cualquier otra enfermedad, lesión o condición.

Insolvencia

En el caso poco probable de insolvencia del plan, sus beneficios continuarán de la siguiente manera:

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

Cuándo puede GlobalHealth denegar la cobertura

- Los servicios no están cubiertos de acuerdo con su *Programa de beneficios*, “Exclusiones y limitaciones”.
- Usted recibió servicios o tratamiento, incluso medicamentos con receta médica, antes de que su cobertura empezara o después de que su cobertura finalizara.

Cambios en el plan de GlobalHealth

GlobalHealth puede cambiar determinados beneficios después de enviarle un aviso por escrito al menos sesenta días (60) antes. GlobalHealth también le indicará cuándo el cambio entrará en vigencia.

Su empleador puede cancelar su cobertura colectiva. Su empleador debe notificarle por escrito sobre la cancelación al menos sesenta (60) días antes del vencimiento del *Acuerdo colectivo*.

GlobalHealth o su empleador pueden hacer cambios a los beneficios sin el consentimiento o acuerdo del miembro. Si es elegible para elegir cobertura médica de acuerdo con el plan del grupo y decide

elegir cobertura, usted acepta todos los términos, condiciones y disposiciones estipulados. Todos los cambios al Plan deben hacerse por escrito para que sean válidos. Ningún agente o empleado, que no sea el funcionario corporativo debidamente autorizado, tiene la autoridad de modificar el Plan o anular cualquiera de sus estipulaciones. Su empleador es responsable de notificarle por escrito en un término de setenta y dos (72) horas sobre cualquier cambio a su plan de GlobalHealth.

Reclamos y pago

Su deducible y máximo de desembolso directo

Año del plan

El año de su plan colectivo empieza en enero y estará vigente durante los siguientes doce (12) meses. Las fechas de entrada en vigencia colectivas pueden empezar el primer día de cualquier mes y finalizar doce (12) meses más tarde. Si se une a un plan de salud colectivo después de la fecha de entrada en vigencia colectiva debido a que se agregaron dependientes, se inscribió tarde o lo contrataron recientemente, su año del plan comienza cuando se inscribe y finaliza en la misma fecha que el año del plan colectivo. Entonces, su próximo año del plan coincidirá con el año del plan colectivo.

Deducible

Este plan de salud no tiene deducible.

Máximo de desembolso directo (Maximum Out-of-Pocket, “MOOP”)

Un MOOP es un monto en dólares que limita cuánto tiene que pagar por los servicios de atención médica. Incluye los copagos y coseguros que usted paga. Consulte su *Programa de beneficios* para conocer su MOOP.

Servicios cubiertos que se tienen en cuenta para su MOOP:	Algunos gastos no se tienen en cuenta para su MOOP:
<ul style="list-style-type: none">• Servicios y tratamientos médicos<ul style="list-style-type: none">○ Visitas al consultorio○ Pruebas○ Hospitalización○ Cirugía para pacientes ambulatorios○ Equipo médico duradero• Medicamentos con receta• Servicios y tratamiento por abuso de sustancias y de salud mental y conductual	<ul style="list-style-type: none">• Pagos de la prima• Servicios no cubiertos• Servicios y medicamentos no sujetos al deducible• Facturación de saldos de un proveedor de atención de emergencia o urgencia fuera de la red

Si usted alcanza su MOOP para el año del plan, cualquier servicio cubierto que necesite durante el resto del año del plan se cubrirá sin un copago o coseguro.

- El MOOP por miembro se puede cumplir mediante el pago de los gastos por parte de un solo miembro.
- El MOOP familiar se puede cumplir mediante el pago de los gastos por parte de cualquier combinación de los miembros de la familia bajo el mismo suscriptor.

El MOOP del plan de beneficios más actualizado se aplica si usted cambia los planes de beneficios de GlobalHealth durante el año del plan. Los copagos y coseguros pagados bajo el Plan de beneficios de GlobalHealth previo dentro del mismo año del Plan serán aplicados al MOOP del Plan de beneficios actual. Usted no tiene derecho a un reembolso si el MOOP actual es menor que el MOOP

anterior. Si su cobertura finaliza debido a la falta de pago de la prima y luego se inscribe a través de un SEP, sus gastos anteriores no se consideran en el MOOP del año del plan nuevo. Los deducibles, copagos y los coaseguros pagados antes de su inscripción en un plan de GlobalHealth no se consideran para su MOOP.

Es buena idea llevar un registro de sus gastos. Usted sabrá cuándo está cerca de cumplir con su deducible o su MOOP.

Responsabilidad de pago

Usted es responsable del pago de:	Usted no es responsable de:
<ul style="list-style-type: none"> • Su deducible, los copagos o el coaseguro por los servicios cubiertos aprobados. • Los cargos de los servicios prestados por un médico o centro médico sin una referencia autorizada de su PCP. • El costo de los servicios no incluidos en los beneficios de su plan de GlobalHealth. • Los cargos se facturarán en su totalidad cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios fueron servicios no cubiertos. ○ Los servicios se recibieron fuera de la red y no fueron autorizados por GlobalHealth. ○ Los servicios se obtuvieron a través de fraude que usted mismo cometió. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier monto adeudado por GlobalHealth a un proveedor por servicios médicamente necesarios aprobados que están cubiertos por los beneficios de su plan. • Cualquier monto solicitado como facturación de saldos (después de que GlobalHealth ha pagado el monto permitido contratado), siempre que se cumpla con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios fueron servicios no cubiertos autorizados previamente. ○ Los servicios fueron aprobados por GlobalHealth. ○ Los servicios fueron prestados por un proveedor de la red. ○ Usted ha pagado su costo compartido requerido.

Facturación de saldos realizada por un proveedor fuera de la red

La facturación de saldos se produce cuando un proveedor le factura a usted la diferencia entre el cobro facturado y el monto total que el proveedor recibió de su costo compartido y el reembolso contratado de GlobalHealth o usual y acostumbrado por servicios cubiertos aprobados. Los Proveedores dentro de la red no pueden facturarle los saldos. Los Proveedores fuera de la red pueden facturarle los saldos y usted será responsable de pagar la diferencia entre nuestro pago y el monto facturado por el Proveedor.

Tenga en cuenta: Si elige ir a un Proveedor fuera de la red, excepto en casos de emergencia, es posible que sea responsable del 100% del costo.

Si recibe una factura

Servicios médicos

Los servicios proporcionados por los proveedores de la red se facturarán directamente a GlobalHealth. Sin embargo, si usted recibe atención médica de urgencia o emergencia fuera de la red de GlobalHealth, es posible que reciba una factura de esos proveedores.

Si la factura es por atención en la sala de emergencias que usted ya pagó, llame a Atención al cliente para obtener indicaciones dentro de los 120 días a partir de la fecha del servicio. GlobalHealth emitirá el de acuerdo con el reembolso contratado o Usual y Acostumbrado de GlobalHealth. Un Proveedor fuera de la red puede facturarle los saldos. Un Proveedor dentro de la red no puede facturarle los saldos.

Si recibe una factura por atención médica que está cubierta en virtud de su plan de beneficios y está autorizada por su PCP, llame a Atención al cliente.

Servicios por abuso de sustancias o de salud mental y conductual

Los servicios proporcionados por proveedores de la red se facturarán directamente a MHNet. Sin embargo, si usted recibe atención médica de urgencia o emergencia fuera de la red de MHNet, es posible que reciba una factura de esos proveedores.

Si recibe una factura por atención médica que está cubierta en virtud de su plan de beneficios, comuníquese inmediatamente con MHNet para obtener un Formulario de reembolso para el miembro. Llame al 1-866-904-5234 (llamada gratuita) o al 1-866-200-3269 (TTY/TDD/Voz).

Medicamentos con receta

Los medicamentos surtidos en una farmacia de la red generalmente se facturarán directamente a ESI. Sin embargo, si surte una receta médica sin su tarjeta de identificación de miembro, es posible que deba pagarle a la farmacia. Si esto sucede, llame a ESI al 1-866-274-1612 (llamada gratuita) o 1-800-899-2114 (TTY/TDD/Voz).

Recuperación del pago de reclamos

Si GlobalHealth paga un reclamo por servicios que usted recibió y no era elegible para la cobertura en el momento en que se prestaron los servicios, GlobalHealth puede solicitar un reembolso.

Solicitaremos un reembolso de su proveedor en un período de veinticuatro (24) meses a partir del momento en que se realizó el pago, a menos que ocurra lo siguiente:

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

Entonces, usted es responsable de pagarle al proveedor.

Si su reclamo es denegado

Si cualquier parte de un reclamo presentado para pago es denegado, GlobalHealth revisará el reclamo tras recibir la solicitud escrita de apelación. Consulte “Apelaciones y quejas” en la página 73.

GlobalHealth le notificará sobre la determinación adversa en un término de treinta (30) días después de recibir el reclamo. GlobalHealth puede extender este período una vez por quince (15) días como máximo, siempre que GlobalHealth determine lo siguiente:

- Una extensión es necesaria debido a asuntos más allá de su control.
- GlobalHealth le notifica a usted, antes del vencimiento del período inicial de 30 días, por qué es necesaria la extensión.
- La fecha en que GlobalHealth espera tomar una decisión.

Si es necesaria una extensión debido a que GlobalHealth no tiene la información para decidir sobre el reclamo, el aviso describirá específicamente la información requerida y usted tendrá cuarenta y cinco (45) días a partir de la recepción del aviso para brindar la información especificada.

Cuando usted está cubierto por más de un plan

Debe notificar a GlobalHealth si tiene otra cobertura de atención médica.

Si tiene una cobertura de atención médica colectiva además de su plan colectivo de GlobalHealth, ya sea como dependiente o suscriptor, GlobalHealth coordinará los beneficios de acuerdo con la ley aplicable. Esto significa que determinaremos qué plan pagará como primario (primero) y qué plan pagará como secundario (segundo). Si los beneficios de GlobalHealth son secundarios, pagaremos los beneficios aprobados menos el monto pagado por el pagador primario y su costo compartido.

Aún cuando GlobalHealth es el pagador secundario, debe pedir que GlobalHealth autorice su atención para que se pague el reclamo. Es posible que todavía apliquen algunos costos compartidos.

Otras coberturas de atención médica incluyen las siguientes:

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

Tabla de coordinación de beneficios

Los beneficios de salud colectivos proporcionados por GlobalHealth están sujetos a la cláusula de coordinación de beneficios (“COB”). Aplicamos las reglas de COB conforme a los lineamientos de la National Association of Insurance Commissioners (Asociación Nacional de Comisionados de Seguros). Su caso puede ser diferente.

Cláusulas	*Reglas para determinar el orden de los beneficios (primarios/secundarios) en la COB
Solo un plan tiene cláusulas de COB	<ul style="list-style-type: none"> El plan sin una cláusula de COB predomina sobre el plan con una cláusula de COB.
Ambos planes tienen cláusulas de COB	<ul style="list-style-type: none"> Si ambos planes tienen una cláusula de COB, el plan que cubre al miembro como suscriptor predomina sobre el plan que cubre al miembro como dependiente.
Ambos planes tienen cláusulas de COB: hijos dependientes, padres no separados o divorciados	<ul style="list-style-type: none"> El plan del padre cuya fecha de cumpleaños es anterior en el año calendario, independientemente del año de nacimiento, es el primario. Esto se llama “Regla del cumpleaños”. Si ambos planes no siguen la regla del cumpleaños, entonces se aplican las reglas del plan que no tiene la cláusula de la regla del cumpleaños.
Ambos planes tienen cláusulas de COB: hijo dependiente, padres separados o divorciados	<ul style="list-style-type: none"> En el caso de un hijo dependiente cuyos padres están separados o divorciados y el padre con la custodia no se ha vuelto a casar, el plan del padre con la custodia es el primario sobre el plan del padre sin la custodia. En el caso de un hijo dependiente cuyos padres están divorciados y el padre con la custodia se ha vuelto a casar, el plan del padre con la custodia es primario sobre el plan del padrastro o de la madrastra. El plan del padrastro o de la madrastra (en este caso, secundario) asume la responsabilidad antes que el plan del padre sin la custodia del dependiente (en este caso, terciario o tercero). En caso de un hijo dependiente cuyos padres están separados o divorciados y la sentencia de un tribunal establece la responsabilidad financiera de los gastos por atención médica, el plan del padre con dicha responsabilidad financiera es el primario.

*Esto es solo para información general. Es posible que no aplique a su situación específica. No aplica a la cobertura para medicamentos con receta médica.

Coordinación de beneficios

Cuando se necesita la verificación de otra cobertura para procesar un reclamo, GlobalHealth solicitará que complete un formulario de *Coordinación de beneficios*. No proporcionar el formulario completo cuando se le solicita ocasionará que el reclamo se retrase o sea denegado. Es posible que se le solicite que complete un formulario anualmente.

Envío de su formulario

Correo:

GlobalHealth, Inc.
Inscripción y elegibilidad

Envío de su formulario

PO Box 2328
Oklahoma City, OK 73101-2328

Correo electrónico:

CommercialAnswers@globalhealth.com

Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, llame a Atención al cliente.

Su plan de GlobalHealth y Medicare

Si es un beneficiario de Medicare, ya sea por su propia cuenta o por su cónyuge, GlobalHealth coordinará los beneficios con Medicare y determinará quién es el pagador primario. Si los beneficios de Medicare son primarios, GlobalHealth pagará como secundario por los beneficios aprobados menos el monto pagado por Medicare. Si tiene preguntas sobre Medicare, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o visite www.medicare.gov.

Aún cuando GlobalHealth es el pagador secundario, debe pedir que GlobalHealth autorice su atención para que se pague el reclamo. Es posible que todavía apliquen algunos costos compartidos.

Responsabilidad de terceros

Compensación a los trabajadores

Si sufre una lesión en el trabajo y requiere atención médica, debe firmar un formulario de asignación de beneficios en la oficina de su proveedor. Esto le permite al Proveedor facturar la Compensación de los trabajadores. Los beneficios de GlobalHealth no están diseñados para reemplazar o duplicar ningún beneficio que recibe bajo Ley de Compensación de los trabajadores. Debe avisar a su empleador sobre su condición a fin de solicitar los beneficios de compensación para los trabajadores.

Terceros

Si usted se lesiona a través de un acto u omisión de un tercero (por ejemplo, accidente de automóvil) y tiene derecho a la cobertura de gastos médicos, usted acepta:

- Presentar un reclamo por esos gastos.
- Reembolsar a GlobalHealth el costo de todos los servicios después de obtener una recuperación o arreglo monetario.
- Que el derecho de GlobalHealth a reembolsar sea el reclamo de primera prioridad contra cualquier tercero. Esto significa que GlobalHealth recibirá el reembolso de cualquier recuperación ante el pago de cualquier otro reclamo existente, incluido cualquier reclamo de su parte por daños generales.

GlobalHealth puede cobrar las ganancias de cualquier arreglo o juicio recuperado por usted sin importar si fue compensado totalmente.

Cuando usted libera a la parte responsable de un acto incorrecto o negligencia, GlobalHealth puede retrasar o denegar el reclamo. Es posible que GlobalHealth renuncie a su opción de denegar el reclamo por una buena causa en ciertos casos específicos.

Aviso: Consulte “Subrogación, recuperación y reembolso de terceros” en la página 103.

Notifique a GlobalHealth

Notifique a GlobalHealth sobre la posible responsabilidad de terceros o situaciones de compensación para los trabajadores tan pronto como sea posible para que se puedan coordinar sus beneficios.

Apelaciones y quejas

Reclamos y quejas

Puede presentar un reclamo llamando a Atención al cliente. Una queja es un reclamo más formal que usted o su representante autorizado hace por escrito.

Puede ser sobre cualquiera de los siguientes temas:

- cualquier aspecto de las operaciones del plan
- pólizas
- procedimientos
- calidad de la atención
- Acceso
- Actitud o servicio
- Facturación o finanzas
- Calidad de las instalaciones del consultorio del proveedor
- Otros asuntos

Envío de reclamos

Llame a:

(405) 280-5600 (local)
1-877-280-5600 (llamada gratuita)
1-800-755-0353 o 711 (TTY/TDD/Voz)

Correo electrónico:

appeals@globalhealth.com

Para quejas por escrito, incluya lo siguiente:

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

Envío de quejas

Correo:

GlobalHealth, Inc.
ATTN: Grievances
PO Box 2393
Oklahoma City, OK 73101-2393

Correo electrónico:

appeals@globalhealth.com

Si usted desea presentar un reclamo o una queja, debe proporcionar tanta información como sea posible para describir la naturaleza y esencia del asunto. Ponemos a su disposición asistencia con el idioma. Llame a Atención al cliente y solicite un intérprete.

Recibirá una carta de acuse de recibo en un término de cinco (5) días a partir de la recepción de GlobalHealth de su correspondencia escrita. Esta carta le permitirá saber cuándo puede esperar una respuesta o resolución por escrito de GlobalHealth. Por lo general, recibirá una respuesta final en un término de treinta (30) días a menos que se especifique lo contrario.

Apelaciones

Tiene derecho a apelar cualquier decisión que tomemos y que deniegue el pago de su reclamo, deniegue su solicitud de cobertura para un tratamiento o servicio de atención médica, cambie o reduzca un plan de tratamiento aprobado previamente. Usted no tiene derecho a una apelación si el cambio de beneficio se debe a una enmienda al plan o a su terminación.

Puede solicitar más explicaciones cuando su reclamo o solicitud de cobertura de un tratamiento o servicio de atención médica sea denegado o cuando el tratamiento o servicio de atención médica que recibió no se cubrió por completo.

Contáctenos cuando:

- No entienda el motivo de la denegación.
- No entienda por qué el tratamiento o servicio de atención médica no se cubrió por completo.
- No entienda por qué una solicitud de cobertura de un tratamiento o servicio de atención médica fue denegada.
- No puede encontrar la cláusula pertinente en su *Programa de beneficios*, *Manual para el miembro* u otros documentos del beneficio del plan de salud.
- Desea una copia (gratuita) de los documentos, registros y otra información relacionada con su reclamo.
- Desea una copia (sin costo) de las pautas, los criterios o las razones clínicas que se utilizaron en la toma de nuestra decisión; o
- No está de acuerdo con la denegación o el monto no cubierto y desea apelar.

Si su reclamo fue denegado porque falta información o está incompleta, usted o su proveedor de atención médica pueden volver a presentarnos el reclamo con la información necesaria para completar su reclamo.

La solicitud de apelación se debe presentar por escrito **en un término de 180 días** a partir del aviso de determinación adversa y debe incluir lo siguiente:

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

Los formularios de solicitud de apelación están disponibles en nuestro sitio web o si se comunica con Atención al cliente. El uso del formulario es opcional, pero debe incluir toda la información requerida en su solicitud.

Envío de apelaciones

Correo:

GlobalHealth, Inc.
ATTN: Apelaciones
PO Box 2393
Oklahoma City, OK 73101-2393

Correo electrónico:

appeals@globalhealth.com

Revisión completa y justa

GlobalHealth realizará una revisión completa y justa de su reclamo o solicitud de cobertura para un servicio o tratamiento de atención médica. La revisión la realizan personas asociadas con nosotros pero que no se involucraron en la denegación inicial. Puede suministrarnos información, evidencia o testimonio adicional que se relacione con su reclamo y puede solicitar copias de información que nosotros tengamos que atañan a su reclamo o reclamos. Le notificaremos nuestra decisión por escrito dentro de los treinta (30) después de recibir su Apelación. GlobalHealth le proporcionará cualquier evidencia nueva o adicional considerada, confiada o generada por GlobalHealth en relación con la Apelación y la razón para usarla. Esto se le proporcionará sin cargo a solicitud. Puede solicitar la identificación de cualquier experto médico o vocacional cuyo consejo GlobalHealth obtuvo en relación con la determinación adversa, independientemente de si el consejo fue tenido en cuenta para tomar la determinación.

Proceso inicial de apelaciones

Recibirá una carta de acuse de recibo en un término de cinco (5) días a partir de la recepción por parte de GlobalHealth de su solicitud de apelación. Esta carta le permitirá saber cuándo puede esperar una determinación por escrito de GlobalHealth. Las Apelaciones por lo general se completan en un término de treinta (30) días a partir de la recepción de la solicitud. Si no recibe nuestra decisión dentro de treinta (30) días, puede tener derecho a presentar una solicitud de revisión externa según se describe a continuación.

GlobalHealth puede extender este período una vez por quince (15) días como máximo, siempre que se cumpla con lo siguiente:

- Una extensión es necesaria debido a asuntos más allá del control de GlobalHealth.
- GlobalHealth le notifica a usted, antes del vencimiento del período inicial de 30 días, por qué es necesaria la extensión.
- GlobalHealth le notifica a usted la fecha en que se espera una decisión.

Si dicha extensión es necesaria debido a que GlobalHealth no tiene la información necesaria para tomar una decisión sobre el reclamo, el aviso describirá específicamente la información requerida. Usted tendrá cuarenta y cinco (45) días a partir de la recepción del aviso para brindarnos la información.

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

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

Apelación acelerada

Puede tener derecho a solicitar una revisión interna acelerada de su denegación en los siguientes casos:

- Tiene una condición médica que pondría su vida o salud en grave peligro o pondría en peligro su capacidad para recuperar la función máxima si el tratamiento se retrasara.
- Nuestra determinación adversa abarca una admisión, la disponibilidad de atención o una estadía o servicios de atención médica continuos por los cuales usted recibió servicios de emergencia y no ha sido dado de alta del centro.

Usted, o alguien autorizado para actuar en su nombre, puede solicitar una revisión interna acelerada a través de la dirección que se indica en la página 74. O bien, puede realizar una solicitud llamando por teléfono a Atención al cliente al (405) 280-5600 o 1-877-280-5600. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-722-0353, o 711. Si aceptamos procesar su apelación como una revisión interna acelerada, se tomará una determinación en un término de setenta y dos (72) horas de la recepción de su solicitud. Si su apelación no califica para una revisión acelerada, procesaremos la apelación en el período estándar de treinta (30) días.

Revisión externa

Si hemos denegado su solicitud para la prestación o el pago de un servicio o tratamiento de atención médica, puede tener derecho a que profesionales de atención médica independientes, que no tienen ninguna relación con nosotros, revisen nuestra decisión si esta emitió un juicio sobre lo siguiente:

- necesidad médica;
- Idoneidad;
- Entorno de atención médica;
- Nivel de atención;
- Efectividad del tratamiento o servicio de atención médica;
- Una determinación de que el servicio o tratamiento es experimental o de investigación.

La solicitud de una revisión externa se debe hacer por escrito **en un término de cuatro (4) meses** a partir del aviso de determinación de apelación final.

Aviso: Usted deberá autorizar la divulgación de cualquier registro médico que pueda ser necesario evaluar para llegar a una decisión.

Solicitud de revisión externa

La solicitud de revisión externa debe enviarse a:

Oklahoma Insurance Department
ATTN: Solicitud de revisión externa
Five Corporate Plaza
3625 NW 56th St

Solicitud de revisión externa
Suite 100 Oklahoma City, OK 73112-4511
Teléfono: 1-800-522-0071 (llamada gratuita) 405-521-2828
Sitio web: www.ok.gov/oid/Consumers/External_Review_Process

El Departamento de Seguros seleccionará aleatoriamente una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, “IRO”) calificada para llevar a cabo la revisión externa. La IRO le notificará a usted sobre su determinación en un término de **cuarenta y cinco (45) días** a partir de la recepción de la solicitud de revisión.

Aviso: Usted deberá autorizar la divulgación de cualquier registro médico que pueda ser necesario revisar para llegar a una decisión.

Revisión externa acelerada

Si tiene una condición médica que podría poner en serio peligro su vida o salud o que podría poner en peligro su capacidad para recuperar su función máxima si se retrasara el tratamiento, o si nuestra determinación adversa involucra una admisión, la disponibilidad de atención, la estadía o servicios de atención médica continuos por los cuales usted recibió servicios de emergencia y no ha sido dado de alta de un centro, puede tener derecho a solicitar una revisión externa acelerada de nuestra denegación.

Asimismo, si nuestra decisión se basó en una determinación de que el servicio o tratamiento es experimental o de investigación, usted puede tener derecho a solicitar una revisión externa acelerada si el médico que lo trata certifica por escrito que el tratamiento o servicio de atención médica recomendado o solicitado será significativamente menos eficaz si no se iniciara de inmediato.

Para solicitar una revisión externa acelerada, llame al Departamento de Seguros de Oklahoma al 1-800-522-0071 antes de enviar la documentación. Recibirá instrucciones sobre la manera más rápida de presentar su solicitud e información de respaldo.

El Comisionado de Seguros seleccionará aleatoriamente una IRO para completar la revisión. La IRO tomará una determinación en un término de setenta y dos (72) horas a partir de la fecha de recepción de su solicitud de revisión externa acelerada.

Aviso: No se puede proporcionar una revisión externa acelerada para determinaciones adversas retroactivas.

Avisos

Le enviaremos por correo una determinación de apelación por escrito después de cada nivel en el proceso de apelación. Incluirá derechos adicionales de apelación, cuando corresponda.

Nombramiento de representante

Usted o su representante autorizado pueden solicitar una apelación. Puede nombrar a un familiar, amigo, defensor, abogado, médico u otra persona para que actúe como su representante autorizado. Si quiere que alguien actúe en su nombre como su representante autorizado, debe enviarnos una declaración, por escrito, en la que autorice a esa persona a hacerlo. Tanto usted como el representante autorizado deben firmar y fechar este documento. Encontrará un formulario de *Nombramiento de un representante* disponible en nuestro sitio web o al comunicarse con Atención al Cliente. Debe haber un formulario firmado en el expediente antes de que la apelación o la queja pueda proceder si alguien más que no sea usted actúa como su representante autorizado.

Apelaciones sobre los servicios de farmacia

ESI paga los reclamos en su nombre por los medicamentos con receta médica. Sin embargo, GlobalHealth maneja todas las Apelaciones de medicamentos con receta médica. Siga el proceso de apelaciones que empieza en la página 72.

Apelaciones sobre los servicios de salud mental y conductual

MHNet autoriza previamente sus servicios y tratamientos de salud mental y conductual, al igual que para el abuso de sustancias y la dependencia de sustancias químicas. MHNet también paga dichos reclamos en su nombre.

Debe comunicarse con MHNet para conocer sus derechos de apelación o de presentación de apelaciones.

Llame a:

1-800-336-2030 (llamada gratuita)

1-866-200-3269 (TTY/TDD/Voz)

Correo:

MHNet Behavioral Health

P.O. Box 7811

London, KY 40742

¿Preguntas sobre apelaciones?

Si tiene alguna pregunta o desearía tener una copia de la cláusula de beneficios, la póliza, los lineamientos, el protocolo u otros criterios utilizados para tomar esta determinación, llame a Atención al cliente. Su médico puede comunicarse con el Director Médico de GlobalHealth para discutir las determinaciones adversas o las denegaciones de autorización.

Programas especiales

Programa de bienestar y salud

GlobalHealth está entusiasmado en proporcionarle un Programa de bienestar y salud basado en Internet. Además de la línea de enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, encontrará disponible una amplia variedad de información en www.globalhealth.com/commercial. Póngase en contacto con Atención al cliente para solicitar el material impreso. Este programa se puede usar para mejorar su salud y la de su familia.

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

La vida tiene su curso, y la Línea de ayuda de enfermería de GlobalHealth está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, todo el año. No siempre es fácil determinar cuándo se debe buscar atención de emergencia, cuándo tratar los síntomas usted mismo o cuándo visitar a un PCP. La Línea de ayuda de enfermería le ayuda a tomar decisiones confiables. Llame al 1-877-280-2993 en cualquier momento para tener acceso al asesoramiento de atención médica que busca.

La Línea de ayuda de enfermería le brinda acceso a:

- Enfermeros registrados con experiencia para analizar sus síntomas usando lineamientos clínicamente comprobados.
- Acceso a la atención 24 horas al día, los 7 días de la semana.

GlobalHealth.com/commercial

El sitio web de GlobalHealth ofrece vínculos para herramientas interactivas de evaluación e información sobre temas clave para una mejor salud. Muchos de los temas están disponibles en inglés y en español.

Categoría	Información disponible
Mantener su salud	<ul style="list-style-type: none">• Lea sobre:<ul style="list-style-type: none">○ Alimentación saludable○ La importancia del ejercicio○ Pruebas de detección para una atención médica preventiva• Tenga acceso a sugerencias y herramientas interactivas para incorporar una dieta saludable y ejercicio a la vida diaria.• Consulte las listas de verificación de bienestar y prevención para todos los grupos de edades.• Acceda a vínculos para lineamientos clínicos.• Realice encuestas que le ayudarán a decidir si usted está en el camino correcto.
Mejorar su salud	Esta sección incluye material educativo y herramientas interactivas. Encuentre vínculos para recursos sobre medicamentos y cumplimiento de tratamientos, estrés, métodos para dejar de fumar y abuso de drogas o alcohol.

Categoría	Información disponible
Manejar condiciones a largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> ● Encuentre información sobre diferentes condiciones de salud y otra información sobre la administración médica. Use las herramientas interactivas que promueven el cumplimiento. Obtenga información sobre opciones de tratamiento para discutir con su médico. ● Inscribese en un programa patrocinado por GlobalHealth si usted o un miembro de su familia tiene una de las enfermedades objetivo. Consulte “Manejo de condiciones” en la página 24. ● Puede llamar a MHNet para obtener información sobre la salud conductual o la dependencia de sustancias químicas. MHNet le ayudará a obtener la atención que necesita. ● Los miembros que toman varios medicamentos para condiciones crónicas pueden recibir apoyo. Consulte “Programa de administración de terapia con medicamentos” en la página 48.
Herramientas o calculadoras	<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La evaluación anual de la salud. ● Calculadora del índice de masa corporal (Body Mass Index, “BMI”). ● Guía de fármacos. ● Información sobre nuestra línea de información de salud.
Health Coach 4 Me	<ul style="list-style-type: none"> ● Material educativo adicional para sus necesidades. ● Fácil uso de las herramientas interactivas de administración y metas de seguimiento. ● Recordatorios. ● Apoyo.

Para dejar el tabaco

Fumar es la causa de muerte y enfermedad en los Estados Unidos que más se puede prevenir. Los estudios demuestran que el método más eficaz para dejar de fumar abarca lo siguiente:

- Asesoramiento.
- Apoyo social.
- Uso de medicamentos para dejar de fumar.

Siga los siguientes pasos para dejar de fumar:

1. Llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669) para obtener apoyo gratuito y determinar un plan para dejar de fumar.
2. Hable con su médico sobre los medicamentos que pueden ayudarle a dejar de fumar.
3. Determine una fecha para dejar de fumar dentro de las siguientes dos (2) semanas.
4. Haga pequeños cambios. Por ejemplo: Deseche los ceniceros en su casa, vehículo y oficina para que no sienta la tentación de fumar.
5. Haga que su casa y vehículo estén libres de humo.
6. Si tiene amigos que fuman, pídeles que no fumen a su alrededor.
7. Planifique cómo manejará los desafíos como los antojos.

Puede consultar la sección de bienestar en el sitio web de GlobalHealth para obtener más consejos útiles para dejar de fumar.

Asesoramiento:

Para obtener asesoramiento, llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669). Hablará con un experto capacitado en dejar de fumar. Esta persona diseñará un plan de acuerdo con sus necesidades específicas.

Medicamentos con receta médica:

Los productos para dejar de fumar están limitados a dos (2) tratamientos completos de 90 días de cualquier producto para dejar de fumar aprobado por la FDA por año del plan, si lo receta su PCP. Este beneficio está disponible para usted así como para sus dependientes inscritos menores de dieciocho (18) años de edad.

Los medicamentos cubiertos se enumeran en la lista de medicamentos cubiertos e incluyen: Chantix™ (vareniclina), Inhalador Nicotrol® (nicotina), aerosol nasal Nicotrol® (nicotina) y bupropion SR 150 mg (genérico de Zyban®).

Los productos de venta libre aprobados por la FDA (como parches de nicotina, gomas de mascar y pastillas) también están cubiertos con una receta médica escrita por su médico.

Su *Lista de medicamentos cubiertos* indicará si el medicamento con receta médica está disponible sin un costo compartido como parte de los servicios preventivos.

No se incluyen todos los productos que se pueden usar para dejar el tabaco. GlobalHealth no cubre los cigarrillos electrónicos disponibles de venta libre (e-cigarettes).

Intentos para dejar de fumar:

Usted cuenta con cobertura para dos (2) intentos para dejar de fumar por año del plan. Un intento se considera lo siguiente:

- Cuatro (4) sesiones de asesoramiento para dejar de fumar sin autorización previa.
- Todos los medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA (incluidos los medicamentos con receta médica y los medicamentos de venta libre) sin autorización previa.

Lineamientos sobre la práctica clínica

GlobalHealth aprobó y publicó los lineamientos sobre la práctica clínica para estos servicios de atención médica y conductual que incluyen, de manera no taxativa, los siguientes:

Lineamientos sobre la práctica clínica preventiva

- Evaluación de la obesidad
- cáncer de seno
- cáncer colorrectal
- hipertensión

Condiciones médicas: lineamientos sobre la práctica clínica

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, “COPD”)
 - Diagnóstico y manejo de exacerbaciones agudas
 - diagnóstico y manejo de COPD estable
 - rehabilitación pulmonar
- Insuficiencia cardíaca congestiva (Congestive Heart Failure, “CHF”)
 - diagnóstico y evaluación
 - control de la insuficiencia cardíaca crónica en adultos en atención primaria y secundaria
- Enfermedad de las arterias coronarias (Coronary Artery Disease, “CAD”)
 - lineamientos sobre la práctica clínica de CAD
- Diabetes mellitus (“DM”)
 - control de las complicaciones microvasculares
 - manejo nutricional

Lineamientos sobre la práctica clínica de salud conductual

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Attention Deficit Hyperactive Disorder, “ADHD”)
 - evaluación y control de ADHD
- Depresión
 - Tratamiento y manejo de depresión en adultos

GlobalHealth publicó lineamientos de salud preventiva basados en evidencia sobre la atención para lo siguiente:

- perinatal
- Niños hasta los veinticuatro (24) meses de edad
- en niños de 2 a 19 años de edad
- en adultos de 20 a 64 años de edad
- Adultos mayores de sesenta y cinco (65) años de edad

Los lineamientos sobre la práctica clínica y los lineamientos sobre la salud preventiva se pueden encontrar en el Programa de bienestar en línea de GlobalHealth. Vaya a www.globalhealth.com/commercial.

Programa de mejoramiento de la calidad (“QIP”)

GlobalHealth se ha comprometido a apoyar la atención médica de calidad y la preservación de la buena salud. El Programa de mejoramiento de la calidad (Quality Improvement Program, “QIP”) ayuda a GlobalHealth a mejorar las funciones del plan de salud y los servicios de los proveedores de la red.

El QIP proporciona el marco para evaluar y mejorar la calidad de la atención y los servicios. Se basa en un modelo que enfatiza un enfoque sistemático e integrado en la calidad. QIP está diseñado para cumplir con los requisitos obligatorios. Cumple con las normas, los lineamientos y los requisitos contractuales de los planes de salud, incluidos aquellos publicados por las siguientes instituciones:

- El Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (“NCQA”).

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (“CMS”).

El programa identifica problemas y oportunidades para mejorar. Son grupos de trabajo multidisciplinarios, formados por empleados y proveedores participantes de GlobalHealth que realizan lo siguiente:

- Supervisan los indicadores de desempeño.
- Analizan datos.
- Implementan cambios para mejorar el desempeño.

Con un énfasis en proporcionar atención médica rentable y de alta calidad, el uso del QIP impactará de manera positiva en lo siguiente:

- La mejora en los procesos y resultados de la atención médica.
- La satisfacción de los miembros y los proveedores.
- El costo de los servicios de atención médica.

Plan de trabajo para el mejoramiento de la calidad

GlobalHealth desarrolla e implementa un plan de trabajo para el mejoramiento de la calidad cada año. El plan de trabajo supervisa y evalúa los sistemas de entrega de atención médica y las actividades de administración del plan de salud. Su propósito es garantizar un servicio y una atención de calidad.

Las actividades de mejoramiento de la calidad se evalúan anualmente. Implementamos cambios para tratar las oportunidades identificadas. Realizamos un seguimiento en las áreas que se deben mejorar.

Llame a Atención al cliente para solicitar información sobre nuestro Programa de mejoramiento de la calidad y plan de trabajo.

Información y avisos especiales

Preguntas frecuentes

Quiropráctico

P. ¿El plan cubre las visitas al quiropráctico?

R. Sí, a quiroprácticos dentro de la Red. Se requiere autorización previa.

Suministros para diabéticos

P. ¿Están cubiertos los suministros para diabéticos?

R. Sí.

Cobertura de dependientes

P. Si me inscribo en GlobalHealth, ¿está cubierto mi hijo que vive en otro estado?

R. Solo si su hijo reside en el Área de servicio. Los estudiantes universitarios deben establecer una relación con un PCP antes de irse. Cuando necesita Atención de urgencia, pueden llamar a su PCP o ir a un centro de Atención de urgencia. La atención de rutina fuera del área no está cubierta.

P. ¿Qué sucede con los dependientes mayores de dieciocho (18) años de edad?

R. Damos cobertura a niños elegibles hasta el final del mes en que cumplen veintiséis (26) años de edad.

Servicios de atención de emergencia y urgencia

P. Cuando voy a la sala de emergencias, ¿se me exonera del copago si me admiten en el hospital?

R. Sí. Sin embargo, el Coaseguro no se exonerará si tiene un Plan de Coaseguro.

P. ¿Qué sucede si me enfermo estando fuera del área de servicio? ¿Estoy aún cubierto?

R. La atención de emergencia y de urgencia está cubierta. En una emergencia real, diríjase inmediatamente al Centro médico más cercano para recibir atención. Llame al PCP y a GlobalHealth en un término de cuarenta y ocho (48) horas después de recibir la atención. Cuando se necesite Atención de urgencia el mismo día, refiérase usted mismo a un centro de Atención de urgencia. Un Proveedor fuera de la red puede facturarle los saldos. Un Proveedor dentro de la red no puede facturarle los saldos.

P. ¿Qué sucede si necesito ver a un médico el fin de semana? O, ¿si me enfermo fuera del horario de atención?

R. Llame a su PCP para recibir indicaciones. O bien, refiérase usted mismo a un centro de Atención de urgencia de la red.

Audición

P. ¿El plan cubre los aparatos auditivos?

R. Sí, solo para niños de hasta dieciocho (18) años de edad.

Admisión en el hospital

P. ¿El copago del hospital cubre las visitas del médico al hospital?

R. Sí, si elige un Plan con un Copago del Hospital. Sin embargo, si elige un Plan de coseguro, debe pagar el Coaseguro en todos los tratamientos y servicios que recibe durante su estancia en el Hospital.

P. ¿El plan cubre las habitaciones privadas en el hospital?

R. Cuando es médicamente necesario.

P. ¿Qué hospitales hay en su red?

R. Se enumeran en el *Directorio de proveedores* y en el sitio web:
www.globalhealth.com/commercial.

Salud mental

P. ¿El plan cubre los servicios de salud mental?

R. Sí. Llame a MHNet, nuestro proveedor de salud mental, al 1-866-904-5234. No necesita hacerlo por medio de su PCP. MHNet evalúa y hace todos los arreglos. Solicite y firme una divulgación con el Proveedor o Centro de salud mental. Es importante que el PCP conozca los servicios que se han recibido y los medicamentos que se han recetado.

P. ¿Cómo puedo averiguar quiénes son los proveedores de MHNet?

R. Llame al número de MHNet. También hay una lista parcial en el *Directorio de proveedores* y en nuestro sitio web.

Red

P. ¿Cómo puedo averiguar si mi especialista está en la red?

R. Consulte el *Directorio de proveedores* o visite nuestro sitio web.

PCP

P. ¿Tengo que elegir uno de los médicos de la red?

R. Sí. Usted elige un PCP durante la Inscripción. Cada miembro de la familia puede elegir a un PCP diferente, incluyendo a un pediatra para los hijos. Los *Directorios de proveedores* están disponibles y usted también puede ir a nuestro sitio web, www.globalhealth.com/commercial, para buscar proveedores.

P. ¿Puedo cambiar mi PCP o debo quedarme con él todo el año?

R. Sí, puede cambiar los PCP en cualquier momento durante el año y el cambio es efectivo inmediatamente. Los cambios se pueden hacer en nuestro sitio web. Si necesita ver a su PCP antes de recibir su nueva tarjeta de identificación de miembro, póngase en contacto con Atención al cliente.

Afecciones preexistentes

P. ¿El plan acepta condiciones preexistentes?

R. Sí.

Medicamentos

P. ¿Están cubiertas las recetas médicas dentales?

R. Sí.

P. ¿Qué es una *Lista de medicamentos cubiertos*?

R. La *Lista de medicamentos cubiertos* es una lista de los medicamentos recetados con más frecuencia y aprobados por GlobalHealth. Es una lista de medicamentos preferidos. Debido a que la creación de la *Lista de medicamentos cubiertos* es un proceso continuo, esta lista está sujeta a cambios.

P. ¿El plan tiene el servicio de pedido por correo?

R. Sí, a través de ESI. Puede haber un descuento disponible por usar la entrega a domicilio en vez de una farmacia minorista.

P. ¿Dónde puedo surtir mis recetas médicas?

R. Tenemos más de 800 farmacias participantes en el estado de Oklahoma. ESI, nuestro administrador de beneficios de farmacia, cuenta con una red a nivel nacional a la que usted puede acceder.

Atención preventiva

P. ¿La atención preventiva está cubierta?

R. GlobalHealth cubre todos los servicios preventivos cubiertos conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible sin costo compartido para usted cuando son proporcionados por un proveedor de la red. Consulte “Lineamientos de la atención preventiva” en la página 48 para obtener una lista actualizada de los servicios.

Referencias

P. ¿Necesito ser referido para ver a un especialista?

R. Sí. Su PCP es responsable de administrar toda la atención. Esta persona presenta una referencia en su nombre para un especialista dentro de nuestra red cuando es necesario. Todos los procedimientos también deben recibir una Autorización previa.

Pérdida de peso y cirugía cosmética

P. ¿El plan cubre la derivación gástrica o la cirugía por obesidad?

R. No.

P. ¿El plan cubre las cirugías cosméticas?

R. Solo en circunstancias específicas limitadas. Consulte la página 29.

Cobertura a nivel mundial

P. ¿Estoy cubierto a nivel mundial?

R. No.

Formulario de solicitud de transición de la atención de GlobalHealth: medicamentos con receta médica



Formulario de solicitud de transición de atención de GlobalHealth: Recetas médicas
Complételo y envíelo por fax al 405-280-5613
 o por correo a **GlobalHealth Pharmacy Dept. | 6120 S. Yale Ave. Ste. 925 | Tulsa OK 74136**

Complete este formulario si está tomando medicamentos con receta médica que actualmente están cubiertos por otra compañía de seguros. Esto es necesario, incluso si su médico y farmacia actuales están en la red de GlobalHealth. Complete un formulario separado para cada paciente. Se aceptan fotocopias de este formulario.

Empleador	N.º de ID del titular de la tarjeta (si está disponible)	Fecha de inscripción en el plan de beneficios de GlobalHealth (dd/mm/aaaa)	
Nombre del empleado	N.º de Seguro Social del empleado	Teléfono del trabajo () -	
Dirección del domicilio (Calle, ciudad, estado, código postal)		Teléfono de casa () -	
Nombre del paciente	N.º de Seguro Social del paciente	Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aaaa)	Relación con el empleado <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo

¿Cuál de las siguientes recetas médicas de MARCA toma este paciente? Marque todas las que aplican.

(La mayoría de los medicamentos genéricos no requiere autorización previa).

- | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AcipHex | <input type="checkbox"/> Celebrex | <input type="checkbox"/> Enbrel | <input type="checkbox"/> Janumet | <input type="checkbox"/> Olysio | <input type="checkbox"/> Sovaldi | <input type="checkbox"/> Trilipix |
| <input type="checkbox"/> Actonel | <input type="checkbox"/> Copaxone | <input type="checkbox"/> Frova | <input type="checkbox"/> Lidoderm | <input type="checkbox"/> Oracea | <input type="checkbox"/> Strattera | <input type="checkbox"/> Vascepa |
| <input type="checkbox"/> Adderall/XR | <input type="checkbox"/> Crestor | <input type="checkbox"/> Gilenya | <input type="checkbox"/> Lunesta | <input type="checkbox"/> OxyContin | <input type="checkbox"/> Suboxone | <input type="checkbox"/> Vesicare |
| <input type="checkbox"/> Advair | <input type="checkbox"/> Cymbalta | <input type="checkbox"/> Glumetza | <input type="checkbox"/> Lyrica | <input type="checkbox"/> Pegasys | <input type="checkbox"/> Symbicort | <input type="checkbox"/> Victoza |
| <input type="checkbox"/> Atralin | <input type="checkbox"/> Dexilant | <input type="checkbox"/> Humira | <input type="checkbox"/> Modafinil | <input type="checkbox"/> Pradaxa | <input type="checkbox"/> Tazorac | <input type="checkbox"/> Voltaren |
| <input type="checkbox"/> Avinza | <input type="checkbox"/> Doryx | <input type="checkbox"/> Incivek | <input type="checkbox"/> Nasonex | <input type="checkbox"/> Pristiq | <input type="checkbox"/> Tecfidera | <input type="checkbox"/> Vyvanse |
| <input type="checkbox"/> Benicar | <input type="checkbox"/> Dymista | <input type="checkbox"/> Intuniv | <input type="checkbox"/> Nexium | <input type="checkbox"/> Provigil | <input type="checkbox"/> Testim | |
| <input type="checkbox"/> Byetta | <input type="checkbox"/> Edarbi | <input type="checkbox"/> Januvia | <input type="checkbox"/> Nuvigil | <input type="checkbox"/> Remicade | <input type="checkbox"/> Treximet | |

Esta pretende ser una lista representativa y no debería considerarse una lista exhaustiva o definitiva de los medicamentos que están sujetos a una autorización previa, a terapia escalonada u otras revisiones del manejo de uso. Si usted está tomando uno o más medicamentos de MARCA similares a uno de los antes mencionados, indíquelos a continuación. Siéntase en la libertad de adjuntar un historial del medicamento emitido por su farmacia.

Proporcione tanta información como sea posible sobre los médicos que recetan estos medicamentos para usted. Adjunte información adicional, si es necesario.

Nombre del médico	N.º de teléfono del médico () -	N.º de fax del médico () -
Dirección del consultorio del médico (Calle, ciudad, estado, código postal)	Tipo de recetador <input type="checkbox"/> Dr. en medicina <input type="checkbox"/> Enfermero practicante <input type="checkbox"/> Dr. en medicina osteopática <input type="checkbox"/> Asistente del médico	
Medicamentos recetados por este médico:	Si es enfermera con práctica médica o asistente médico, ¿quién es el médico colaborador?	

Por este medio autorizo a los médicos anteriormente mencionados para que proporcionen a GlobalHealth o a cualquier compañía afiliada a GlobalHealth cualquier o toda la información y expedientes médicos necesarios para tomar una decisión informada respecto a mi solicitud de Beneficios de Transición de atención bajo GlobalHealth. Esta autorización se vencerá 24 meses después de la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la dirección indicada en la parte superior de este formulario. Entiendo que no puedo restringir la información que ya se compartió con base en esta autorización. Entiendo que tengo derecho a una copia de este formulario de autorización.

Formulario de solicitud de transición de la atención de GlobalHealth



Formulario de solicitud de transición de atención de GlobalHealth

• Este formulario se debe completar si está actualmente bajo cuidado usando un agente de salud diferente. Esto es necesario, incluso si su proveedor actual también es un proveedor de GlobalHealth. Algunos especialistas y centros actualmente programados para su atención pueden diferir de la red de GlobalHealth. • Use un formulario por separado para cada condición. Se aceptan fotocopias de este formulario. Adjunte información adicional si es necesario.

Empleador	N.º de Póliza	Fecha de inscripción en el Plan de beneficios de GlobalHealth (dd/mm/aaaa)		
Nombre del empleado		N.º de Seguro Social del empleado	Teléfono del trabajo	
Dirección del domicilio	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del paciente		N.º de Seguro Social del paciente	Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aaaa)	Relación con el empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Usted mismo

- ¿Está la paciente embarazada y en el segundo o tercer trimestre de embarazo? Sí No
- Si responde "sí", ¿cuándo es su fecha de parto? (dd/mm/aaaa)
- ¿Está el paciente recibiendo actualmente tratamiento por alguna condición aguda o trauma? Sí No
- ¿El paciente tiene programada una cirugía u hospitalización después de su fecha de entrada en vigencia con GlobalHealth? Sí No
- ¿El paciente recibe quimioterapia, radioterapia, terapia contra el cáncer o es candidato para un trasplante de órganos? Sí No
- ¿Está el paciente recibiendo tratamiento como resultado de una cirugía mayor reciente? Sí No
- ¿El paciente recibe atención por abuso de sustancias o de salud mental? Sí No
- Si no respondió "sí" a ninguna de las preguntas anteriores, describa la condición para la que el paciente solicita la transición de la atención. Utilice el espacio en el reverso de la página.
- Complete la información del médico tratante a continuación.

Nombre del grupo médico		
Nombre del médico		N.º de teléfono del médico
Especialidad del médico		
Dirección del médico		
Nombre del hospital en el cual su médico ejerce la práctica		N.º de teléfono del hospital
Dirección del hospital		
Razón/diagnóstico		
Fecha(s) de admisión (dd/mm/aaaa)	Fecha de la cirugía (dd/mm/aaaa)	Tipo de cirugía
Tratamiento que se recibe y duración esperada		

10. ¿Se espera que el paciente esté hospitalizado cuando la cobertura con GlobalHealth inicie o durante los próximos 60 días? Sí No

11. Nombre del nuevo médico de atención primaria de GlobalHealth que ha seleccionado _____

Su información de identificación personal (“PII”)

La PII es información que se puede usar para distinguir o rastrear la identidad de una persona. Puede ser información que se use independientemente. Puede ser combinada con otra información que puede relacionarse con una persona específica. Está protegida por las leyes federales y estatales.

Cualquiera que recibe información que usted debe proporcionar puede usar la información solo para los propósitos de garantizar el funcionamiento eficiente de su cobertura de salud y hasta donde sea necesario. GlobalHealth puede recibir la información directamente, de otra persona o de una Agencia federal. GlobalHealth no compartirá la PII con nadie más, excepto con el propósito de proporcionar su cobertura de salud y para lo que usted ha proporcionado el consentimiento para que su información se utilice o divulgue.

Su Información de salud protegida (“PHI”)

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

Tiene derecho a acceder o restringir la divulgación de su PHI de acuerdo con las leyes federales y estatales. Además, puede solicitar un informe de divulgaciones de su PHI. Para obtener los formularios, comuníquese con Atención al cliente.

Cuando cambia su PCP, se requiere una autorización firmada para la divulgación de la información para transferir sus registros médicos. El consultorio de su PCP actual le puede proporcionar el formulario. También puede obtener el formulario de divulgación de *Autorización estándar de Oklahoma para usar o compartir la información de salud protegida* en nuestro sitio web.

Los expedientes médicos y/o información médica se pueden recopilar o usar para:

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

Aviso de prácticas de privacidad (“NPP”)

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

GlobalHealth, Inc. (“GlobalHealth”) está comprometido a proteger la privacidad y confidencialidad de la información de salud protegida (“PHI”) de nuestros miembros en cumplimiento de las leyes y los reglamentos estatales y federales correspondientes, incluidas la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (“HIPAA”) y la Ley de Tecnología en la Información Médica para la Salud Económica y Clínica (“HITECH”).

Cómo puede GlobalHealth usar o divulgar su información de salud

Para tratamiento. Nosotros podemos usar o divulgar su PHI a un proveedor de atención médica, hospital u otro centro de atención médica para poder coordinar o facilitar el tratamiento.

Para pago. Nosotros podemos usar o divulgar su PHI para pagar reclamos de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica por los servicios que le hayan prestado y que están cubiertos por su plan de salud; para determinar su elegibilidad para los beneficios; para coordinar los beneficios; para realizar una revisión por necesidad médica; para cobrar las primas; para emitir explicaciones de los beneficios a la persona que se suscribe al plan de salud en que usted participa; y otras funciones relacionadas con pagos.

Para operaciones de atención médica. Nosotros podemos usar y/o divulgar la PHI sobre usted con fines operativos del Plan de salud. Algunos ejemplos incluyen: manejo de riesgos, seguridad del paciente, mejoramiento de calidad, auditoría interna, revisión de la utilización, revisión médica o de colegas, certificación, cumplimiento reglamentario, capacitación interna, acreditación, autorización, investigación de quejas, mejoramiento del desempeño, etc.

Negocios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre productos relacionados con la salud, beneficios o servicios asociados con su tratamiento, administración de la atención o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de atención.

Cuando lo permite o requiere la ley. Nosotros podemos usar o divulgar la información sobre usted, según lo permita o requiera la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información en los siguientes casos:

- A una agencia reglamentaria para llevar a cabo actividades incluidas, de manera no taxativa, autorizaciones, certificaciones, acreditaciones, auditorías, investigaciones, inspecciones e informes sobre dispositivos médicos.
- Para el cumplimiento de la ley al recibir una orden del tribunal, autorización oficial, citación u otro proceso similar;
- En respuesta a una orden de tribunal válida, citación, solicitud de exhibición u orden administrativa relacionada con una demanda, disputa o cualquier otro proceso legal;
- A las agencias de salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Para las actividades de supervisión de la salud realizadas por agencias como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (“CMS”), el Departamento de Salud del Estado, el Departamento de Seguros, etc.
- Para propósitos de seguridad nacional, como proteger al Presidente de los Estados Unidos o realizar operaciones de inteligencia.
- Para poder cumplir con las leyes y los reglamentos relacionados con la Compensación para los trabajadores;
- Para fines de coordinación de beneficios del seguro o Medicare, si es aplicable;
- Cuando sea necesario para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a una persona o al público y dicha divulgación se hace a alguien que puede prevenir o disminuir la amenaza (incluyendo al objetivo de la amenaza); y
- En el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial, según lo requiera la ley.

Asociados comerciales. Podemos usar y/o divulgar su PHI a socios comerciales a quienes contratamos para proporcionar servicios en nombre nuestro. Entre los ejemplos, se pueden incluir consultores, contadores, abogados, auditores, organizaciones de información de salud, proveedores de servicios de almacenamiento de datos y registros electrónicos de salud, etc. Solo realizaremos estas

divulgaciones si recibimos una garantía satisfactoria de que el socio comercial protegerá adecuadamente su PHI.

Representante/Personal autorizado. Nosotros podemos usar o divulgar la PHI a su representante autorizado.

Familia, amigos y encargados del cuidado. Podemos divulgar su PHI a un familiar, encargado del cuidado o amigo que le acompañe o esté involucrado en su atención o tratamiento médico o que ayude a pagar su atención o tratamiento médico. Si usted no puede o no está disponible para aceptar u objetar una decisión, utilizaremos nuestro mejor juicio para comunicarnos con su familia y otras personas.

Emergencias. Podemos usar o divulgar su PHI en caso de una emergencia si el uso o la divulgación es necesaria para su tratamiento de emergencia.

Militares/Veteranos. Si usted es miembro o veterano de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del comando militar.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial del cumplimiento de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al oficial del cumplimiento de la ley.

Recordatorios de citas. Podemos usar o divulgar su PHI para comunicarnos con usted como un recordatorio de que tiene una cita para el tratamiento o la atención médica. Esto se puede hacer a través de correo directo, correo electrónico o llamada telefónica. Si no está en su hogar, podemos dejar un mensaje en una máquina contestadora o con la persona que responda el teléfono.

Recordatorio de medicamentos y nuevos surtidos. Podemos usar o divulgar su PHI para recordarle que debe surtir sus recetas médicas, para comunicarle sobre el equivalente genético de un medicamento o para incentivarlo a que tome sus medicamentos con receta médica.

Conjunto de datos limitados. Si usamos su PHI para armar un “conjunto de datos limitados”, podemos dar esa información a terceros con fines de investigación, acción de salud pública u operaciones de atención médica. Los individuos/entidades que reciben el conjunto de datos limitados deben tomar medidas razonables para proteger la privacidad de su información.

A cualquier otro medicamento. Divulgaremos su PHI para propósitos que no se describen en este aviso solo con su autorización por escrito. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (según corresponda), usos y divulgaciones de PHI con fines de mercadeo o recaudación de fondos, y divulgaciones que constituyen una venta de PHI requieren su autorización por escrito.

NOTA: La información cuya divulgación está autorizada puede incluir registros que pueden indicar la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible sobre la que se deba informar de acuerdo con la ley estatal.

Sus derechos a la información de salud

Derecho a inspeccionar y copiar

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI según lo indica la ley. Este derecho no aplica a las notas de psicoterapia. Su solicitud se debe hacer por escrito. Tenemos el derecho a cobrarle los montos permitidos por la ley estatal y federal de esas copias. Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar sus expedientes en determinadas circunstancias. Si le deniegan el acceso, puede apelar ante nuestro Funcionario de privacidad.

Derecho a comunicaciones confidenciales

Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su PHI por otros medios o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede solicitar recibir una comunicación de nosotros en una dirección o número de teléfono alternativo. Su solicitud debe ser por escrito e identificar cómo o cuándo desea que se comuniquen con usted. Nos reservamos el derecho a rehusarnos a cumplir con su solicitud si no es razonable o no es posible hacerlo.

Derecho a un informe de divulgaciones

Tiene derecho a solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su PHI a terceros, excepto las divulgaciones hechas para el tratamiento, el pago, la atención médica o las operaciones del plan de salud, y las divulgaciones que se hacen a usted, que usted autoriza o que se hacen de acuerdo con este Aviso. Para recibir un informe, debe presentar su solicitud por escrito y proporcionar el período específico solicitado. Puede solicitar un informe de hasta seis (6) años anteriores a la fecha de su solicitud (tres años si la PHI es un registro electrónico de salud). Si solicita más de un (1) informe en un período de 12 meses, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos sobre los costos y usted puede revocar su solicitud antes de que incurramos en ellos.

Derecho a solicitar restricciones sobre los usos o las divulgaciones

Tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI a terceros, a menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Su solicitud se debe hacer por escrito y especificar (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, divulgación o ambos, y (3) a quién desea que apliquen las limitaciones. Nosotros no estamos obligados a cumplir con su solicitud. Si estamos de acuerdo, haremos todos los esfuerzos razonables para cumplir con su solicitud a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento de emergencia o la divulgación ya se haya hecho o que la ley requiera la divulgación. Cualquier acuerdo con respecto a las restricciones debe estar firmado por una persona autorizada para celebrar dicho acuerdo en nuestro nombre.

Derecho a solicitar enmiendas de PHI

Usted tiene derecho a solicitar una enmienda de su PHI si cree que el registro es incorrecto o está incompleto. Debe presentar su solicitud por escrito y declarar las razones para la enmienda. Denegaremos su solicitud si: (1) no es una solicitud escrita o no incluye una razón que respalde la solicitud; (2) la información no la creamos nosotros o no es parte del expediente médico que conservamos; (3) la información no es parte del expediente que usted tiene permitido revisar y copiar, o (4) la información en el expediente es exacta y completa. Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nuestro Funcionario de privacidad.

Derecho a ser notificado sobre un incumplimiento

Tiene derecho a recibir una notificación sobre cualquier violación de su PHI no protegida.

Derecho a revocar la autorización

Puede revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, pero solo en cuanto a usos o divulgaciones futuros y no con respecto a divulgaciones que ya se hayan hecho en virtud de la autorización que nos ha otorgado o cuando no se requiere autorización.

Derecho de recibir una copia de este aviso

Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de este aviso si lo solicita.

Cambios a este Aviso

GlobalHealth se reserva el derecho a cambiar este aviso y tomar nuevas disposiciones para toda la PHI que conservamos.

Para denunciar una violación de la privacidad

Si tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos de privacidad o cree que sus derechos fueron violados, puede comunicarse con nuestro Director de Privacidad:

ATENCIÓN: Privacy Officer

GlobalHealth, Inc.

701 NE 10th

Suite 300

Oklahoma City, OK 73104-5403

Teléfono: (405) 280-5711 • Llame gratis al 1-877-280-5852.

También puede denunciar una violación a Region VI U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 1301 Young ST, Suite 1169, Dallas, TX 75202. No habrá penalizaciones o represalias contra usted por presentar un reclamo.

Fecha de entrada en vigencia 01/04/2013

En nuestro sitio web, se encuentra disponible una versión para imprimir independiente del NPP actual.

Instrucciones médicas anticipadas

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

¿Quién puede tener una Instrucción médica anticipada?

Cualquier persona en su sano juicio y mayor de dieciocho (18) años de edad puede tener instrucciones anticipadas para la atención médica. Las instrucciones anticipadas entran en vigencia cuando se las comunican a su médico y usted ya no es capaz de tomar decisiones respecto a la administración del tratamiento de soporte vital.

Puede revocar sus instrucciones anticipadas por completo o parcialmente en cualquier momento comunicándose con el médico que lo trata u otro proveedor de atención médica o a través de un testigo de la revocación.

No es obligatorio que usted tenga una Instrucción médica anticipada. Esta es una decisión que solo usted puede tomar.

Información útil

- Si usted es admitido en un hospital, proporcionele al hospital una copia de su Instrucción médica anticipada.
- Pídale a su médico que incluya sus instrucciones anticipadas como parte de su registro médico permanente.
- Guarde una segunda copia de sus instrucciones anticipadas en un lugar seguro en donde sea fácil encontrarlas.
- Si ha nombrado a un apoderado para las decisiones de atención médica, entréguele una copia de las instrucciones anticipadas a esta persona.
- Guarde una tarjeta pequeña en su cartera o billetera que indique que tiene instrucciones anticipadas y su ubicación. Indique quién es su apoderado para las decisiones de atención médica si tiene uno.

Para obtener más información sobre las instrucciones anticipadas, pregúntele a su PCP o comuníquese con Atención al cliente llamando al (405) 280-5600 o 1-877-280-5600.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Sus derechos

Como socio de su plan de GlobalHealth, su médico y otros profesionales de atención médica que pueden estar involucrados en su atención, usted o su designado legal tienen derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre la organización de GlobalHealth, sus servicios y sus profesionales y proveedores.
- Ser tratado con dignidad y respeto.
- Participar con los médicos en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- Una discusión abierta sobre todas las opciones adecuadas de tratamiento médicamente necesarias para su condición, independientemente del costo de la atención o del beneficio de cobertura.
- Presentar reclamos o apelaciones sobre GlobalHealth o la atención proporcionada.
- Hacer recomendaciones respecto a la política de Derechos y responsabilidades de los miembros de GlobalHealth.
- Comunicar con libertad al médico las opciones de tratamiento, independientemente de las limitaciones de cobertura de beneficio.
- Preguntar sobre cualquier inquietud acerca de la atención médica, solicitar asesoramiento médico u obtener información adicional sobre un tratamiento prescrito para tomar una decisión informada o rechazar un tratamiento.
- Comprender completamente su condición médica, estado de salud y los medicamentos que le recetaron; qué son, para qué son, cómo tomarlos adecuadamente y los posibles efectos secundarios.
- Apelar cualquier decisión médica o administrativa desfavorable siguiendo los procedimientos de apelaciones y quejas establecidos de su plan. Usted tiene derecho a una revisión externa o acelerada de una determinación adversa según corresponda.

- Conocer cómo funciona su plan de salud, según se indica en su *Manual para el miembro y Programa de beneficios*.
- Tener acceso a su PCP y a referencias a especialistas cuando sea médicamente necesario o urgente.
- Usar los servicios de emergencia cuando usted, como una persona no experta prudente que actúa razonablemente, considere que existe una condición médica de emergencia.
- El tratamiento confidencial de toda la información de salud protegida o que lo identifica de manera individual según lo requiera la ley federal y estatal.
- Información sobre los acuerdos de pago del médico contratado y explicaciones sobre los beneficios o determinaciones del proceso de reclamos.
- Esperar que los problemas sean examinados justamente y tratados de manera adecuada.

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

Sus responsabilidades

Usted o su representante legal tienen la responsabilidad de:

- Suministrar, en la medida que sea posible, la información que GlobalHealth, sus médicos y proveedores necesiten para proporcionar la atención.
- Seguir los planes e instrucciones de atención que usted haya acordado con su médico.
- Entender sus problemas médicos y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente, en la medida que sea posible.
- Identificarse por medio de su tarjeta de identificación de miembro (con el médico, laboratorio, hospital, etc.) al recibir servicios médicos.
- Ser puntual para todas las citas y notificar al consultorio de su médico con la mayor anticipación posible si necesita cancelar o reprogramar una cita.
- Notificar a su PCP en un período de cuarenta y ocho (48) horas, o tan pronto como sea posible, si está hospitalizado o recibe atención de emergencia o de urgencia fuera del área.
- Pagar todos los copagos necesarios al momento de recibir los servicios de atención médica.
- Revisar la información sobre los servicios cubiertos, las pólizas y los procedimientos según lo estipulado en su *Manual para el miembro o Programa de beneficios*.
- Hacer preguntas si no entiende sus beneficios de salud o recomendaciones de tratamiento.

Los derechos y las responsabilidades de los miembros de GlobalHealth también se pueden encontrar en el sitio web de GlobalHealth en www.globalhealth.com/commercial. Puede imprimir una copia de nuestro sitio web o puede solicitar una copia en Atención al cliente.

Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a los beneficios descritos en este *Manual para el miembro*, comuníquese con Atención al cliente.

Fraude y abuso

El fraude es llevar a cabo de forma deliberada o intencional, o intentar llevar a cabo, un plan o una estrategia para estafar a un programa de beneficios de atención médica u obtener, por medio de una mentira o pretensiones falsas, un beneficio al que la persona no tiene derecho.

El abuso incluye solicitar el pago de artículos y servicios cuando no existe derecho para el pago de dichos artículos o servicios. A diferencia del fraude, el individuo o la entidad no presenta hechos falsos de forma deliberada e intencional para obtener un pago.

Ejemplos de fraude y/o abuso

Proveedores del plan:

- Facturarle o cobrarle a usted los servicios que GlobalHealth cubre (que no sea el costo compartido).
- Ofrecerle regalos o dinero para obtener un tratamiento o servicios que usted no necesita.
- Ofrecerle servicios gratis, equipo o suministros a cambio de usar su número de identificación de miembro de GlobalHealth.
- Proporcionarle tratamiento o servicios que usted no necesita.
- Facturar a GlobalHealth por servicios que en realidad no se le prestaron.

Miembros:

- Vender o rentar su tarjeta de identificación de miembro a un tercero.
- Mentirle a un proveedor de atención médica para recibir artículos o servicios que no son médicamente necesarios.

Denuncias de fraude y abuso

GlobalHealth se compromete a detectar y prevenir el fraude y el abuso relacionados con la atención médica. Usted puede ayudar en este esfuerzo denunciando un posible fraude o abuso y llamando a nuestra línea de ayuda gratuita las 24 horas del día al 1-877-280-5852. Si llama a este número, proporcione toda la información detallada que sea posible. Usted permanecerá en el anonimato si así lo desea.

Línea de ayuda de GlobalHealth para fraude, malversación y abuso, cumplimiento y privacidad:

Llame y deje un mensaje las veinticuatro (24) horas.

405-280-5852 (local)

1-877-280-5852 (llamada gratuita)

compliance@globalhealth.com

Sus derechos en virtud de ERISA

Si es un participante en este plan de salud colectivo, puede tener ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (“ERISA”) de 1974. Estos derechos solo aplican a los Miembros inscritos a través de un Plan de salud colectivo. Verifique con el Administrador del plan (su empleador) para saber si su plan de salud colectivo está regido por ERISA.

Continuación de la cobertura del plan de salud colectivo

Continúe con la cobertura de atención médica para usted mismo, su cónyuge o dependientes si pierde la cobertura del plan como resultado de un suceso que califica. Es posible que usted o sus Dependientes tengan que pagar dicha cobertura. Consulte “Derechos de continuación de la cobertura en virtud de COBRA” en la página 97.

Haga cumplir sus derechos

Si su reclamo por beneficios es denegado o ignorado de forma parcial o total, usted tiene derecho a saber la razón, a obtener copias sin cargo de los documentos relacionados con la decisión y a apelar cualquier denegación, todo dentro de ciertos plazos. Bajo ERISA, existen acciones que puede tomar para hacer cumplir los derechos anteriores. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o del último informe anual del Administrador del plan y no lo recibe en un plazo de 30 días, usted puede presentar una acción judicial en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal le puede requerir al Administrador del plan que proporcione los materiales y pague hasta \$110 al día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado debido a razones que están fuera del control del Administrador del plan. Si tiene un reclamo por beneficios que es denegado o ignorado, total o parcialmente, puede presentar una acción judicial en un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o falta del mismo relacionado con el estado calificado de una orden de relación doméstica o una orden médica de manutención de menores, puede iniciar una acción judicial en un tribunal federal. Si los fiduciarios del plan hicieran un uso indebido del dinero del plan o si lo discriminaran a usted por hacer valer sus derechos, puede buscar la asistencia del Departamento de Trabajo de los EE. UU., o puede presentar una acción judicial en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos del tribunal y los honorarios legales. Si tiene éxito en la corte, podrían ordenar que la persona a quien usted demandó, pague estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenar que usted pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si se descubre que su reclamo no tiene fundamento.

Asistencia con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, debe comunicarse con el Administrador del plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de ERISA, o si necesita asistencia para obtener los documentos del Administrador del plan, se debe comunicar con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. que aparece en su directorio telefónico o la División de Asistencia Técnica y Consultas de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU., 200 Constitution Avenue NW, Washington, DC 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados.

Derechos de continuación de la cobertura en virtud de COBRA

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

Introducción

El derecho de continuación de la cobertura en virtud de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Federal de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado de 1985 (“COBRA”). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted cuando de otra manera perdería su cobertura de salud colectiva. También puede estar disponible para otros miembros de su familia que estén cubiertos bajo el Plan cuando de otra manera pierdan su cobertura de salud

colectiva. Para obtener información adicional sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo la ley federal, comuníquese con su empleador.

Puede tener otras opciones disponibles para usted cuando elija una cobertura médica colectiva. Por ejemplo, usted podría ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para costos menores de su Prima mensual y Gastos de desembolso directo más bajos. Además, usted puede calificar para un Período especial de inscripción de 30 días para otro plan de salud colectivo para el cual sea elegible (como el Plan del cónyuge), incluso si el plan por lo general no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación de la cobertura en virtud de COBRA?

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando la cobertura termina debido a un suceso en la vida conocido como un suceso de vida. Esto también se llama “suceso calificador”. Después de un suceso que lo califique, se tiene que ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos Dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura bajo el Plan se pierde debido a un suceso que lo califique. Conforme al Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de cobertura de COBRA tienen que pagar la continuación de la cobertura de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura del plan debido a cualquiera de los siguientes sucesos que califican:

- Su horario laboral se reduce.
- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave.

Si usted es cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura del plan debido a cualquiera de los siguientes sucesos que califican:

- Su cónyuge fallece.
- Las horas de trabajo de su cónyuge se reducen.
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave.
- Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (la Parte A, la Parte B o ambas).
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden su cobertura del plan debido a cualquiera de los siguientes eventos que califican:

- El padre-empleado fallece.
- Las horas de trabajo del padre-empleado se reducen.
- El empleo del padre-empleado finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave.
- El padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (la Parte A, la Parte B o ambas).
- Los padres se divorcian o se separan legalmente.
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura en virtud del plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura en virtud de COBRA?

El Plan ofrecerá continuación de cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al empleador que ha ocurrido un suceso que lo califique. Cuando el suceso

que lo califique es la terminación del empleo o la reducción de horas de trabajo, muerte del empleado o el empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se tiene que informar al Administrador del plan sobre el suceso que lo califique.

Debe dar aviso de algunos sucesos que califican

Para los demás sucesos que califican (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o un hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al empleador dentro de los 60 días a partir del momento en que ocurre el suceso que califica.

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura en virtud de COBRA?

Una vez que el empleador recibe el aviso de que ha ocurrido un suceso que lo califique, la continuación de cobertura de COBRA se le ofrecerá a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá derecho independiente de elegir la continuación de cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de cobertura de COBRA es una continuación de cobertura provisional que generalmente dura dieciocho (18) meses debido a la terminación del empleo o reducción de las horas de trabajo. Ciertos sucesos que le califican o un segundo suceso que le califica durante el período de cobertura inicial, puede permitir que un beneficiario reciba una cobertura máxima de treinta y seis (36) meses.

Existen también formas en las que este período de 18 meses de continuación de la cobertura en virtud de COBRA se puede extender.

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la continuación de la cobertura:

Si el Seguro social determina que usted o alguien en su familia cubierto bajo el Plan está discapacitado y usted informa a su empleador de manera oportuna, usted y toda su familia pueden obtener el derecho de recibir hasta 11 meses más de la continuación de la cobertura de COBRA, por un mínimo de veintinueve (29) meses. La discapacidad tiene que haber empezado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe tardar como mínimo hasta el final del período de 18 meses de la continuación de la cobertura.

Extensión del segundo evento que califica del período de 18 meses de la continuidad de la cobertura:

Si su familia experimenta otro suceso que lo califique durante los dieciocho (18) meses de continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos Dependientes en su familia pueden obtener hasta dieciocho (18) meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, para un máximo de treinta y seis (36) meses si se avisa oportunamente al Plan sobre el segundo suceso que lo califique. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos Dependientes que reciben la continuación de la cobertura si el empleado o el ex-empleado fallece, se le otorga el derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas) o se divorcia o se separa legalmente, o bien si el hijo Dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo Dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo suceso que le califique ocasionó que el cónyuge o hijo Dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento que le califique.

¿Existen otras opciones además de la continuación de la cobertura en virtud de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura de COBRA, podría haber otras opciones para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicaid u otras opciones de cobertura del Plan de salud colectivo (como el plan del cónyuge) a través de lo que se conoce como un “Período especial de inscripción”. Algunas de estas opciones podrían costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información acerca de muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

Si tiene alguna pregunta

Las preguntas sobre su Plan o sus derechos de continuación de cobertura de COBRA debe dirigirlos a su empleador. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de ERISA, incluidas COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud colectivos, comuníquese con la oficina regional o de distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (“EBSA”) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. de su área o www.dol.gov/ebsa. (Los números de teléfono y direcciones de las Oficinas Regionales y de Distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado, visite www.healthcare.gov.

Mantenga informado a su plan sobre los cambios en la dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe a su empleador y a GlobalHealth sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que le envíe a su empleador.

Información de contacto del plan

Para obtener información sobre el plan y la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, envíe una solicitud a su empleador.

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Si le realizaron o le van a realizar una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (“WHCRA”) de 1998. La cobertura se proporcionará de una manera determinada según lo establezcan usted y su médico para lo siguiente:

- todas las etapas de la reconstrucción del seno en las que se realizó la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- prótesis; y
- tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles, copagos y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos que se proporcionan en virtud de este plan. Si desea más información sobre los beneficios de WHCRA, llame a Atención al cliente.

Derechos bajo la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

Bajo la ley federal, los Planes de salud colectivos y los emisores de seguros médicos que ofrecen cobertura de seguro médico generalmente no pueden restringir los beneficios para ningún período de estancia en el Hospital con relación al parto para la madre o el niño recién nacido a menos de cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal o menos de noventa y seis (96) horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, el Plan o el emisor pueden pagar una estancia más corta si el Proveedor tratante (por ejemplo, su médico, enfermera partera o asistente médico), después de consultarlo con la madre, le da el alta antes a la madre o al recién nacido.

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

Además, un plan o emisor no puede, en virtud de la ley federal, solicitar a un médico u otro proveedor de atención médica que obtenga la autorización para prescribir un período de estadía que no supere las cuarenta y ocho (48) horas (o 96 horas). Sin embargo, para usar ciertos Proveedores o Centros, o para reducir sus gastos de desembolso directo, puede ser necesario que obtenga una certificación previa. Para obtener información sobre la certificación previa, llame a Atención al cliente.

Nosotros coordinaremos la cobertura.

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

Aviso importante acerca de nuestra cobertura para medicamentos con receta médica y Medicare

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

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

1. La cobertura para medicamentos con receta médica de Medicare entró en vigencia en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare o se inscribe en un plan Medicare Advantage (como HMO o PPO) que ofrece cobertura para medicamentos con receta médica. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura

establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. GlobalHealth ha determinado que se espera que esta cobertura para medicamentos con receta médica pague, en promedio para todos los participantes del plan, tanto como la cobertura para medicamentos con receta médica de Medicare y por eso se considera una cobertura acreditable. Como su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagará una prima más alta (una penalización) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

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

Sin embargo, si pierde la cobertura para medicamentos con receta médica acreditable actual y no es su culpa, también será elegible para un período de inscripción especial (“SEP”) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

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

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

¿Cuándo pagará una prima (penalización) más alta por unirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si deja o pierde la cobertura actual y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los sesenta y tres (63) días seguidos después de que su cobertura actual termine, puede pagar una prima (penalización) más alta por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

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

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura para medicamentos con receta médica actual...

Llame a Atención al cliente para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período en que puede inscribirse en un plan de

medicamentos de Medicare y si esta cobertura cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

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

Para obtener más información sobre la cobertura para medicamentos con receta médica de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Para obtener ayuda personalizada, llame al Programa de asistencia en seguros de salud de su estado (consulte la contra cubierta interna de su copia del manual “Medicare & You” (Medicare y Usted) para obtener el número de teléfono).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay a su disposición ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta médica de Medicare. Para obtener más información acerca de esta ayuda adicional, visite la Administración del Seguro Social en línea en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

Subrogación, recuperación y reembolso de terceros

Beneficios sujetos a esta disposición

Esta disposición aplica a todos los beneficios indicados bajo cualquier sección de este plan para:

- a) Personas cubiertas (o miembros) y dependientes, beneficiarios de COBRA, familiares y cualquier otra persona que pueda recuperar en nombre de una persona cubierta o beneficiario, incluidos, de manera no taxativa, el estado de una persona o beneficiario cubierto fallecido, (colectivamente llamados “Persona cubierta”).
- b) Todos los demás agentes, abogados, representantes y personas que actúan para una Persona cubierta, en nombre de esta, conjuntamente con esta o según sus instrucciones (algunas veces denominados “Representantes de la persona cubierta”) con respecto a tales beneficios.

Cuándo aplica esta cláusula

Una Persona cubierta puede incurrir en cargos médicos y de otro tipo relacionados con las lesiones o enfermedades ocasionadas por el acto o la omisión de la Otra parte, incluidos un médico u otro proveedor por actos u omisiones incluidas, entre otras, la mala praxis. La Otra parte puede ser responsable o legalmente responsable del pago de los cobros incurridos con relación a dichas Lesiones o Enfermedades. De ser así, la Persona cubierta puede presentar un reclamo en contra de la Otra parte por el pago de los gastos médicos u otros gastos.

Términos definidos

“Otra parte” significa cualquier persona o entidad, que no sea el plan, que tenga responsabilidad civil o legal de pagar los gastos, la compensación o los daños relacionados con las lesiones o enfermedades de la Persona cubierta. La Otra parte incluirá a la parte o partes que causaron las lesiones o enfermedades (primeras o terceras partes); la aseguradora, el garante u otra persona a cargo de la liquidación de la parte o partes que ocasionaron las lesiones o enfermedades; la aseguradora de la Persona cubierta, como una aseguradora de personas sin seguro o subaseguradas, una aseguradora de gastos médicos, sin culpa, de propietario de vivienda, arrendatarios o cualquier otra aseguradora de responsabilidad civil; la aseguradora de compensación para los trabajadores; el fondo de mala praxis médica o fondo similar; y cualquier otra persona, corporación o entidad que tenga responsabilidad civil o sea responsable legalmente del pago relacionado con las lesiones o enfermedades.

“Recuperación” significa toda cantidad de dinero, fondo, propiedad, compensación, así como todos los derechos relacionados, o daños pagados o disponibles para la Persona cubierta por la Otra parte a través de pagos de seguros, ingresos por liquidaciones judiciales, pagos o ingresos por liquidaciones judiciales de las primeras o terceras partes, juicios, reembolsos o de otra manera (independientemente de cómo ese dinero se catalogue, designe o distribuya) para compensar cualquier pérdida causada por las lesiones o enfermedades, o relacionada con estas.

“Reembolso” significa la devolución del pago al plan por beneficios médicos o de otro tipo pagados o pagaderos para el cuidado y tratamiento de la enfermedad o lesión y para cualquier otro gasto incurrido por el plan en relación con los beneficios pagados o pagaderos.

“Subrogación” significa el derecho del plan a procesar los reclamos de la Persona cubierta contra la Otra parte por los cobros de beneficios médicos o de otro tipo pagados por el plan.

Condiciones y acuerdos

Los beneficios son pagaderos solo después de que la Persona cubierta acepta y cumple los términos y condiciones de este plan. La Persona cubierta acuerda que la aceptación de los beneficios es un aviso implícito de esta sección. Como condición para recibir los beneficios en virtud de este plan, una Persona cubierta y cada una de las partes obligadas acepta lo siguiente:

- (a) En caso de que una Persona cubierta en virtud de este plan o los representantes de la Persona cubierta reciban cualquier Recuperación u otros beneficios que se originen de cualquier lesión, accidente, suceso o incidente por el cual la Persona cubierta tiene, o posiblemente tenga, o reivindique cualquier reclamo o derecho de Recuperación en virtud de cualquier fundamento legal o de equidad, agravio, contrato, estatuto, regulación, norma, o de otra manera, contra cualquier otra persona, entidad o fuente incluidos, de manera no taxativa, cualquier tercero, aseguradora, seguro o cobertura de seguro (por ejemplo, cobertura de conductor sin seguro o subasegurado, cobertura contra lesiones personales, cobertura para gastos médicos, compensación para los trabajadores, etc.), cualquier pago realizado por el plan a la Persona cubierta para tales beneficios deberá realizarse con la condición y con el acuerdo y entendimiento de que el plan recibirá un Reembolso por parte de la Persona cubierta y los Representantes de la persona cubierta hasta el monto o los montos de Recuperación recibidos por la Persona cubierta

de dicha Otra parte o fuente a través de cualquier acuerdo, juicio de liquidación, o de otra manera, pero sin superarlos.

- (b) Que el plan deberá ser subrogado a todos los derechos de Recuperación que la Persona cubierta tiene contra la Otra parte posiblemente responsable de hacer cualquier pago a la Persona cubierta como resultado de cualquier lesión, daño, pérdida o enfermedad que la Persona cubierta sufra hasta el alcance de los beneficios que otorga o que deberá otorgar el plan a la Persona cubierta o en nombre de la Persona cubierta con respecto a esa enfermedad, lesión, daño o pérdida inmediatamente contra el pago del plan o la prestación de cualquier beneficio para la Persona cubierta o en nombre de la Persona cubierta. Los derechos de Recuperación, Subrogación y Reembolso del plan indicados en este documento existen incluso cuando una parte presuntamente culpable o responsable de cualquier pérdida, lesión, daño o enfermedad que la Persona cubierta sufra, no admite la responsabilidad e independientemente de la designación o descripción que se dé a los fondos que la Persona cubierta reciba o acepte para que sean desembolsados por esa parte o el representante de esa parte.
- (c) Notificar al Administrador del plan de GlobalHealth si una Persona cubierta tiene un posible derecho de recibir el pago de alguien más; ejecutar inmediatamente y entregar al Administrador del plan, si lo solicita el Administrador del plan o sus representantes, un acuerdo de Subrogación y Reembolso, y proveer otra información y asistencia razonables según lo solicitado por el Administrador del plan en relación con el reclamo o posible reclamo. El Administrador del plan puede determinar, a su entera discreción, que es en el mejor interés del Plan, ya sea pagar, o no pagar, los beneficios médicos u otros beneficios por las lesiones o la enfermedad antes de que se firme el acuerdo de Subrogación y reembolso. Sin embargo, en cualquier caso, el plan aún tendrá derecho a la Subrogación y Reembolso conforme a los términos de esta sección.
- (d) servir como un fideicomisario ficticio, y controlar en fideicomiso ficticio para el beneficio del plan cualquier recuperación de la otra parte y acordar no disipar ninguna recuperación sin el consentimiento previo por escrito del plan, ni de otra manera predisponer o perjudicar los principales derechos del plan a cualquier recuperación, sin importar cómo se describa, designe o adjudique esa recuperación. La Persona cubierta acuerda controlar, como fideicomisario (o fideicomisario conjunto), en fideicomiso para el beneficio del Plan toda la recuperación y los fondos que la Persona cubierta reciba en pago de o como compensación de cualquier lesión, enfermedad, daño y pérdida que la Persona cubierta sufra como resultado de cualquier suceso, incidente, accidente, lesión, enfermedad y hecho. Cualquier Recuperación o fondos que se reciban de, o en nombre de, con el consentimiento de, o según instrucciones de la Persona cubierta, o sobre los cuales la Persona cubierta tenga derecho a recibir o administrar el pago o sobre el cual la Persona cubierta (o los representantes de la Persona cubierta) tiene o ejerce cualquier control, se consideran y se considerarán y tratarán como activos del Plan. Si no cumple con mantener los montos recuperados y dichos fondos en fideicomiso o no cumple con los términos del Plan se considerará un incumplimiento del deber fiduciario de la Persona cubierta (o el representante de la Persona cubierta) con el Plan. El Plan tiene el derecho de subrogación o reembolso antes de que la fuente responsable pague cualquier Recuperación y los fondos a la Persona cubierta y no se restarán los honorarios o gastos de los abogados de ese monto. El Plan puede, a su opción y exclusiva discreción, ejercer su derecho de subrogación o reembolso. El Plan también tiene derecho a cualquier Recuperación y a los fondos que la Persona cubierta reciba o tenga derecho a recibir, sin importar si el pago representa o no la compensación total

para la Persona cubierta. El Plan rechaza expresamente todas las reglas y doctrinas respecto al fondo común y de recuperación y/o cualquier otra regla o doctrina que pueda obstaculizar o interferir con los derechos del Plan aquí descritos. El plan tendrá derecho a que la Persona cubierta presente un informe de toda la Recuperación, los fondos y las actividades aquí descritas.

- (e) Devolver al plan cualquier beneficio pagado o pagadero a la Persona cubierta, o en nombre de ella, cuando dichos beneficios sean pagados o establecidos por la Otra parte.
- (f) transferir el título al plan de todos los beneficios pagados o pagaderos como resultado de dicha enfermedad o lesión. La Persona cubierta reconoce que el plan tiene un interés de propiedad en la Recuperación de la Persona cubierta, y que los derechos de Subrogación del plan se considerarán un reclamo de principal prioridad para cualquier Recuperación, y que se pagarán de cualquier Recuperación antes que cualquier otro reclamo de la Persona cubierta como resultado de la enfermedad o lesión, independientemente de si la Persona cubierta se ha recuperado o no.
- (g) el plan tiene el derecho principal y de prioridad, así como un derecho de gravamen, sobre el 100% de cualquier recuperación en la medida en que se paguen o que se pagarán los beneficios y los gastos incurridos por el plan en cumplimiento de esa disposición; y tal gravamen constituye un activo del plan. El primer gravamen del plan sustituye totalmente cualquier derecho de primer pago, o Reembolso resultante de cualquier Recuperación que la Persona cubierta obtenga o pueda tener derecho a obtener independientemente de si la Persona cubierta se ha recuperado o ha recibido la compensación por alguno de sus daños o gastos, incluidos los honorarios y gastos de sus abogados.
- (h) la persona cubierta también acuerda notificar al plan sobre la intención de la persona cubierta de presentar o investigar un reclamo para recuperar los daños u obtener la compensación con respecto a cualquier asunto para el cual la persona cubierta haya obtenido u obtendrá algún beneficio del plan. La Persona cubierta deberá proporcionar toda la información que el Plan le solicite o su representante respecto a cualquier reclamo. La Persona cubierta también acepta mantener informado al plan sobre todos los hechos y comunicaciones que puedan afectar los derechos del plan.
- (i) Abstenerse de exonerar a la Otra parte que pueda ser responsable o esté obligada con la Persona cubierta por la lesión o condición sin obtener la aprobación escrita del plan.
- (j) Notificar al plan por escrito sobre cualquier acuerdo propuesto y obtener el consentimiento escrito del plan antes de firmar un acuerdo.
- (k) Sin perjuicio de lo anterior, el plan debe subrogarse a cualquiera y todos los reclamos, causas, acciones o derechos que la Persona cubierta tenga o que puedan surgir contra la Otra parte para lo que la Persona cubierta reclama un derecho sobre los beneficios en virtud de este plan, independientemente de cómo se clasifique o caracterice.
- (l) Si la Persona cubierta (o tutor o albacea) decide demandar a la Otra parte, la Persona cubierta acepta incluir el reclamo de Subrogación del plan en esa acción y, si no se cumple, se asumirá legalmente que el plan se incluye en dicha acción o Recuperación.

- (m) en el caso de que la persona cubierta decida no proceder contra la otra parte, la persona cubierta autoriza al plan a proceder contra, demandar, comprometer o llegar a un acuerdo respecto al reclamo en su nombre, para ejecutar cualquiera y todos los documentos necesarios para proceder con esos reclamos en su nombre, y acuerda cooperar plenamente con el plan en el seguimiento de cualquier reclamo. Dicha colaboración deberá incluir la obligación de proporcionar información y ejecutar y entregar cualquier reconocimiento u otros instrumentos legales que documenten los derechos de Subrogación del Plan. La Persona cubierta (o tutor o albacea) acepta no tomar acciones perjudiciales contra los derechos de Subrogación del Plan o, de cualquier manera, impedir la acción que tome el Plan para recuperar su reclamo de Subrogación. Esto incluye los intentos de la Persona cubierta (o de su abogado u otro agente) de caracterizar los pagos como de naturaleza no médica o de indicar o autorizar que los pagos se hagan a otras personas (por ejemplo, en nombre de familiares, abogados, agentes, representantes o amigos).
- (n) El plan no pagará, reducirá ningún Reembolso ni de ninguna manera será responsable de ninguna tarifa o costo relacionado con la presentación de un reclamo a menos que el plan acepte hacerlo por escrito. El derecho del plan del primer Reembolso no se reducirá por ningún motivo incluidos los honorarios de abogados, los gastos, la negligencia comparativa, los límites de cobro o responsabilidad, ni de otra manera.
- (o) el administrador del plan tiene el criterio absoluto y definitivo para interpretar los términos y condiciones del documento del plan. El Administrador del plan puede enmendar el Plan a su entera discreción en cualquier momento sin aviso. Este derecho de Subrogación obligará legalmente a los tutores, el albacea, la parte a cargo de su ejecución, el representante personal y los herederos de la Persona cubierta.
- (p) El Administrador del plan puede, a su entera discreción, solicitarle a la Persona cubierta o a su abogado que firme un acuerdo de Subrogación o Recuperación en el que reconozca y acepte los derechos del plan aquí indicados como condición para cualquier pago de beneficios y como condición para cualquier pago de beneficios futuros por otras enfermedades o lesiones.

Cuando una Persona cubierta contrata a un abogado

Si la Persona cubierta contrata a un abogado, el Administrador del plan puede, a su entera discreción, solicitar que el abogado firme un acuerdo de Subrogación o Recuperación en el que reconozca y acepte los derechos del plan aquí indicados como condición para cualquier pago de beneficios y como condición para cualquier pago de beneficios futuros para otras enfermedades o lesiones. Además, el abogado de la Persona cubierta debe reconocer y aprobar el hecho de que el Plan impide la operación de las doctrinas de “recuperación” y “fondo común”, y el abogado debe aceptar que no reafirmará ninguna doctrina en su búsqueda de Recuperación. El plan no pagará los honorarios ni gastos del abogado de la Persona cubierta relacionados con la recuperación de fondos, ni reducirá su Reembolso proporcionalmente para el pago de los honorarios y gastos del abogado de la Persona cubierta. Los honorarios de los abogados se pagarán de la Recuperación únicamente después de que el Plan haya recibido el Reembolso total. Un abogado que recibe cualquier Recuperación tiene la obligación absoluta de ofrecer inmediatamente la Recuperación al Plan bajo los términos de esta disposición. El abogado de una Persona cubierta que recibe cualquier Recuperación y no ofrece inmediatamente la Recuperación al plan se considerará que retiene la Recuperación en fideicomiso ficticio para el plan, debido a que ni la Persona cubierta ni su abogado

son los propietarios legales de la Recuperación y no deberían estar en posesión de la Recuperación hasta que el plan haya recibido el Reembolso total.

Además, el plan puede requerir que:

- i. La Persona cubierta utilice los servicios de abogados, representantes o agentes que ejecutarán un acuerdo de Reembolso y que no reivindicará el uso de reglas o doctrinas de fondos totales y comunes.
- ii. La Persona cubierta acepte terminar cualquier relación con alguien que se rehúse a hacerlo, o los beneficios no serán pagados conforme al plan en relación con ese asunto.
- iii. El plan también tiene derecho a recibir y tiene prioridad para recibir los primeros fondos de los pagos recibidos por la Persona cubierta hasta que se le hayan devuelto al plan todas las sumas esperadas. La Persona cubierta deberá ejecutar y entregar cualquier instrumento y documento que el Plan solicite de manera razonable y deberá hacer lo que sea necesario para proteger en su totalidad todos los derechos del Plan. La Persona cubierta no deberá hacer nada que perjudique los derechos del plan para dicho Reembolso y Subrogación, incluidos, de manera no taxativa, cualquier intento de la Persona cubierta o de otras personas de realizar pagos caracterizados como de naturaleza no médica (por ejemplo, angustia emocional, dolor y sufrimiento, vergüenza, angustia mental, pérdida de consorcio, etc.) o de dar instrucciones o aprobar que se realicen pagos a otras personas (por ejemplo, a o en nombre de familiares, abogados, agentes, representantes o amigos).

Cuando la Persona cubierta es menor o falleció

Las disposiciones de esta sección aplican a los padres, fideicomisario, tutor u otro representante de una persona cubierta menor de edad y al heredero o representante personal del albacea de una persona cubierta fallecida, independientemente de la ley aplicable y si el representante tiene o no acceso o control de la recuperación.

Cuando una Persona cubierta no cumple

- a) Si el acuerdo de Subrogación no se ejecuta de manera adecuada y se devuelve según lo estipulado en esta cláusula; (ii) no se proporciona la información y la asistencia al Administrador del plan ante su solicitud; o (iii) no se cumple a tiempo con alguna otra cláusula u obligación de esta sección, ningún beneficio será pagadero conforme al plan con respecto a los gastos incurridos en relación con tal enfermedad o lesión.
- b) Si una persona cubierta no cumple con el reembolso al plan de todos los beneficios pagados o que se pagarán, como resultado de su enfermedad o lesión, fuera de cualquier recuperación recibida según la disposición en este plan, o de otra manera no cumpla con cualquier otra disposición u obligación de esta Sección, la persona cubierta será responsable de cualquier y de todos los gastos (sean honorarios o costos) asociados con la intención del plan de recuperar el dinero o propiedad de la persona cubierta; y, el plan tendrá derecho a compensar y aplicar cualquier beneficio futuro que pueda de otra manera adeudarse, a beneficio de la persona cubierta, los miembros de la familia de la persona cubierta o cualquier otra persona que directa o indirectamente actúe o colabore para interferir, perjudicar o frustrar los derechos o intereses del plan contra los reembolsos que deberían hacerse al Plan, así como para suspender o terminar la cobertura adicional hasta que el plan recupere los reembolsos. Este derecho de Reembolso

obligará legalmente a los tutores, el albacea, la parte a cargo de su ejecución, el representante personal y los herederos de la Persona cubierta.

- c) Además, la persona cubierta será totalmente responsable de las acciones de sus representantes, los abogados, los agentes, los miembros de la familia y todas las personas que actúen para, o en nombre de, o conjuntamente con, o bajo instrucciones de la persona cubierta respecto al plan o las obligaciones de la persona cubierta aquí descritas. La Persona cubierta será responsable de asegurar que dichas personas colaboren y cumplan con las obligaciones aquí indicadas de la Persona cubierta. Si la Persona cubierta o los agentes, abogados o cualquier otro representante de la Persona cubierta no colaboran plenamente con cualquier Subrogación, Reembolso o retribución de esfuerzos, o directa o indirectamente frustra, dificulta, impide o interfiere con cualquiera de los esfuerzos, la Persona cubierta será responsable de dar cuentas y pagar al plan todos los honorarios y costos del abogado incurridos por o en representación del plan en relación con tales esfuerzos.
- d) Además, el plan puede, a discreción de la persona que toma las decisiones finales, rescindir la participación de la persona cubierta en el plan o la participación de cualquier otra persona que directa o indirectamente actuó o colaboró para interferir, obstaculizar o frustrar los derechos o intereses del plan. En caso de que se presente cualquier reclamo que indique que cualquier redacción, término o cláusula establecida en esta parte sobre la Subrogación y derecho de Reembolso de la *Descripción del Resumen del plan* es ambiguo o no es claro, o si cualquier pregunta surge con relación al significado o la intención de cualquiera de sus términos, el plan, a través de su encargado de tomar decisiones finales, tendrá la autoridad y discreción exclusiva de interpretar, entender y resolver todas las disputas con relación a la interpretación de cualquier redacción, término o cláusula.
- e) Los derechos de subrogación y reembolso del plan aquí descritos son esenciales para asegurar el carácter equitativo del plan y su solidez financiera, así como asegurar que se recuperen los fondos y se pongan a disposición para beneficio de todas las personas cubiertas bajo el plan de manera colectiva.

Glosario

Abuso:

Incluye solicitar el pago de artículos y servicios cuando no existe derecho para el pago de dichos artículos o servicios. A diferencia del fraude, el individuo o la entidad no presenta hechos falsos de forma deliberada e intencional para obtener un pago.

Administración de casos:

Un proceso para evaluar, planear, implementar, coordinar, supervisar y evaluar las opciones para satisfacer sus necesidades de atención médica en función de los beneficios y recursos para promover un resultado de calidad para usted.

Administración de la utilización (“UM”):

Un proceso para supervisar el uso, la prestación y la rentabilidad de los servicios.

Administrador del plan:

Persona que se identifica como la persona con la responsabilidad de administrar el plan. Podría ser el empleado, un comité de empleados, un ejecutivo de la compañía o alguien contratado para ese propósito. No se refiere a GlobalHealth.

Apelación:

Una solicitud para que GlobalHealth revise una decisión o queja de nuevo.

Área de servicio:

Un área geográfica, según lo determinado por el Departamento de Seguros de Oklahoma, dentro de la cual GlobalHealth coordina los servicios médicos, hospitalarios y de atención médica complementaria básicos.

Atención de enfermería especializada:

Servicios que se proporcionan en el hogar por o bajo la indicación de un enfermero registrado.

Atención de urgencia:

La atención de una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención médica inmediata, pero no tan grave como para requerir la atención en la sala de emergencias.

Atención en la sala de emergencias:

Servicios de emergencia que se reciben en una sala de emergencias.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios:

Atención en un hospital que usualmente no requiere una estadía durante la noche. En ciertas situaciones, un paciente puede necesitar observaciones durante la noche como paciente ambulatorio.

Atención médica en el hogar:

Servicios de atención médica médicamente necesarios que una persona recibe en su hogar y que incluyen la atención de enfermería especializada o los servicios de rehabilitación especializados.

Atención subaguda o de transición:

El nivel de atención necesario para un miembro que no requiere atención hospitalaria aguda, pero requiere atención más intensiva que la que se le proporciona a la mayoría de los pacientes en un centro de enfermería especializada.

Autorización previa:

Una decisión de GlobalHealth de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento con receta médica o equipo médico duradero sea médicamente necesario. A esto algunas veces se le llama autorización previa, aprobación previa o certificación previa. GlobalHealth puede requerir la Autorización previa para ciertos servicio antes de que los reciba,

excepto en una emergencia. La autorización previa no es una promesa de que GlobalHealth cubrirá el costo.

Centro de atención extendida:

Una unidad de un centro u hospital comprometida a proporcionar, además de una habitación y alimentos, atención de enfermería especializada las veinticuatro (24) horas bajo la supervisión de un médico autorizado. GlobalHealth contrata los centros especializados que están certificados en virtud del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (certificado por Medicare).

Centro de cirugía ambulatoria:

Un establecimiento autorizado público o privado con personal médico organizado con instalaciones permanentes que están equipadas y operan principalmente con el propósito de realizar procedimientos quirúrgicos y brindar servicios médicos continuos y servicios de enfermería profesional registrada siempre que un paciente se encuentre en la instalación, y que no proporcionan servicios u otras comodidades para que los pacientes permanezcan durante la noche.

Centro de enfermería especializada:

Consulte “Centro de atención extendida”.

Centro independiente/de bajo costo:

Cualquier edificio, o área en un edificio, que no es propiedad del hospital.

Centro propiedad del hospital:

Cualquier edificio, o área en un edificio propiedad de un hospital, donde se prestan servicios de atención médica. Estos centros pueden incluir edificios, o áreas dentro de los edificios, que están separados del mismo hospital.

Centro:

Cualquier edificio, o área en un edificio, donde se prestan servicios de atención médica.

Cirugía reconstructiva:

Cirugía y tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo debido a defectos de nacimiento, accidentes, lesiones o condiciones médicas.

Coaseguro dentro de la red:

El porcentaje (por ejemplo, 20%) que usted paga del monto permitido por servicios de atención médica cubiertos a proveedores que tienen un contrato con GlobalHealth. El coaseguro dentro de la red normalmente le cuesta menos que el coaseguro fuera de la red. GlobalHealth no tiene diferentes costos compartidos en función de la red. Usted solo tiene cobertura para los servicios en nuestra red, excepto para atención de emergencia o urgencia.

Coaseguro fuera de la red:

El porcentaje (por ejemplo, 40%) que usted paga del monto permitido por servicios de atención médica cubiertos a proveedores que *no* tienen un contrato con GlobalHealth. El coaseguro fuera de la red normalmente le cuesta más que el coaseguro dentro de la red. GlobalHealth no tiene diferentes costos compartidos en función de la red. Usted solo tiene cobertura para los servicios en nuestra red, excepto para atención de emergencia o urgencia.

Coaseguro:

Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto que se calcula como un porcentaje (por ejemplo, 20%) del monto permitido para el servicio. Usted paga el Coaseguro *más* cualquier deducible que adeude. Por ejemplo, si el monto permitido de GlobalHealth para una visita al consultorio es \$100 y usted cumple con su deducible, el pago de su coaseguro del 20% sería \$20. GlobalHealth paga el resto del monto permitido.

Cobertura para medicamentos con receta médica:

El plan que ayuda a pagar los fármacos o medicamentos con receta médica.

COBRA:

Ley Federal de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado. Esta es la ley federal que requiere que determinados planes de salud colectivos les brinden a los empleados y a ciertos miembros de la familia la oportunidad de continuar con su cobertura de atención médica con tarifas de grupo en casos específicos donde la cobertura de otra manera finalizaría.

Complicaciones del embarazo:

Condiciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto y el parto, que requieren atención médica para prevenir un daño grave a la salud de la madre o del feto. Las náuseas matutinas y una cesárea que no es de emergencia no son complicaciones del embarazo.

Condición crónica:

Una condición continua o persistente durante un período prolongado que requiere tratamiento constante.

Condición médica de emergencia:

El inicio repentino y, en el momento, inesperado de una condición médica o enfermedad que requiere atención médica inmediata, cuando el no proporcionar atención médica podría resultar en una discapacidad grave de las funciones del cuerpo, disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo o pondría en grave peligro la salud de la persona.

Copago dentro de la red:

Un monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por servicios de atención médica cubiertos a proveedores que tienen un contrato con GlobalHealth. Los copagos dentro de la red normalmente son menores que los copagos fuera de la red. GlobalHealth no tiene diferentes costos compartidos en función de la red. Usted solo tiene cobertura para los servicios en nuestra red, excepto para atención de emergencia o urgencia.

Copago fuera de la red:

Un monto fijo (por ejemplo, \$30) que usted paga por servicios de atención médica cubiertos a proveedores que *no* tienen un contrato con GlobalHealth. Los copagos fuera de la red normalmente son mayores que los copagos dentro de la red. GlobalHealth no tiene diferentes costos compartidos en función de la red. Usted solo tiene cobertura para los servicios en nuestra red, excepto para atención de emergencia o urgencia.

Copago:

Monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, por lo general, cuando recibe el servicio. El monto puede variar por el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Costo compartido:

La parte del costo de servicios, tratamiento y suministros que usted paga. Este incluye los deducibles, los copagos y los coaseguros.

Costos de rutina:

Los costos de rutina asociados con un ensayo clínico aprobado incluyen los costos relacionados con la atención médica razonable y necesaria que normalmente se proporciona en ausencia del ensayo clínico. Esto incluye los costos asociados con el diagnóstico y tratamiento de complicaciones que surgen de la participación en el ensayo clínico. Los costos de rutina no incluyen el costo de un medicamento o artículo de investigación en sí, ni los costos de los artículos y servicios proporcionados solamente para la recopilación y el análisis de datos.

Deducible:

El monto que usted debe pagar por los servicios de atención médica cubiertos que GlobalHealth cubre antes de empezar a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, GlobalHealth no pagará nada hasta que usted haya alcanzado el deducible de \$1,000 en gastos cubiertos por

atención médica sujetos al deducible. Es posible que el Deducible no aplique a todos los servicios. No todos los planes de GlobalHealth tienen un Deducible. Consulte su *Programa de beneficios* para conocer los detalles del plan.

Dentro de la red:

Un proveedor o centro de atención médica que tiene un contrato con GlobalHealth para proporcionar servicios con descuento a miembros. Los Proveedores dentro de la red pueden encontrarse en el *Directorio de proveedores de salud y médicos* o en nuestro sitio web de Búsqueda de proveedores. También consulte “Red”.

Dependientes:

Cualquier cónyuge o hijo hasta la edad de veintiséis (26) años (incluidos hijastros, hijos de cuidados temporales e hijos adoptados desde la fecha de colocación en el hogar) del suscriptor. GlobalHealth cubre a los dependientes cuando cumplen con los requisitos de elegibilidad y prima.

Determinación adversa:

Una determinación de que se ha revisado una admisión, la disponibilidad de atención, la estadía continua u otro servicio de atención médica que es un beneficio cubierto, y, sobre la base de la información proporcionada, no cumple con los requisitos del plan de necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o efectividad, por lo que los servicios o el pago de los servicios solicitados se deniegan, reducen o finalizan.

Enfermedad o condición que representa un peligro para la vida:

Cualquier enfermedad o condición por la que haya una probabilidad de muerte a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad.

Ensayos clínicos aprobados:

Un ensayo clínico que es patrocinado por una organización confiable y que se lleva a cabo en cumplimiento de las regulaciones federales incluidas aquellas que se relacionan con la protección de seres humanos. El ensayo debe tener una intención terapéutica y no estar diseñado solamente para identificar o examinar la patofisiología de la enfermedad.

Equipo de administración médica:

Un grupo de médicos de su grupo médico organizado para promover la atención médica adecuada y de calidad a través de la revisión prospectiva, concurrente o retrospectiva de los casos de los miembros. El comité permite discutir situaciones médicas especiales con colegas. Estas pueden incluir la revisión de consulta de referencias a médicos especialistas, las referencias para admisiones a hospitales, la revisión de atención en la sala de emergencias urgente o electiva y las referencias para servicios especializados como procedimientos de diagnóstico, cirugías para pacientes ambulatorios, pruebas de laboratorio y rayos X.

Equipo médico duradero (“DME”):

Equipo y suministros solicitados por el proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. La cobertura del DME puede incluir: Equipo para oxígeno, sillas de ruedas o muletas.

Especialista contratado:

Médicos, cirujanos y osteópatas autorizados para ejercer la medicina en el estado de Oklahoma, que han celebrado acuerdos escritos con GlobalHealth o un grupo médico contratado para proporcionar servicios médicos especializados.

Especialista:

Un especialista médico que se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, administrar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones.

Un especialista que no sea médico es un proveedor que tiene más experiencia en un área específica de la atención médica.

Experimental o de investigación:

Procedimientos o artículos que GlobalHealth determina como no aprobados por la FDA o que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.

Facturación de saldos:

Cuando un proveedor le factura a usted la diferencia entre el cobro del proveedor y el monto permitido de GlobalHealth. Por ejemplo, si el cobro del proveedor es \$100 y el monto permitido de GlobalHealth es \$70, el proveedor puede facturarle lo restante, que es \$30. Un proveedor dentro de la red **no** puede facturarle el saldo.

Fraude:

La decepción intencional suya o de un proveedor de proporcionar información falsa a GlobalHealth o el uso indebido e intencional de su tarjeta de identificación de miembro.

Fuera de la red:

Un proveedor de atención médica que no tiene un contrato con GlobalHealth para proporcionarles servicios a los miembros.

Grupo médico contratado:

Grupo médico que celebró un acuerdo escrito con GlobalHealth para proporcionar servicios médicos a los miembros de GlobalHealth.

Grupo médico:

Cualquier grupo de médicos autorizados en medicina u osteopatía. Un grupo médico contratado es un grupo médico que celebró un acuerdo escrito con GlobalHealth para proporcionar servicios de médicos a los miembros de GlobalHealth.

Hospital contratado:

Cualquier hospital general autorizado por el estado de Oklahoma que ha celebrado un acuerdo escrito con GlobalHealth para proporcionar servicios hospitalarios a los miembros de GlobalHealth.

Hospital:

Un centro médico principal y continuamente comprometido en proporcionar servicios de atención médica y tratamiento de personas enfermas y lesionadas como pacientes hospitalizados para lo cual se realiza un cobro. GlobalHealth contrata hospitales autorizados por el estado de Oklahoma. Cada grupo médico contratado designa un hospital para prestar los servicios hospitalarios a los miembros.

Hospitalización:

Atención en un hospital que requiere la admisión como paciente hospitalizado y normalmente requiere una estadía durante la noche.

Infertilidad:

La incapacidad de concebir un embarazo o de llevar un embarazo a un nacimiento con vida después de un año o más de relaciones sexuales normales sin anticonceptivos y la presencia de una condición demostrada y reconocida por un médico autorizado, que sea un proveedor de la red, como una causa de infertilidad.

Inscripción abierta:

El período determinado por GlobalHealth y el grupo del empleador del suscriptor cuando todos los empleados elegibles y sus familiares elegibles pueden inscribirse en GlobalHealth.

Inscripción:

El evento que se produce cuando una persona se convierte en miembro del plan de salud. Un Miembro está inscrito cuando GlobalHealth acepta el formulario de inscripción presentado por el Suscriptor. GlobalHealth y el grupo del empleador deben cumplir el *Acuerdo colectivo* y el grupo del empleador debe pagar las primas puntualmente.

Lugar de trabajo principal:

El centro o ubicación donde trabaja la mayoría de tiempo y al cual usted se traslada regularmente.

Máximo copago anual:

Consulte “Máximo de desembolso directo”.

Máximo de desembolso directo:

El máximo que paga durante un período del plan (usualmente un año) antes de que GlobalHealth empiece a pagar el 100% del monto permitido. Este límite nunca incluye su prima, cargos facturados de saldos o costos de atención médica que GlobalHealth no cubre. El *Programa de beneficios* proporciona el máximo de desembolso directo para su plan.

Medicamento necesario:

Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que generalmente cumplen con los estándares de medicina.

Medicamentos con receta médica:

Fármacos y medicamentos que por ley requieren una receta médica.

Médico de atención primaria (“PCP”):

Un médico (doctor en medicina [MD] o doctor en medicina osteopática [DO]) que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Miembro calificado:

Usted califica para participar en un ensayo clínico aprobado si (1) es elegible para participar en el ensayo conforme a su protocolo; y (2) el proveedor de la red que lo remite a usted para el ensayo concluye que la participación sería adecuada o usted proporciona información médica y científica que establece que su participación es adecuada.

Miembro de la familia inscrito:

Un miembro de la familia que está inscrito en GlobalHealth y que cumple con todos los requisitos de elegibilidad del grupo del empleador del suscriptor y de GlobalHealth, y para quien GlobalHealth ha recibido las primas. Un miembro de la familia elegible es quien cumple con todos los requisitos de elegibilidad del grupo del empleador del suscriptor y de GlobalHealth.

Miembro:

Cualquier suscriptor o dependiente de un suscriptor elegible.

Monto permitido:

Monto máximo sobre el que se basa el pago de los servicios de salud cubiertos. Esto se puede llamar “gasto elegible”, “pago de asignación” o “tarifa negociada”. Si su Proveedor cobra más del Monto permitido de GlobalHealth, es posible que usted tenga que pagar la diferencia. (Consulte “Facturación de saldos”).

Organización de revisión independiente (“IRO”):

Una entidad que realiza revisiones externas independientes de determinaciones adversas y determinaciones adversas finales.

Paciente ambulatorio:

Paciente al que le realizan un diagnóstico y recibe tratamiento y atención, pero no lo admiten y tampoco le asignan una cama en un centro de atención médica.

Paciente hospitalizado:

Paciente que es admitido y se le asigna una cama en un centro de atención médica mientras le realizan el diagnóstico y recibe tratamiento y atención.

Persona no experta prudente:

Una persona sin capacitación médica que razonablemente utiliza una experiencia práctica cuando toma una decisión para determinar si los servicios de emergencia son necesarios o no. Una persona, que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, puede razonablemente considerar que la ausencia de atención médica inmediata puede (a) poner la salud de la persona en grave peligro; (b) resultar en una discapacidad grave de las funciones del cuerpo; o (c) resultar en una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Plan de salud:

Un paquete de beneficios específicos ofrecido por una aseguradora, HMO o plan autofinanciado por el empleador. El plan de salud de GlobalHealth se describe en el *Acuerdo colectivo* de GlobalHealth, e incluye la portada y los documentos adjuntos.

Plan:

Una póliza, contrato, certificado o acuerdo ofrecido o emitido por un agente de seguros de salud para proporcionar, administrar, arreglar, pagar o reembolsar cualquiera de los costos de los servicios de atención médica.

Prima:

El monto que se debe pagar por su plan de GlobalHealth. Usted o su empleador usualmente la pagan mensual, trimestral o anualmente.

Profesional médico:

Un profesional que proporciona servicios de atención médica. Los profesionales médicos están autorizados según lo requiere la ley.

Programa de beneficios:

Se usa en conjunto con su *Manual para el miembro* y proporciona información de beneficios específica para su plan, incluida información de copagos y coaseguros.

Programas de mejoramiento de la calidad/salud:

Programas y servicios que tienen el objetivo de mejorar su salud a través de la educación y de enfocarse en la prevención primaria y secundaria, así como en el manejo de enfermedades.

Proveedor de atención primaria:

Un médico (doctor en medicina [MD] o doctor en medicina osteopática [DO]), enfermero practicante, enfermero clínico especialista o asistente médico, según lo permite la ley estatal, quien proporciona, coordina o posibilita el acceso a un rango de servicios de atención médica para un paciente.

Proveedor no preferido:

Un proveedor que no tiene un contrato con GlobalHealth para proporcionarle servicios a usted. Pagará más para ver a un proveedor no preferido.

Proveedor preferido:

Un proveedor que tiene un contrato con GlobalHealth para proporcionarle servicios con un descuento a usted. GlobalHealth puede tener Proveedores preferidos que también sean Proveedores “participantes”. Los proveedores participantes también tienen un contrato con GlobalHealth, pero es posible que el descuento no sea tan grande y puede que usted tenga que pagar más.

Proveedor:

Un médico (doctor en medicina [MD] o doctor en medicina osteopática [DO]), profesional de atención médica o centro de atención médica autorizado, certificado o acreditado según lo requiere la ley estatal. Esto también se puede referir a una institución u organización que proporciona servicios a los miembros del plan de salud (como hospitales y agencias de atención médica).

Queja:

Un reclamo que usted comunica a GlobalHealth por escrito.

Red:

Los centros y proveedores que GlobalHealth ha contratado para proporcionar servicios de atención médica para sus miembros. Estos centros y proveedores se refieren como dentro de la red.

Referencias:

Una comunicación electrónica presentada ante nosotros por el PCP o especialista de un miembro que dirige a un miembro a un especialista, hospital u otro proveedor auxiliar para obtener servicios cubiertos. GlobalHealth revisa cada referencia y les envía a usted y al proveedor una carta con la autorización para recibir el servicio, si se aprueba.

Residencia primaria:

El hogar o la dirección donde usted vive realmente la mayor parte del tiempo. Una residencia no se considerará más una residencia primaria si usted se muda sin intención de regresar, está ausente de la residencia por más de noventa (90) días consecutivos o está ausente de la residencia por más de 100 días en un período de 6 meses, excluidos los estudiantes de tiempo completo en una escuela o universidad acreditada.

Revisión externa:

Un proceso de apelación a través del que se le puede denegar la revisión de un reclamo por un revisor externo e independiente.

Servicios cubiertos:

Servicios o suministros médicamente necesarios proporcionados de acuerdo con los términos de este *Manual para el miembro*, su *Programa de beneficios* y los materiales de beneficios complementarios.

Servicios de emergencia:

Evaluación de una condición médica de emergencia y provisión del tratamiento necesario para estabilizar o evitar que la condición empeore.

Servicios de hospicio para pacientes con enfermedades terminales:

Servicios para proporcionar comodidad, atención de cuidados paliativos y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal.

Servicios de rehabilitación especializados:

Servicios proporcionados en el hogar por terapeutas autorizados (por ejemplo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y del habla).

Servicios de rehabilitación:

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o visto afectados debido a que una persona se enfermó, lastimó o quedó discapacitada. Esos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y el lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Servicios excluidos:

Servicios de atención médica que GlobalHealth no paga ni cubre.

Servicios hospitalarios:

Servicios médicamente necesarios proporcionados por un hospital. Los servicios pueden ser proporcionados a pacientes hospitalizados o ambulatorios. Son recetados, indicados o autorizados por su PCP.

Servicios médicos:

Servicios profesionales médicamente necesarios proporcionados por un médico, cirujano o personal farmacéutico. Los servicios médicos deben ser dirigidos por su PCP o médico especialista y deben estar autorizados por su PCP a menos que se especifique lo contrario en su *Programa de beneficios*.

Servicios médicos:

Servicios de atención médica que un médico autorizado (doctor en medicina (MD) o doctor en medicina osteopática (DO)) proporciona o coordina.

Suscriptor:

Una persona que cumple con los requisitos de elegibilidad del *Acuerdo colectivo* sobre la base de las reglas de empleo o sociedad del grupo, y para quien GlobalHealth ha recibido la prima del plan de salud adecuada. Cuando un empleador paga la prima, el suscriptor es el empleado.

Tarifas prevalentes:

Consulte “Usual y acostumbrado”.

Transporte médico de emergencia:

Servicios de ambulancia para una condición médica de emergencia.

Tratamientos alternativos:

El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa la define como una amplia gama de filosofías, estrategias y terapias de curación que la medicina convencional por lo general no usa, acepta, estudia ni ofrece.

Usual y acostumbrado:

El monto pagado por un servicio médico en un área geográfica sobre la base de lo que los proveedores del área normalmente cobran por el mismo servicio médico o un servicio médico similar. El monto usual, acostumbrado y razonable (UCR) se puede usar para determinar el monto permitido.

[Fin del documento]



PO Box 2393
Oklahoma City, OK 73101-2393
701 NE 10th Street, Suite 300
Oklahoma City, OK 73104-5403
(405) 280-5600 (local) - 1-877-280-5600 (llamada sin costo)
1-800-722-0353 o 711 (TTY/TDD/Voz)
www.globalhealth.com/commercial
Vigencia: 01/2016