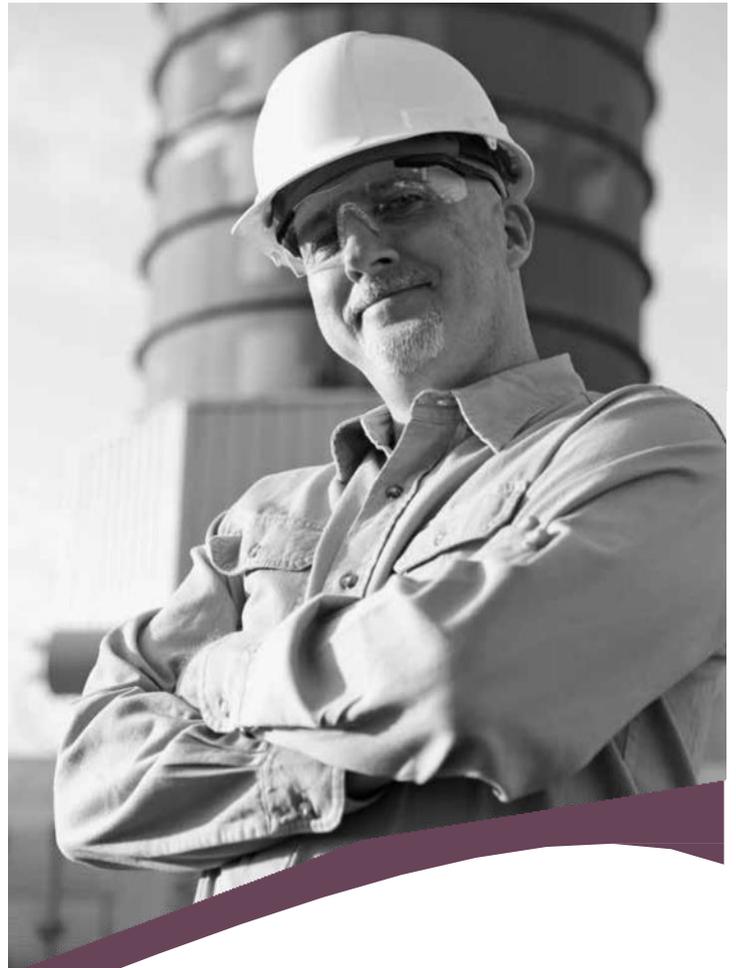




# Manual del Miembro 2018



Para Empleados  
Estatales, de Educación  
y del Gobierno Local

HIOS Plan ID – 85408OK0100001

MLGMH18 – ST – SP



GlobalHealth, Inc.  
210 Park Avenue, Suite 2800  
Oklahoma City, OK 73102-5621  
1-877-280-5600  
[www.GlobalHealth.com/state](http://www.GlobalHealth.com/state)

# BIENVENIDO A GLOBALHEALTH

Gracias por elegir GlobalHealth. Le apreciamos como miembro y queremos ganar su confianza en todo lo que hacemos.

Al igual que el [Plan](#) médico elegido por usted, deseamos:

1. Ayudarle a ***alcanzar resultados de salud positivos***. Si fuera necesario, nuestro equipo de Gestión de la atención médica puede colaborar con usted y su médico para crear un plan que responda a sus necesidades de salud específicas.
2. Ayudarle a obtener ***el máximo valor de sus beneficios***, como la [Medicina preventiva](#).
3. ***Alcanzar y mantener su satisfacción***.

Si tiene alguna duda, llame a nuestro equipo local de Atención al cliente al 1-800-280-5600, que le atenderá con amabilidad, o visite [www.GlobalHealth.com/state](http://www.GlobalHealth.com/state) para obtener más información sobre su [Plan](#).

Nos complace que forme parte de la familia de GlobalHealth y le deseamos una buena salud.

Atentamente, R. Scott Vaughn, CPA Presidente y CEO



# CERTIFICADO DE COBERTURA

Este Certificado de cobertura se emite de acuerdo con las condiciones de su [Plan](#) de salud grupal.

El grupo de su empleador ha suscrito un contrato con GlobalHealth, Inc. para proporcionar los beneficios descritos. GlobalHealth, Inc., en virtud de dicho contrato, certifica que están cubiertas por este certificado todas las personas que:

- Se hayan inscrito en la cobertura bajo este certificado;
- Hayan pagado la cobertura; y
- Hayan cumplido con las condiciones indicadas en la sección [Elegibilidad e Inscripción](#).

A partir de su fecha de entrada en vigor, le proporcionaremos los beneficios descritos. La fecha de entrada en vigor aparece en su tarjeta de identificación de [Miembro](#).

Se pueden agregar enmiendas a este Certificado de cobertura por cambios legislativos o por cambios en su cobertura o por necesidades especiales de su grupo. Cualquier disposición que entre en conflicto con la ley se modificará automáticamente para cumplir con los requisitos mínimos legales en la fecha de entrada en vigor de la cobertura o de la ley, lo que sea posterior. Ninguna persona ni entidad está facultada para renunciar a ninguna disposición ni para hacer cambios o enmiendas a menos que sea aprobado por escrito por un directivo de GlobalHealth, Inc. Adjunte cualquier enmienda a este Certificado de cobertura.

Usted está vinculado por los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones, reglas y regulaciones del [Plan](#). Al pagar las [Primas](#) o al hacerlo por usted un tercero, usted acepta las disposiciones de este Certificado de Cobertura.

Este certificado reemplaza a cualquier certificado anterior que pueda haber recibido.

**ADVERTENCIA:** Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a la aseguradora, formule algún [Reclamo](#) que contenga información falsa, incompleta o engañosa con el fin de cobrar una póliza de seguro, incurrirá en delito grave.

**LEA CUIDADOSAMENTE ESTE DOCUMENTO.** Es importante que conozca sus beneficios. Ninguna declaración verbal podrá agregar o suprimir ningún beneficio, limitación o exclusión bajo este [Plan](#).

# NÚMEROS ÚTILES

**Emisor del plan:**

GlobalHealth, Inc.  
PO Box 2393  
Oklahoma City, OK 73101-2393  
[www.GlobalHealth.com/state](http://www.GlobalHealth.com/state)

**Atención al cliente y asistencia lingüística de GlobalHealth:**

[StateAnswers@globalhealth.com](mailto:StateAnswers@globalhealth.com)  
405.280.5600  
1.877.280.5600 (llamada gratuita)  
711 (TTY)  
Lunes a viernes 9 a.m. – 5 p.m.

**Apelaciones y quejas formales:**

405.280.5600  
1.877.280.5600 (llamada gratuita)  
711 (TTY)  
Lunes a viernes 9 a.m. – 5 p.m.  
[appeals@globalhealth.com](mailto:appeals@globalhealth.com)

**Línea de ayuda de enfermería 24/7:**

Línea de información  
1.877.280.5600 (llamada gratuita)

**Director de cumplimiento de GlobalHealth:**

405.280.5852  
1.877.280.5852 (llamada gratuita)  
[compliance@globalhealth.com](mailto:compliance@globalhealth.com)

**Director de privacidad de GlobalHealth:**

405.280.5524  
[privacy@globalhealth.com](mailto:privacy@globalhealth.com)

**Salud Conductual:**

[StateAnswers@globalhealth.com](mailto:StateAnswers@globalhealth.com)  
405.280.5600  
1.877.280.5600 (llamada gratuita)  
711 (TTY)  
Lunes a viernes 9 a.m. – 5 p.m.

**Gerente de Beneficios de Farmacia:**

Magellan Rx Management, LLC  
Servicio al Cliente  
1.800.424.1789 (llamada gratuita)  
711 (TTY)

**Autorizaciones previas de medicamentos:**

[gh.pharmacy@globalhealth.com](mailto:gh.pharmacy@globalhealth.com)  
918.878.7361

**Enviar reclamos por correo a:**

Magellan Rx Management, LLC  
PO Box 85042  
Richmond, VA 23261-5042

**Farmacia de órdenes por correo:**

Magellan Rx Management, LLC  
1.800.424.1789 (llamada gratuita)  
711 (TTY)  
P.O. Box 620968  
Orlando, FL 32862

Al llamar, tenga a la mano su tarjeta de identificación de [Miembro](#).

# ÍNDICE

<b>BIENVENIDO A GLOBALHEALTH</b> .....	<b>2</b>
<b>CERTIFICADO DE COBERTURA</b> .....	<b>3</b>
<b>NÚMEROS ÚTILES</b> .....	<b>4</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
Información importante .....	11
Documentos del Miembro .....	11
Accesibilidad y servicios de traducción .....	12
Obtenga atención médica.....	13
Tarjetas de identificación del Miembro.....	15
Reciba ayuda.....	16
Pasos para mejorar la calidad y la seguridad de su atención médica.....	16
<b>RED DE PROVEEDORES</b> .....	<b>17</b>
Cambios en la Red .....	17
Directorio de Proveedores .....	18
BHPs .....	18
Proveedores de Servicios médicos .....	18
Redes de farmacias .....	19
Búsqueda en línea .....	20
PCP.....	20
Elija un PCP .....	21
Establezca su atención médica.....	21
Programar citas periódicas.....	21
Cuando necesite atención médica inmediata .....	22
Consultas .....	22
Cambio de PCP .....	22
Servicios de autorreferencia.....	22
Atención médica especializada.....	24
Médicos que abandonan la Red.....	24
Atención médica de urgencia.....	24
Atención médica de emergencia.....	26
Acceso .....	26
Atención médica en Hospital.....	26
Atención médica domiciliaria.....	27
Historia clínica.....	27

Credenciales de los médicos .....	27
Verifique a los Proveedores de salud conductual .....	28
Verifique a los médicos.....	28
<b>GESTIÓN DE LA UTILIZACIÓN.....</b>	<b>30</b>
UM en salud médica y conductual .....	30
Autorización previa al servicio .....	30
Revisión concurrente.....	32
Planificación del alta médica .....	33
Revisión posterior al servicio.....	33
UM de Medicamentos recetados .....	33
Solicitudes de excepción.....	34
Política para garantizar una utilización adecuada .....	35
Proceso de evaluación tecnológica.....	35
<b>BENEFICIOS.....</b>	<b>37</b>
Su parte del costo .....	37
Cuadros de beneficios.....	37
Copagos y Coseguro .....	37
Deducible .....	38
MOOP .....	38
Seguimiento de los gastos.....	38
Requisitos de cobertura.....	38
Beneficios de salud conductual.....	39
Servicios cubiertos .....	39
Cuadro de Beneficios de salud conductual .....	39
Recursos para una vida saludable .....	44
Beneficios médicos .....	45
Servicios cubiertos .....	45
Cuadro de beneficios médicos.....	45
Beneficios de Medicamentos recetados .....	75
Servicios cubiertos .....	75
Cuadro de beneficios de medicamentos recetados .....	76
Lista de medicamentos del Formulario .....	77
ACA .....	78
Usos extraoficiales.....	80
Medicamentos compuestos.....	80
Recetas recibidas en una ER o Centro de Atención médica de urgencia .....	80

Abuso de Medicamentos recetados y consumo de heroína .....	80
Cómo desechar los medicamentos .....	80
Beneficios de la Medicina preventiva .....	81
Servicios cubiertos .....	81
Cuadro de beneficios de la medicina preventiva .....	81
Obtenga servicios .....	87
Atención médica de seguimiento .....	88
Beneficios ópticos .....	88
Servicios cubiertos .....	88
Cuadro de beneficios ópticos .....	89
Servicios Excluidos y Limitaciones .....	89
Limitaciones .....	89
Servicios Excluidos .....	92
<b>ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN .....</b>	<b>97</b>
Elegibilidad .....	97
Cónyuges.....	97
Hijos .....	97
Dependientes discapacitados.....	97
Dependientes de Dependientes .....	98
Área de servicio .....	98
Dependientes Que viven fuera del área .....	98
Períodos de Inscripción .....	98
Período de Inscripción abierta.....	98
Cambio a mitad de año .....	98
Cuándo comienza la cobertura .....	100
Continuidad y/o transición de la atención médica.....	100
Salud conductual y transición de la atención médica .....	101
Transición de la atención médica de Medicamentos recetados.....	102
Salud conductual y continuidad de la atención médica .....	102
Cambios a la Inscripción .....	102
Cambios en su Plan de GlobalHealth .....	103
Terminación de la cobertura .....	103
Continuación de la cobertura.....	105
Privilegio de conversión .....	106
Si usted está en el Hospital cuando se cancela la cobertura .....	106
Insolvencia .....	106

<b>Reclamos Y PAGO .....</b>	<b>107</b>
Responsabilidad del pago .....	107
Facturación del saldo por un Proveedor fuera de la red .....	107
Si recibe una factura.....	108
Salud conductual y atención médica .....	108
Medicamentos recetados .....	108
Cuando está cubierto por más de un Plan .....	109
COB de la cobertura médica y de salud conductual.....	109
COB de la Cobertura de medicamentos recetados .....	110
Su Plan de GlobalHealth y Medicare .....	111
La responsabilidad de terceros .....	111
Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation).....	111
Tercero.....	111
Notificar a GlobalHealth .....	111
Si su reclamo es denegado .....	112
Recuperación de pagos de Reclamos .....	112
<b>APELACIONES Y QUEJAS FORMALES .....</b>	<b>113</b>
Quejas y Quejas formales.....	113
Apelaciones de atención médica y salud conductual .....	113
Revisión exhaustiva y justa.....	114
Proceso inicial de las Apelaciones .....	114
Apelación Expeditiva.....	115
Revisión externa .....	115
Revisión externa expeditiva .....	116
Avisos.....	116
Designación de representante autorizado.....	117
Apelaciones de Medicamentos recetados .....	117
Preguntas sobre las Apelaciones .....	117
<b>PROGRAMAS ESPECIALES.....</b>	<b>118</b>
Gestión de la atención médica .....	118
Gestión de casos complejos .....	118
Programa de prevención de la diabetes .....	119
Control de enfermedades.....	119
Programa de gestión de terapias farmacológicas .....	119
Programa de difusión prenatal .....	120
QIP .....	121
NCQA.....	121

Le ayudamos a tener una vida saludable .....	125
Línea de enfermería 24/7 .....	125
GlobalHealth.com .....	125
Directrices de práctica clínica.....	126
Dejar el tabaco .....	126
<b>DIVULGACIONES Y AVISOS LEGALES .....</b>	<b>129</b>
Voluntades anticipadas .....	129
¿Quién puede tener un documento de voluntades anticipadas? .....	129
Información útil.....	129
Derechos de la cobertura de continuación de COBRA.....	129
Avisos de divulgación de cobertura acreditable .....	133
Aviso de divulgación de cobertura acreditable de Miembros elegibles para Medicare .....	133
Derechos de la ley ERISA .....	135
Fraude y Abuso.....	136
Cómo reportar Fraudes y Abusos .....	137
Renovabilidad garantizada .....	137
Aviso de Medicaid y CHIP.....	138
Derechos y Responsabilidades del Miembro.....	139
Sus derechos .....	139
Sus responsabilidades.....	139
MHPAEA .....	140
Cobertura esencial mínima y Estándar de valor mínimo .....	141
Cobertura esencial mínima .....	141
Estándar de valor mínimo.....	141
Aviso de no discriminación .....	141
Sección 1557 del procedimiento de Quejas formales de la ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio .....	141
Aviso de protección proporcionada por la Asociación de Garantía de Seguros Médicos y Vida de Oklahoma .....	143
PII .....	144
Aviso de la ley Gramm-Leach-Bliley ("GLBA").....	144
PHI.....	147
Aviso de prácticas de privacidad ("NPP").....	147
Divulgación de la información PHI a los patrocinadores del Plan .....	152
Derechos en virtud de la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos .....	153
Subrogación, recuperación de terceros y reembolso.....	153
Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer .....	160

**Preguntas frecuentes..... 162**  
**ACRÓNIMOS ..... 165**  
**GLOSARIO ..... 167**

# INTRODUCCIÓN

## Información importante

GlobalHealth, Inc. ("GlobalHealth") es un seguro médico de oferta restringida ("HMO"). Los HMO cubren el tratamiento de enfermedades y lesiones, pero hacen hincapié en la [Medicina preventiva](#). Con nosotros obtiene una amplia gama de servicios para satisfacer sus necesidades de atención médica.

### Documentos del [Miembro](#)

Este *Manual del miembro* se aplica a usted si se inscribió en el [Plan](#) de Empleados Estatales, de Educación y del Gobierno Local.

El completo manual del [Miembro](#) tiene tres folletos. Cada uno tiene un propósito diferente. **Estos documentos son documentos legales importantes. Guárdelos en un lugar seguro.**

Folleto	Finalidad
<i>Manual del miembro para Empleados Estatales, de Educación y del Gobierno Local ("Manual del miembro")</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le informa sobre sus beneficios.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Qué beneficios están cubiertos y cuánto pagará.</li><li>○ Cómo están cubiertos (incluidas las limitaciones y exclusiones).</li><li>○ Cómo usarlos.</li></ul></li></ul>
<i>Directorio de médicos y proveedores de salud ("Directorio de proveedores")</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contiene nuestra <a href="#">Red</a> de médicos, <a href="#">Centros</a> y farmacias.</li><li>• Le informa de si un <a href="#">Centro</a> es preferido o no.</li></ul>
<i>Lista de medicamentos del formulario para Empleados Estatales, de Educación y del Gobierno Local ("Formulario de medicamentos" o "<a href="#">Formulario</a>")</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contiene los medicamentos que cubrimos.</li><li>• Le informa del <a href="#">Grado</a> al que pertenece cada medicamento,</li><li>• y de si existen reglas para obtener el medicamento.</li></ul>

Para aprovechar al máximo sus beneficios, es importante que comprenda cómo funcionan. Lea cuidadosamente los folletos. Muchas de las secciones están interrelacionadas. Leer solo algunas partes puede confundirle. Si no sigue las reglas, es posible que tenga que pagar por recibir atención médica que por lo general cubrimos. Es responsabilidad suya comprender los términos y condiciones.

- Cuando en los folletos aparece "nosotros", "a nosotros" o "nuestro", se refiere a GlobalHealth,

Inc.

- En el glosario se indica el significado de las palabras o frases que comienzan con una letra mayúscula.
- En la lista de acrónimos se indica el significado de las abreviaturas.
- Los hipervínculos llevan directamente al glosario, la lista de siglas, una sección específica de este *Manual del miembro* o un documento específico.

A menos que específicamente le indiquemos lo contrario:

- "Horas" significa horas de reloj.
- "Días" significa días naturales.
- "Meses" significa meses naturales consecutivos. Contamos los meses desde la última vez que recibió el servicio, no la fecha del mes.
- "Año" significa año natural.

Puede ver e imprimir estos folletos en línea. Necesitará el número de identificación grupal para consultar los documentos de su [Plan](#). Aparece en su tarjeta de identificación de [Miembro](#).

El *Directorio de proveedores y el Formulario de medicamentos* se actualizan de vez en cuando. Encontrará los folletos más recientes en línea. Las copias impresas corresponden a la fecha que se muestra en la portada.

Hable con su empleador sobre los documentos de otros beneficios que pueda tener.

Formularios, herramientas y recursos:

Además de los folletos de su completo manual del [Miembro](#), nuestro sitio web dispone de formularios y herramientas para ayudarle.

- [Declaración Jurada de Matrimonio de Ley Común](#)
- Formulario de [Inscripción en Gestión de casos](#) y enfermedades
- Solicitud de tarjeta de identificación de [Miembro](#)
- [Derechos y responsabilidades del Miembro](#)
- [Aviso de Prácticas de privacidad](#)
- *Formulario de solicitud de selección/cambio de PCP*
- Información sobre el programa [QIP](#)
- Herramientas de autocontrol
- *Resumen de beneficios y cobertura*
- Transición de formas de atención médica
- Información sobre bienestar

### **Accesibilidad y servicios de traducción**

Le brindamos la información que necesita para obtener cobertura o utilizar los servicios en un lenguaje sencillo, sin cargo alguno.

### La discriminación es ilegal

Cumplimos con las leyes de derechos civiles y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente.

<b>Necesidad</b>	<b>Servicio</b>
<b>Vivir con discapacidades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proporcionamos ayudas y servicios gratuitos si los necesita para comunicarse de manera efectiva con nosotros.</li></ul>

Necesidad	Servicio
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los materiales de nuestro sitio web son accesibles para personas con discapacidades visuales. Proporcionamos información escrita en otros formatos.</li> <li>Los <a href="#">Miembros</a> con problemas de audición pueden usar el número de TTY. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</li> </ul>
<b>Dominio limitado del inglés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ofrecemos el servicio de intérpretes médicos en más de 150 idiomas.</li> <li>Puede solicitar documentos y formularios escritos en otros idiomas.</li> </ul>

Si considera que no le hemos prestado estos servicios o que ha sido víctima de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una [Queja formal](#).

Método de contacto	Información de contacto
<b>Correo</b>	GlobalHealth, Inc. ATTN: Compliance Attorney 210 Park Avenue, Ste 2800 Oklahoma City, OK 73102-5621
<b>Fax</b>	(405) 280-5894
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:compliance@globalhealth.com">compliance@globalhealth.com</a>

Puede presentar una [Queja formal](#) en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si precisa asistencia para presentar una [Queja formal](#), podemos ayudarle. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (*U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights*) electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

Método de contacto	Información de contacto
<b>Por teléfono</b>	1-800-368-1019 (llamada gratuita) 800-537-7697 (TDD)
<b>Correo</b>	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201

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

Para obtener más información, consulte "[Sección 1557 del Procedimiento de Quejas de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio](#)" en la página 124.

Para obtener ayuda con otros tipos de quejas y [Quejas formales](#), consulte "[Apelaciones y quejas formales](#)" en la página 99.

### Obtenga atención médica

A continuación, se describe brevemente cómo usar los beneficios de GlobalHealth.

Paso	Qué hacer
1	<p>Elija un <a href="#">PCP</a>. Para obtener más información, consulte "<a href="#">Red de proveedores</a>" en la página 16 y siguientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada miembro de la familia puede elegir un <a href="#">PCP</a> diferente.</li> <li>• Puede elegir un pediatra para su hijo.</li> <li>• Puede cambiar de <a href="#">PCP</a> en cualquier momento durante el año. El cambio de <a href="#">PCP</a> es efectivo el mismo día que lo hace. Si necesita acudir a un <a href="#">PCP</a> antes de recibir su nueva tarjeta de identificación de <a href="#">Miembro</a>, contáctenos.</li> </ul>
2	<p>Consulte primero a su <a href="#">PCP</a> para obtener toda la atención médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Su <a href="#">PCP</a> coordinará y gestionará su atención médica.</li> <li>• Pregúntele qué <a href="#">Servicios preventivos</a> son adecuados para usted.</li> <li>• Para recibir <a href="#">Atención médica de urgencia</a> el mismo día, llame al consultorio de su <a href="#">PCP</a> para obtener instrucciones médicas.</li> <li>• Si necesita la atención fuera del horario de oficina, puede autorreferirse a un centro de <a href="#">Atención médica de urgencia</a>.</li> <li>• Cuando se trate de una emergencia, acuda a la <a href="#">ER</a> del <a href="#">Hospital</a> más cercano o llame al 911.</li> </ul>
3	<p>Para acudir a un <a href="#">ESPECIALISTA</a>, necesitará una <a href="#">Referencia</a>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si necesita atención especializada, su <a href="#">PCP</a> o <a href="#">BHP</a> nos enviará una <a href="#">Referencia</a>.</li> <li>• Se requiere una <a href="#">PA</a> de nuestra parte.</li> <li>• Cuando sea aprobada, le enviaremos una carta por correo.</li> <li>• Haga su cita con el <a href="#">Especialista</a> como se indique en la carta.</li> <li>• Tras la visita inicial, el <a href="#">Especialista</a> puede enviar <a href="#">Referencias</a> para procedimientos y atención médica de seguimiento.</li> </ul>
4	<p>Para acudir al <a href="#">HOSPITAL</a>, necesita una <a href="#">Referencia</a>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se requiere una <a href="#">Referencia</a> y una <a href="#">PA</a> para estadías programadas. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuando se apruebe, le enviaremos una carta de autorización.</li> <li>○ Acuda únicamente al <a href="#">Hospital</a> que figure en la carta.</li> </ul> </li> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a> para estadías relacionadas con el parto o la <a href="#">Sala de emergencias</a>.</li> </ul>
5	<p>Usted se puede AUTORREFERIR en los siguientes casos de atención médica (sin necesidad de <a href="#">Referencia</a>) o <a href="#">PA</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Atención médica de urgencia</a> fuera del horario de oficina o fuera de su área</li> <li>• Atención de salud conductual</li> <li>• Anteojos o lentes de contacto</li> <li>• Evaluaciones de fisioterapia</li> <li>• Exámenes periódicos de la vista</li> <li>• Mamografías periódicas</li> <li>• Servicios de la especialidad de <a href="#">OB/GYN</a></li> </ul>

En general, los servicios de [Paciente ingresado](#) y ciertos servicios de [Paciente ambulatorio](#) deben estar autorizados previamente. Usted no tiene que obtener una [PA](#) para recibir [Servicios de emergencia](#), estadías en relación con el parto o servicios de autorreferencia. Si recibe otro servicio de atención médica sin una [Referencia](#) autorizada, usted tendrá que pagarlo. Deberá acudir a [Proveedores de la red](#) para recibir los servicios que no sean de emergencia. Usted puede acudir a cualquier [ER](#), pero el [Proveedor](#) le podrá enviar una factura si acude a una [ER](#) excluida de la [Red](#). Consulte "[Facturación del saldo por un proveedor fuera de la red](#)" en la página 94.

## Tarjetas de identificación del [Miembro](#)

Le enviaremos una tarjeta de identificación de [Miembro](#) al comienzo de su nuevo año. Su tarjeta de GlobalHealth es la llave de todos sus beneficios. Llévela siempre con usted.

Al hacer una cita con su [PCP](#), infórmeles de que es [Miembro](#) de GlobalHealth. Muestre su tarjeta de identificación de [Miembro](#) cada vez que reciba atención médica. Contiene información importante sobre sus beneficios.

### Tenga en cuenta lo siguiente:

- Los servicios son para su beneficio personal. Nunca preste sus tarjetas a otra persona. Sus beneficios no pueden ser compartidos.
- Proteja sus tarjetas. Si se pierden o son robadas, infórmenos de inmediato. Le enviaremos nuevas tarjetas sin cargo. Deberá recibir las tarjetas nuevas o adicionales en las dos semanas posteriores a la recepción de su solicitud.
- Su tarjeta de identificación de [Miembro](#) es válida solo mientras permanezca inscrito en el [Plan](#). Tener una tarjeta no garantiza recibir beneficios.

Lea la información de su tarjeta de identificación de [Miembro](#) para asegurarse de que todo sea correcto, incluido el nombre de su [PCP](#). Comuníquese con nosotros en caso de que:

- La información sea incorrecta.
- Necesite ordenar una nueva tarjeta.
- Tenga preguntas sobre su tarjeta.

Información	Muestra
<p>Frente de la tarjeta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Número de identificación de cobertura</li> <li>2. Número de identificación del grupo</li> <li>3. <b>Número de identificación de <a href="#">Miembro</a></b></li> <li>4. El <a href="#">PCP</a> seleccionado</li> <li>5. Número de teléfono del <a href="#">PCP</a></li> <li>6. Fecha <b>en que puede empezar a acudir al <a href="#">PCP</a></b></li> <li>7. Código de parentesco con el <a href="#">Suscriptor</a></li> <li>8. <a href="#">Copago</a> e información de los beneficios</li> </ol>	 <p>Pre-authorization required. See back of card for instructions.</p> <p>GlobalHealth</p> <p>COVERED ID: 123456 CVG EFFECTIVE DATE: 4/25/22 GROUP#: 12345</p> <p>12345678900, DOB: [REDACTED] PCP: J. SMITH 12345678900 Johnathan Smith DOB: 03/12/1976 PCP Name: Johnathan Smith</p> <p>(Health) (Prescription - Retail) RxGRP JJ2A PCP / SPEC / ER Gen / Brand / Non-Formulary EXPRESS SCRIPTS* RxBIN 003858 / / \$50 / / \$50 / HPID CARD ISSUANCE RxCN A4</p>
<p>Reverso de la tarjeta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qué hacer en caso de una emergencia que ponga en peligro la vida</li> <li>2. Información útil y de <a href="#">Atención médica de urgencia</a></li> <li>3. Cómo comunicarse con nosotros, incluido el número de teléfono, el horario de oficina y la dirección para presentar <a href="#">Reclamos</a></li> </ol>	 <p>IN AN EMERGENCY PROCEED TO THE NEAREST EMERGENCY ROOM OR CALL 911. Call your health plan within 48 hours.</p> <p>GlobalHealth Customer Care: 1-877-280-5600 (TOLL-FREE) 1-405-280-5600 (LOCAL) 711 (TTY) www.globalhealth.com Send Claims or other inquires to: P.O. Box 2328 Oklahoma City, OK 73101-2328</p> <p>PHCS Outside Your Service Area Customer Care: 1-866-274-1612 (MEMBERS) 1-800-824-0898 (PHARMACIES USE) 1-800-899-2114 (TTY/TDD) Send pharmacy claims to: Express Scripts, Inc. P.O. Box 66583 St. Louis, MO 63166</p> <p>Express Scripts*</p> <p>Healthcare Providers - This card is for member identification and does not guarantee eligibility. Other than emergency care and urgently needed care, non-PCP and non-plan providers must have specific advance authorization from GlobalHealth.</p>

## Reciba ayuda

Si tiene preguntas, póngase en contacto con Atención al cliente. Nuestro equipo de representantes puede responder preguntas como estas:

- ¿Cómo puedo obtener sin costo copias impresas de documentos o formularios?
- ¿Cuáles son mis beneficios y cómo funcionan? ¿Cuánto tengo que pagar?
- ¿A qué médicos y [Hospitales](#) puedo acudir?
- ¿Cómo puedo presentar un [Reclamo](#) o una [Apelación](#)?
- ¿Por qué recibí una carta o factura por correo? ¿Cuál es el motivo?
- ¿Cómo puedo inscribirme en uno de los [Programas especiales](#)?
- ¿Cómo puedo acceder a MyGlobal®?
- ¿Cómo puedo cambiar de [PCP](#)?
- ¿Cómo va la tramitación de mi [Referencia](#)?

En este folleto se indica si necesita contactar a otra persona. Por ejemplo, deberá llamar a Magellan Rx Management, LLC ("Administración de Magellan Rx") si tiene preguntas sobre el pedido por correo de [Medicamentos recetados](#).

## Pasos para mejorar la calidad y la seguridad de su atención médica

Paso	Qué hacer
1	Si es nuevo en GlobalHealth, acuda a su <a href="#">PCP</a> a principios del año para establecer la relación con su médico. Pida que se envíe su historia clínica a su nuevo <a href="#">PCP</a> .
2	Acuda a su <a href="#">PCP</a> al menos una vez al año. Reciba servicios de <a href="#">Medicina preventiva</a> . Consulte " <a href="#">Beneficios de la medicina preventiva</a> " en la página 71.
3	Escriba sus preguntas antes de acudir al médico.
4	Haga preguntas si tiene dudas o inquietudes sobre el tratamiento.
5	Haga una lista de todos los medicamentos que toma y llévela a sus citas. Incluya los medicamentos y suplementos <a href="#">OTC</a> . Su <a href="#">PCP</a> podrá informarle de las posibles interacciones farmacológicas. Haga preguntas sobre los medicamentos que le receten: cuándo y cómo tomarlos, si tienen efectos secundarios y qué cosas hay que evitar mientras los esté tomando.
6	Obtenga los resultados de cualquier prueba o procedimiento.
7	Asegúrese de comprender qué sucederá si necesita cirugía.
8	Hable con su médico sobre todas las opciones terapéuticas. Hable de qué opción le recomienda el médico y por qué. Asegúrese de comprender qué consecuencias tiene dejar sin tratamiento alguna condición médica.
9	Asegúrese de que su <a href="#">PCP</a> reciba copia de la historia clínica que tengan otros médicos o <a href="#">Centros</a> donde usted reciba atención.

# RED DE PROVEEDORES

Usted deberá acudir prácticamente siempre a los [Proveedores de la red](#). Tenemos a su disposición una amplia [Red](#) de [PCPs](#), [Especialistas](#), y [Centros](#). Los [Proveedores](#) siguen prácticas médicas generalmente aceptadas cuando recetan un [Tratamiento](#).

<u>Tipo de Proveedor</u>	<u>Ejemplos</u>
<b>Agencias</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención médica domiciliaria</li><li>• Enfermos terminales</li></ul>
<b><u>Centros</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="#">Hospital</a></li><li>• Laboratorio</li><li>• Centro de imágenes</li><li>• <a href="#">Centro Ambulatorio</a></li><li>• Farmacia</li><li>• <a href="#">Centro especializado de enfermería</a></li><li>• <a href="#">Centro de Atención médica de urgencia</a></li></ul>
<b>Médicos y <u>Profesionales de la salud</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="#">BHP</a></li><li>• Grupo médico</li><li>• <a href="#">PCP</a></li><li>• <a href="#">Especialista</a></li><li>• Otro profesional de la salud (por ejemplo, asociado médico, enfermera practicante, etc.)</li></ul>
<b>Proveedores</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proveedor de <a href="#">DME</a></li></ul>

Los [Proveedores de la red](#) no son empleados, agentes ni otros representantes legales de GlobalHealth. Eso significa, entre otras cosas, que no existe una relación empleador/empleado entre GlobalHealth y sus [Proveedores de la red](#), y viceversa.

En situaciones muy restringidas, usted podría recibir atención médica de [Proveedores](#) no incluidos en nuestra [Red](#).

Aviso: Aunque es posible que se le presten o hayan prestado servicios de atención médica en un [Centro](#) perteneciente a la [Red de proveedores](#) utilizada por su [Plan](#) de beneficios de salud, se le podrían prestar o haber prestado otros servicios profesionales en dicho [Centro](#) o a través del mismo por parte de médicos y otros [Proveedores](#) de atención médica que no son miembros de esa [Red](#). Es por tanto posible que usted sea responsable del pago de una parte o la totalidad de los cargos por esos servicios profesionales que su [Plan](#) de beneficios de salud no cubre o no paga.

Consulte "[Facturación del saldo por un proveedor fuera de la red](#)" en la página 94.

## **Cambios en la [Red](#)**

El motivo para inscribirse en un seguro HMO debe ser porque le gustan los beneficios de ese [Plan](#), no porque un determinado médico esté disponible.

- No podemos garantizar que un médico, [Hospital](#) u otro [Proveedor](#) permanezcan contratados.
- No podemos garantizar que una farmacia permanecerá contratada con nuestro administrador de beneficios de farmacia, Magellan Rx Management.

- Los [Centros](#) pueden cambiar de condición "preferido" a "no preferido" durante el año.
- Usted no puede cambiar de [Plan](#) a mitad de año porque un [Proveedor](#) abandone nuestra [Red](#) o se vuelva no preferido.

Para obtener más información, consulte "[Médicos que abandonan la Red](#)" en la página 22.

## Directorio de [Proveedores](#)

El *Directorio de Proveedores* incluye la lista de médicos, [Centros](#), farmacias y proveedores pertenecientes a la [Red](#). Se indica qué médicos están aceptando nuevos pacientes. Contáctenos si detecta algún error en nuestro *Directorio de proveedores*.

### [BHPs](#)

La [Red](#) incluye:

- [BHCM](#);
  - [Hospital](#), [Hospital](#) psiquiátrico;
  - Psicólogo Clínico con Licencia;
  - [LADC](#);
  - [LBP](#);
  - [LCSW](#);
  - [LMFT](#);
  - [LPC](#);
  - [Especialista](#) en Enfermería Clínica
- Psiquiátrica;
  - Psiquiatra - [Especialista](#) en medicina infantil, adolescente, adulta, geriátrica y adicciones;
  - Psicólogo;
  - [RTC](#); y
  - Otros [Centros](#) y profesionales de salud mental según lo permitido por la ley estatal.

### [Proveedores de Servicios médicos](#)

Actualizamos nuestra lista de [Proveedores](#) en línea al menos una vez por semana.

Busque médicos por nombre y apellido, condado y código postal. Puede restringir su búsqueda por [Red](#), especialidad, afiliación clínica o idiomas hablados. Haga clic en el nombre del médico para ver datos como:

- Aceptación de nuevos pacientes.
- Certificación del consejo;
- Sexo;
- Afiliación a un [Hospital](#);
- Idiomas hablados;
- Ubicación(es) del consultorio;
- Afiliación del grupo médico (si corresponde);
- Especialidad; y
- Número(s) de teléfono.

Puede buscar por tipo de [Centro](#).

- Algunos tipos de [Centros](#) le informan de si tendrá que hacer un [Copago](#) de [Centro preferido](#) o de [Centro no preferido](#). El centro podría ser parte de un [Hospital](#). Por ejemplo:
  - Centros de cirugía [Ambulatoria](#).
  - Centros de imágenes.
- Otros [Centros](#) podrían o no estar incluidos en nuestra [Red](#). No son ni preferidos ni no preferidos. Usted paga el único [Copago](#) indicado. Por ejemplo:
  - Departamentos de [ER](#)
  - [Hospitales](#) de [Pacientes ingresados](#).

## Redes de farmacias

Dispone de diferentes formas de obtener sus medicamentos recetados. Su [Costo compartido](#) puede variar dependiendo del lugar donde surta la receta. Limitamos los lugares donde puede obtener un medicamento cuando:

- La [FDA](#) permite que solo ciertos [Centros](#) o médicos distribuyan el medicamento; o
- El medicamento requiere:
  - Control especial;
  - Coordinación de [Proveedores](#); o
  - Educación del paciente que una farmacia minorista no puede realizar.

En caso de que su farmacia abandone la [Red](#), le avisaremos antes de que ocurra. Tendrá que elegir otra farmacia que pertenezca a la [Red](#).

<b>Tipo de farmacia</b>	<b>Descripción</b>
<b>Farmacias minoristas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Obtenga un surtido de hasta 30 días. Surta sus medicamentos una vez por mes. Para las gotas para los ojos recetadas, hay surtidos disponibles después de que se haya usado el 70% de las unidades de dosificación de acuerdo con las instrucciones, o 21 días después de recibir el surtido original o el más reciente de la receta (si esta dispone de más surtidos).</li><li>• El <i>Directorio de proveedores</i> indica las farmacias minoristas pertenecientes a la <a href="#">Red</a>.</li><li>• Le informamos de las farmacias que están abiertas las 24 horas.</li></ul>
<b>Servicio de farmacia a domicilio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Obtenga surtidos de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento (medicamentos que toma regularmente para una <a href="#">Enfermedad crónica</a>). Un solo surtido cada tres meses. *Si el surtido ordenado es de menos de 90 días, usted paga igual el <a href="#">Costo compartido</a> de entrega a domicilio. Su <a href="#">Proveedor</a> debe recetar el medicamento como surtido de 90 días.</li><li>• Magellan Rx Pharmacy se los envía por correo. Los medicamentos los recibirá en un plazo de 7 a 10 días desde la recepción de la orden.</li><li>• Dependiendo de cuál sea el <a href="#">Grado(s)</a> de sus medicamentos, podría obtener un descuento.</li><li>• Contacte a Magellan Rx Management al 1-800-424-1789 para saber cómo usar este servicio. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.</li></ul>
<b>Farmacias minoristas de surtido extendido</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Obtenga surtidos de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento (medicamentos que toma regularmente para una <a href="#">Enfermedad crónica</a>). Un solo surtido cada tres meses. *Si el surtido ordenado es de menos de 90 días, usted paga igual el <a href="#">Costo compartido</a> de surtido extendido. Su <a href="#">Proveedor</a> debe recetar el medicamento como surtido de 90 días.</li><li>• En el <i>Directorio de proveedores</i> se indican las farmacias minoristas de surtido extendido pertenecientes a la <a href="#">Red</a>.</li><li>• Se informa de las farmacias que ofrecen surtidos extendidos.</li></ul>
<b>Medicamentos por correo del centro farmacéutico Chickasaw Nation Refill Center</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Obtenga un surtido de 30 días o de 90 días. Su médico puede prescribirle las recetas para una u otra opción.</li><li>• Chickasaw Nation Refill Center es una farmacia minorista propiedad de nativos americanos en Oklahoma. Proporciona <a href="#">Medicamentos</a></li></ul>

Tipo de farmacia	Descripción
	<p><a href="#">recetados</a> a los nativos americanos. Aunque su cónyuge no sea nativo americano también está cubierto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete el formulario de <i>Inscripción del paciente en el Programa de beneficios de medicamentos recetados de los nativos americanos (Native American Prescription Benefit Program)</i> en nuestro sitio web y envíelo a Chickasaw Nation Refill Center. Deberá adjuntar al formulario prueba de condición de nativo americano en una de las tribus reconocidas a nivel federal. Una vez inscrito, podrá obtener descuentos en el <a href="#">Costo compartido</a>.</li> <li>• Chickasaw Nation Refill Center le informará de qué <a href="#">Participación en el costo</a> le corresponde al solicitar el surtido de una receta. Los medicamentos se envían directamente a su domicilio o lugar designado.</li> <li>• Servicios en línea disponibles en <a href="http://cnrefillcenter.net">cnrefillcenter.net</a>.</li> <li>• Llame al 1-855-478-8725 si tiene preguntas.</li> </ul>
<b>Farmacias especializadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenga un surtido de hasta 30 días. Surta sus medicamentos una vez por mes.</li> <li>• Magellan Rx Specialty Pharmacy surtirá sus <a href="#">Medicamentos especiales</a> y se los enviará por correo.</li> <li>• Contacte a Magellan Rx Management para obtener información sobre medicamentos especiales llamando al 1-800-424-1789.</li> <li>• Usted paga el <a href="#">Costo compartido</a> de la visita si su médico se lo entrega.</li> <li>• Usted paga el <a href="#">Costo compartido</a> de los <a href="#">Medicamentos especiales</a> si los toma en casa.</li> </ul>
<b>Farmacias de la <a href="#">Red</a> que administran vacunas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede acudir a algunas farmacias para recibir sin costo sus vacunas preventivas cubiertas.</li> <li>• Le informamos de qué farmacias ofrecen este servicio.</li> </ul>

\*Usted paga una cantidad prorrateada por los medicamentos cuya fecha de surtido se cambie para hacerla coincidir con los demás medicamentos que toma, sujeto a las siguientes reglas:

- Permitido solo una vez al año para medicamento de mantenimiento.
- Los medicamentos no pueden ser de las listas II, III y IV.
- Deben ser medicamentos que puedan dividirse de manera segura en surtidos de poco tiempo.

### Búsqueda en línea

Paso	Qué hacer
1	Seleccione su <a href="#">Red</a> o tipo de <a href="#">Plan</a> – Red Estatal de GlobalHealth. O ingrese el número de grupo que aparece en su tarjeta de identificación de <a href="#">Miembro</a> .
2	Elija un método de búsqueda.
3	Seleccione el tipo de <a href="#">Proveedor</a> que está buscando.
4	Restrinja su búsqueda si obtiene demasiados resultados.

### [PCP](#)

Su [PCP](#) es la persona a quien usted acudirá en primer lugar para recibir atención médica. En la mayoría de los casos, su [PCP](#) podrá resolver su problema médico.

## **Elija un [PCP](#)**

Dé comienzo a su atención médica con la elección de un [PCP](#) de la lista que viene en el *Directorio de proveedores*. Nuestros [PCPs](#) incluyen médicos entrenados en:

- Medicina de familia;
- Medicina general;
- Medicina Interna; y
- Pediatría.

Tiene total libertad para elegir médico. Elija cualquier [PCP](#) de nuestra [Red](#) que acepte nuevos [Miembros](#). Cada miembro de la familia puede tener un [PCP](#) distinto. Puede elegir un pediatra para sus hijos.

Aunque tiene acceso directo a su [OB/GYN](#) y [BHP](#), ellos no son su [PCP](#). Deberá elegir un [PCP](#) para coordinar la atención médica que no es competencia de ellos.

La relación que establezca con su [PCP](#) es importante. Debe ser abierta y haber confianza. Le recomendamos que elija un [PCP](#) cerca de su casa o trabajo. Tener un [PCP](#) cerca facilita mucho la atención médica.

Si usted no elige un [PCP](#), le asignaremos uno. Nuestro sitio web contiene la lista actual de [PCPs](#).

## **Establezca su atención médica**

Una vez elegido el [PCP](#), trate de hacer una cita en los primeros 30 días.

- Informe al personal de que usted es nuevo en GlobalHealth o en el consultorio del médico. Necesitan preparar la documentación para su historia clínica.
- Solicite que sus [Proveedores](#) anteriores envíen su historia clínica antes de su primera visita. Consulte "[Historia clínica](#)" en la página 25.
- Informe de toda atención especializada que esté recibiendo. Consulte "[Continuidad y/o transición de la atención médica](#)" en la página 88.
- Informe de sus medicamentos – cuáles son, para qué sirven y cuáles necesita surtir. Si alguno de sus medicamentos no está en nuestro [Formulario](#), sepa qué opciones tiene. Consulte "[Transición de la atención médica con medicamentos recetados](#)" en la página 89.
- Hable de las pruebas de [Medicina preventiva](#) que sean adecuadas para usted. Es posible que le hagan algunas [Pruebas de detección](#) durante esta visita. Es posible que deba programar otras visitas de [Medicina preventiva](#).

## **Programar citas periódicas**

Llame al consultorio de su [PCP](#) cuando esté listo para programar una cita. Su tarjeta de identificación de [Miembro](#) incluye el número telefónico.

- Llame con anticipación para las visitas periódicas, por enfermedad o de seguimiento. Esto le dará a usted y a su [PCP](#) el tiempo suficiente para hablar de las necesidades que tenga.
- Haga una cita para su visita periódica de adulto o de niño sano a principios del año para recibir o programar sus servicios de [Medicina preventiva](#).
- Haga y acuda a las visitas de seguimiento si tiene alguna [Enfermedad crónica](#), como presión arterial alta o asma.
- Escriba una lista de preguntas antes de acudir al consultorio.
- Muestre su tarjeta de identificación de [Miembro](#) en cada visita.
- Si su [PCP](#) ordena pruebas, muestre su tarjeta de identificación de [Miembro](#) cuando acuda a hacerse las pruebas.

- Si debe cancelar una cita, llame a su médico tan pronto como pueda.

### **Cuando necesite atención médica inmediata**

Llame a su [PCP](#). Si el médico no está disponible para una cita urgente, es posible que le envíe a un [Centro de Atención médica de urgencia](#). Consulte "[Atención médica de urgencia](#)" en la página 23.

### **Consultas**

Su médico puede hablar de situaciones médicas especiales con sus colegas. El equipo médico comparte conocimientos y experiencias para recomendar la mejor atención médica para usted. Actúan de acuerdo con las leyes de privacidad estatales y federales.

### **Cambio de [PCP](#)**

Puede cambiar de [PCP](#) por cualquier motivo. El cambio es inmediato. Contáctenos para:

- Cambiar de [PCP](#). El formulario también está disponible en nuestro sitio web.
- Obtener ayuda para cambiar de un médico de atención infantil a un médico de atención de adultos.
- Acudir a su [PCP](#) antes de obtener su nueva tarjeta de identificación de [Miembro](#).

Recomendamos no cambiar de [PCP](#) si supone un perjuicio para usted. Por ejemplo:

- Usted es un candidato para trasplante de órganos.
- Usted está recibiendo atención médica activa.
- Se encuentra en el tercer trimestre de su embarazo.

No podemos permitirle hacer el cambio si el nuevo [PCP](#):

- No está aceptando nuevos pacientes; o
- No está en nuestra [Red](#).

Tendrá que elegir otro [PCP](#).

## **Servicios de autorreferencia**

Su [PCP](#) coordina la mayoría de los [Servicios cubiertos](#) que usted recibe como [Miembro](#) de GlobalHealth, pero existen algunas excepciones. Consulte en el cuadro siguiente la lista de estos servicios.

- No necesita una [Referencia](#) de su [PCP](#) para acudir. No necesita una [PA](#) de GlobalHealth.
- Usted paga el [Copago](#), si corresponde, por servicios no preventivos.
- Debe acudir a un [Proveedor de la red](#). Usted paga por la atención médica de un [Proveedor fuera de la red](#).
- Consulte "[Requisitos de cobertura](#)" en la página 35.

Ayude a su [PCP](#) a manejar su atención médica. Asegúrese de que su [PCP](#):

- Reciba los resultados de los exámenes o pruebas. Consulte "[Historia clínica](#)" en la página 25;
- y
- Reciba la lista de nuevas recetas que le hayan prescrito.

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>
<b>Exámenes de la vista</b>	Puede ir a un optometrista para un examen periódico de la vista cada año. Consulte " <a href="#">Beneficios ópticos</a> " en la página 78.

Servicio	Descripción
<b>Lentes</b>	Puede acudir a un <a href="#">Proveedor</a> de lentes para que le proporcione sus anteojos o lentes de contacto. Consulte " <a href="#">Beneficios ópticos</a> " en la página 78.
<b>Mamografías</b>	Puede acudir a un centro de imágenes para hacerse su mamografía periódica. Consulte <a href="#">Mamografía</a> en la página 55.
<b>Servicios de salud mental/consumo de sustancias</b>	Puede acudir a un terapeuta, consejero o psicólogo para realizarse evaluaciones, terapias y pruebas. Consulte " <a href="#">Beneficios de salud conductual</a> " en la página 36.
<b>Servicios de <a href="#">OB/GYN</a></b>	<p>Puede consultar a un profesional de la salud especializado en obstetricia o ginecología.</p> <p>El <a href="#">Proveedor</a> debe cumplir con los procedimientos, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir el proceso de <a href="#">Referencias</a>;</li> <li>• Obtener una <a href="#">PA</a> para algunos servicios, como pruebas de Papanicoláu no periódicas; y</li> <li>• Seguir el <a href="#">Tratamiento</a> autorizado.</li> </ul> <p><u>Servicios de anticoncepción:</u> Usted tiene acceso directo a su <a href="#">PCP</a> u <a href="#">OB/GYN</a> para recibir servicios de anticoncepción. Consulte <a href="#">Servicios de anticoncepción</a> en la página 46.</p> <p><u>Maternidad:</u> Usted tiene acceso directo a su <a href="#">OB/GYN</a> para recibir toda su atención de maternidad – prenatal, parto y postnatal. Consulte <a href="#">Atención de maternidad y recién nacidos</a> en la página 55.</p> <p><u>Examen ginecológico:</u> Para ver la lista de <a href="#">Servicios preventivos</a> relacionados con su examen ginecológico, consulte <a href="#">Beneficios para la mujer</a> en la página 73.</p> <p><u>Otros servicios:</u> Usted tiene acceso directo a su <a href="#">OB/GYN</a>. Este profesional puede realizar cualquier <a href="#">Servicio cubierto</a> que corresponda a su especialidad.</p>
<b>Fisioterapia</b>	<p>Puede acudir a un fisioterapeuta para que solo le haga una evaluación. El terapeuta debe cumplir con los procedimientos, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir el proceso de <a href="#">Referencias</a>;</li> <li>• Obtener una <a href="#">PA</a> por un período de hasta 30 días de terapia; y</li> <li>• Seguir el <a href="#">Tratamiento</a> autorizado.</li> </ul> <p>Consulte <a href="#">Fisioterapia</a> en la página 61.</p>
<b><a href="#">Atención médica de urgencia</a></b>	<p>En primer lugar, llame a su <a href="#">PCP</a> durante el horario de oficina. Pero si el consultorio de su <a href="#">PCP</a> está cerrado o se encuentra fuera de nuestra <a href="#">Área de servicio</a>, usted puede autorreferirse a un <a href="#">Centro</a> de <a href="#">Atención médica de urgencia</a>. La atención debe ser de urgencia, no preventiva ni periódica.</p> <p>Consulte "<a href="#">Atención médica de urgencia</a>" en la página 23.</p>

## Atención médica especializada

---

En primer lugar, acuda a su [PCP](#). Si su [PCP](#) considera que usted necesita acudir a un [Especialista](#), nos enviará una [Referencia](#). Consulte "[Autorización previa al servicio](#)" en la página 28.

- Si acude a un [Especialista](#) sin autorización, usted tendrá que pagar el servicio. Esto no incluye los servicios de autorreferencia.
- Solo tiene aprobación para recibir los servicios indicados en la carta. Sin embargo, algunas visitas a [Especialistas](#) incluyen [Pruebas diagnósticas](#). No necesita otra [PA](#) para estas pruebas, que deben realizarse en el consultorio del médico durante la visita autorizada:
  - Análisis de laboratorio periódicos
  - Radiografía
  - Ultrasonido
  - Electrocardiograma (EKG)
- Cualquier otro servicio que hayamos autorizado específicamente.

Algunos [PCPs](#) trabajan con sistemas coordinados o grupos de [Proveedores](#). Es muy probable que estos médicos le refieran a [Especialistas](#) y [Hospitales](#) incluidos en esos sistemas o grupos. Sin embargo, usted puede solicitar la atención médica de un [Proveedor de la red](#) calificado que cubra sus necesidades. Puede pedirle al médico que le refiera a un [Centro preferido](#).

## Médicos que abandonan la Red

---

La inscripción en GlobalHealth no garantiza los servicios prestados por un determinado [Proveedor](#) que figure en el *Directorio de proveedores*. Un [Proveedor](#) puede dejar de formar parte de nuestra [Red](#). Esto puede suceder cuando:

- Abandona nuestra [Red](#) de [Proveedores](#).
- Ya no puede seguir ejerciendo como [Proveedor](#).
- Tiene un grupo de pacientes cerrado o solo está abierto para pacientes actuales.

Le informaremos en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que sepamos que su [Proveedor](#) ha abandonado o abandonará nuestra [Red](#). Si el [Proveedor](#) es su [PCP](#), le enviaremos una carta con el nombre de su nuevo [PCP](#). También recibirá por separado una nueva tarjeta de identificación de [Miembro](#). Si quiere un [PCP](#) distinto del elegido por nosotros, contáctenos. Consulte "[Cambio de PCP](#)" en la página 20.

Es posible que pueda seguir acudiendo a su médico por poco tiempo. Consulte "[Continuidad y/o transición de la atención médica](#)" en la página 88.

## Atención médica de urgencia

---

La [Atención médica de urgencia](#) es la atención que se recibe por una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para necesitar atención inmediata, pero no hasta el punto de tener que ir a la [ER](#).

Un [Centro](#) de [Atención médica de urgencia](#) es una opción cuando no hay una emergencia y no puede acudir a su [PCP](#). Le cuesta menos que una visita a la [ER](#). Un médico puede verle de inmediato en un [Centro](#) de [Atención médica de urgencia](#). En una [ER](#) es posible que tenga que esperar más tiempo.

Los [Centros](#) de [Atención médica de urgencia](#) pueden tratar situaciones tales como:

- Esguince de tobillo
- Infecciones de oído

- Quemaduras o lesiones menores
- Tos, resfriado, dolor de garganta

Los [Centros](#) de [Atención médica de urgencia](#) no sustituyen al consultorio de su [PCP](#). Usted debe acudir en primer lugar a su [PCP](#) cuando necesite atención médica que no es de emergencia. Si necesita acudir a un [Centros](#) de [Atención médica de urgencia](#):

- Acuda a un [Centro](#) de la [Red](#).
- Solicite que envíen su historia clínica a su [PCP](#). Eso ayuda a mantener la continuidad de la atención.
- Solicite que envíen la lista de nuevas recetas para que su [PCP](#) le pueda prescribir los surtidos de las mismas.
- Acuda a su [PCP](#) para recibir atención de seguimiento.

Cuándo	Qué hacer
<b>Horas normales de oficina</b>	<p>Si tiene una enfermedad o lesión urgente, llame al consultorio de su <a href="#">PCP</a>. Algunos <a href="#">PCPs</a> tienen horarios de oficina más largos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Su <a href="#">PCP</a> puede hacer arreglos para verle de inmediato o darle orientación y consejos médicos.</li> <li>• Si su <a href="#">PCP</a> no puede darle una cita urgente, usted puede solicitar ver a otro <a href="#">Proveedor</a> de ese consultorio. Puede acudir a otro médico, asociado médico o enfermera practicante.</li> <li>• Su <a href="#">PCP</a> puede enviarle a un <a href="#">Centro</a> de <a href="#">Atención médica de urgencia</a> si no hay disponible otro <a href="#">Proveedor</a>. Usted paga el <a href="#">Copago</a> de la <a href="#">Atención médica de urgencia</a>.</li> </ul>
<b>Después del horario de oficina</b>	<p>Si necesita ver a su <a href="#">PCP</a> cuando el consultorio está cerrado, tiene dos opciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Llame a su <a href="#">PCP</a>. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deje un mensaje.</li> <li>• Cuando haya una enfermera o médico de guardia, le llamará e informará de qué tiene que hacer. Indique en su mensaje el motivo de su llamada. Asegúrese de incluir su nombre y un número al que llamarle.</li> <li>• De lo contrario, siga las instrucciones de la grabación telefónica al llamar al consultorio de su <a href="#">PCP</a> después de las horas de oficina. Esta grabación puede indicarle que acuda a un <a href="#">Centro</a> de <a href="#">Atención médica de urgencia</a> o <a href="#">ER</a>.</li> </ul> </li> <li>2. Puede optar por ir a un <a href="#">Centro</a> de <a href="#">Atención médica de urgencia</a> si su condición no puede esperar. Usted paga el <a href="#">Copago</a> de la <a href="#">Atención médica de urgencia</a>. No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ol>
<b>Fuera del <a href="#">Área de servicio</a></b>	<p>Si está viajando y necesita <a href="#">Atención médica de urgencia</a> antes de regresar a nuestra <a href="#">Área de servicio</a>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame a su <a href="#">PCP</a>; o</li> <li>• Acuda a un <a href="#">Centro</a> de <a href="#">Atención médica de urgencia</a>. No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> <li>• Pagará su <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Atención médica de urgencia</a> <a href="#">Dentro de la red</a>, pero el <a href="#">Proveedor</a> también le puede enviar una factura. Consulte "<a href="#">Facturación del saldo por un proveedor fuera de la red</a>" en la página 94.</li> </ul>

## Atención médica de emergencia

Una emergencia ocurre cuando se tienen síntomas repentinos (que incluyen dolor fuerte, trastornos psiquiátricos y/o síntomas de abuso de sustancias) y una [Persona prudente](#) podría esperar que la falta de atención médica de inmediato cause:

- a) Poner en riesgo su salud (o la salud de un feto);
- b) Grave deterioro de las funciones corporales; o
- c) Grave disfunción de una parte del cuerpo.

Además, una [Condición médica de emergencia](#) incluye a una mujer embarazada que está teniendo contracciones cuando:

- a) No hay tiempo suficiente para ir a otro [Hospital](#) antes del parto; o
- b) El traslado puede ser perjudicial para la madre o el feto.

### Acceso

No acuda a una [ER](#) en situaciones de no emergencia. Sin embargo, en una verdadera emergencia, siga estos pasos:

Paso	Qué hacer
1	Vaya a la <a href="#">ER</a> del <a href="#">Hospital</a> más cercano o llame al 911. No necesita una <a href="#">PA</a> para recibir atención médica de emergencia. Pagará su <a href="#">Copago</a> de <a href="#">ER Dentro de la red</a> , pero los <a href="#">Proveedores</a> también le pueden enviar una factura si acude a una <a href="#">ER</a> de <a href="#">Fuera de la red</a> . Consulte " <a href="#">Facturación del saldo por un proveedor fuera de la red</a> " en la página 94.
2	Muestre su tarjeta de identificación de <a href="#">Miembro</a> .
3	Llame al consultorio de su <a href="#">PCP</a> y a nosotros en un plazo de 48 horas.
4	Si usted: <ul style="list-style-type: none"><li>• Sufre un accidente y se encuentra fuera del <a href="#">Área de servicio</a>;</li><li>• No tiene control sobre adónde le llevan; o</li><li>• No pudo ir a un <a href="#">Hospital</a> de la <a href="#">Red</a>.</li></ul> Podemos hacer arreglos para trasladarle a un <a href="#">Hospital</a> de nuestra <a href="#">Red</a> si es ingresado en un <a href="#">Hospital</a> de <a href="#">Fuera de la red</a> .
5	<b><i>Toda la atención médica de seguimiento después de recibir tratamiento en la <a href="#">ER</a> debe ser:</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Proporcionada o dispuesta por su <a href="#">PCP</a>. No regrese a la <a href="#">ER</a> para recibir atención médica de seguimiento.</li><li>• No se requiere nuestra preautorización. Si necesita atención médica de urgencia, comuníquese con el Departamento de <a href="#">UM</a>. Consulte "<a href="#">Decisiones urgentes</a>" en la página 29.</li></ul>

## Atención médica en [Hospital](#)

Cuando necesite ir al [Hospital](#), su médico hará los arreglos necesarios para que se quede en un [Hospital](#) de la [Red](#) donde forma parte del personal. Para recibir servicios que no sean de emergencia (excluyendo el parto) debe tener una [PA](#). Sin una [Referencia](#) y [PA](#), usted será responsable de los cargos.

## Atención médica domiciliaria

---

Es posible que su médico decida que una enfermera le visite en su casa en lugar de mantenerle ingresado en el [Hospital](#) o [Centro especializado de enfermería](#). Cubrimos:

- [Servicios médicos](#) a tiempo parcial o intermitentes que reciba en su casa. La atención médica la proporciona una enfermera con licencia o terapeuta del habla, ocupacional o fisioterapeuta con licencia.
- Entrenamiento en autocontrol de la diabetes cuando lo proporciona un profesional de la salud registrado, certificado o con licencia.
- Entrenamiento en terapia médica nutricional proporcionado por un dietista registrado con licencia o un nutricionista certificado con licencia.

## Historia clínica

---

Al ser su [PCP](#) quien administra su atención médica, es importante que su médico conozca sus antecedentes de salud. Antes de su primera visita, le recomendamos que su historia clínica sea enviada al consultorio de su nuevo [PCP](#).

Se espera de sus [Proveedores](#) que consulten regularmente su atención médica, sobre todo si está tomando medicamentos. La coordinación de la atención médica entre sus médicos promueve la seguridad del paciente y la calidad de la atención. La forma más sencilla de asegurarse de que su [PCP](#) está al corriente de la atención que recibe de otros [Proveedores](#) es pedir a estos que envíen a su médico una copia de su historia clínica cuando acude a ellos.

Pida que se envíen a su [PCP](#) los resultados de todo examen o prueba cada vez que busque atención médica para:

- [Servicios de emergencia](#);
- Servicios de salud mental o consumo de sustancias;
- Servicios de autorreferencia;
- Servicios de [Especialistas](#);
- Servicios recibidos en [Centros de Atención médica de urgencia](#).

Su [PCP](#) le proporcionará atención médica de seguimiento si corresponde. Asegúrese de informarle de todo medicamento nuevo que se le haya recetado. Su [PCP](#) podrá verificar posibles interacciones con otros medicamentos.

La ley exige que los [Proveedores](#) protejan la información médica del paciente. Puede encontrar el formulario de *Autorización estándar de Oklahoma para usar o compartir información de salud protegida (Oklahoma Standard Authorization to Use or Share Protected Health Information, "PHI")* en nuestro sitio web. **Se requiere este formulario para solicitar la divulgación de su historia clínica.**

Usted tiene derecho a no firmar esta autorización, pero es importante que considere permitir que se produzcan estas comunicaciones.

## Credenciales de los médicos

---

Antes de que nuestro Comité de Credencialización acepte a un [Proveedor](#) para incluirlo en nuestra [Red](#), llevamos a cabo verificaciones completas de credencialización y chequeos en la Base de Datos Nacional de Profesionales de la Salud (National Practitioner Database, "NPDB"). La NPDB es un

repositorio de información federal. El Comité de Credencialización revisa a nuestros [Proveedores](#) al menos cada 36 meses. Este proceso contribuye a garantizar la calidad de nuestra [Red](#).

### Verifique a los [Proveedores de salud conductual](#)

Hay varios sitios web donde puede verificar las certificaciones.

Especialidad	Dirección del sitio web
<a href="#">LADC</a>	<a href="http://www.okdrugcounselors.org/members.php">http://www.okdrugcounselors.org/members.php</a>
<a href="#">LCSW</a>	<a href="https://pay.apps.ok.gov/medlic/social/licensee_search.php">https://pay.apps.ok.gov/medlic/social/licensee_search.php</a>
<a href="#">LMFT</a> <a href="#">LPC</a> <a href="#">LBP</a>	<a href="https://www.ok.gov/health/counselor/app/index.php">https://www.ok.gov/health/counselor/app/index.php</a>
Psicólogos con licencia Técnicos de psiquiatría (pruebas solo para técnicos)	<a href="https://www.ok.gov/psychology/Public/License_Verification/index.html">https://www.ok.gov/psychology/Public/License_Verification/index.html</a>

### Verifique a los médicos

Puede consultar el entrenamiento y la experiencia de un médico en:

- El consultorio del médico;
- Una sociedad médica local (si el médico es miembro); o
- Un [Hospital](#) local (si el médico forma parte del personal).

Algunos consejos estatales de concesión de licencias tienen información sobre acciones disciplinarias, pero obtener dicha información puede ser difícil.

Varias organizaciones en línea ofrecen información como:

- Nombre, dirección, números de teléfono;
- Calificaciones profesionales;
- Especialidad;
- Facultad de medicina a la que asistió;
- Realización de la residencia; y
- Situación de la certificación otorgada por el consejo.

Nombre	Información	Dirección del sitio web
<b>Servicio de verificación de médicos certificados del Consejo Estadounidense de Especialidades Médicas (“ABMS”) (American Board of Medical Specialties (“ABMS”))</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique si un médico está certificado por alguno de los 24 consejos de especialidades médicas. El servicio no ofrece más información que esta.</li> <li>• Puede buscar en todos los estados al mismo tiempo. Úselo cuando no sepa dónde está trabajando el médico.</li> <li>• Se requiere registrarse en el sitio.</li> <li>• Es gratis.</li> </ul>	<a href="http://www.abms.org">www.abms.org</a>
<b>Búsqueda de médicos de la</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporciona información sobre el estado de certificación de todos los</li> </ul>	<a href="http://www.ama-assn.org">www.ama-assn.org</a>

Nombre	Información	Dirección del sitio web
<b>Asociación Médica Estadounidense (“AMA”)</b> <b>(American Medical Association (“AMA”))</b>	<p>médicos que actualmente tienen licencia en EE.UU.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No incluye las acciones disciplinarias.</li> <li>• Solo se pueden hacer búsquedas en un estado a la vez.</li> <li>• Es gratis.</li> </ul>	
<b>Consejo de Concesión y Supervisión de Licencias Médicas de Oklahoma (“OMB”)</b> <b>(Oklahoma Board of Medical Licensure and Supervision (“OMB”))</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique la licencia de un médico (MD) y las acciones disciplinarias.</li> <li>• Consulte los privilegios e idiomas hablados de los <a href="#">Hospitales</a>.</li> <li>• Es gratis.</li> </ul>	<a href="http://www.okmedicalboard.org">www.okmedicalboard.org</a>
<b>Consejo de Examinadores de Osteopatía del Estado de Oklahoma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique la licencia y acciones disciplinarias de un médico osteópata (DO).</li> <li>• Consulte los privilegios e idiomas hablados de los <a href="#">Hospitales</a>.</li> <li>• Es gratis.</li> </ul>	<a href="http://www.ok.gov/osboe/">www.ok.gov/osboe/</a>

# GESTIÓN DE LA UTILIZACIÓN

## UM en salud médica y conductual

Tenemos reglas para asegurarnos de que reciba la atención adecuada en el momento adecuado. Cuando un [Proveedor](#) prescribe atención médica, no siempre significa que es un [Servicio cubierto](#) o [Médicamente necesario](#).

Regla	Qué significa
<b>Su <a href="#">Plan</a> debe cubrir la atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La atención médica debe ser un <a href="#">Servicio cubierto</a>.</li><li>• La atención médica debe cumplir con los <a href="#">Requisitos de cobertura</a>.</li><li>• Cubrimos los servicios indicados en las limitaciones y solo del modo en que están descritos.</li><li>• No cubrimos los servicios indicados en <a href="#">Servicios Excluidos</a>.</li><li>• Consulte "<a href="#">Beneficios</a>" en la página 34 y siguientes.</li></ul>
<b>La atención médica debe ser segura y efectiva</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La atención debe cumplir con los estándares de atención médica generalmente aceptados.</li><li>• La atención médica debe corresponderse con la especialidad del <a href="#">Proveedor</a>.</li></ul>
<b>La atención debe ser adecuada para su lesión, afección o enfermedad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La atención debe ser <a href="#">Médicamente necesaria</a>.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Tipo de atención médica;</li><li>○ Frecuencia de visitas o tratamientos;</li><li>○ Ampliación de la atención médica;</li><li>○ Lugar donde se recibe; y</li><li>○ Duración de la misma.</li></ul></li></ul>

Cuando revisamos sus servicios, empleamos las siguientes directrices, entre otras:

- Milliman Care Guidelines<sup>®</sup>
- Hayes<sup>®</sup>
- Beacon
- Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción (American Society of Addiction Medicine)
- Directrices de Medicare ([Determinación de cobertura local](#) y [Determinación de cobertura nacional](#))

Puede solicitar los criterios si usted es:

- Un [Miembro](#) actual;
- Un posible [Miembro](#) futuro; o
- Un [Proveedor de la red](#).

Nuestro Director Médico toma todas las determinaciones adversas sobre necesidad médica. El Director Médico es un médico con licencia en activo.

### **Autorización previa al servicio**

La mayoría de los servicios que su [PCP](#) no presta requieren nuestra aprobación antes de recibirse. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Los "servicios" incluyen cualquier tratamiento, pruebas, procedimientos, suministros o equipos.

Con este proceso se garantiza que usted:

- Recibe la atención adecuada en el momento y el lugar adecuados para usted.
- Paga el [Costo compartido](#) más bajo para beneficio suyo.
- Permanece [Dentro de la red](#).

Pasos del servicio de salud conductual:

Paso	Descripción
1	Puede acudir a cualquier <a href="#">Proveedor de la red</a> para que evalúe la necesidad de recibir servicios. Si estos servicios requieren una <a href="#">PA</a> , el <a href="#">Proveedor</a> nos enviará la solicitud de usted.
2	Una vez aprobado el servicio, le enviaremos una carta con el nombre y la información de contacto del médico o del <a href="#">Centro</a> . También incluirá qué servicios hemos autorizado. Cualquier otro servicio requerirá una nueva autorización.
3	Una vez que proporcionemos la <a href="#">PA</a> al <a href="#">Proveedor</a> , se podrán iniciar los servicios de inmediato.

Pasos del Servicio médico:

Paso	Descripción
1	Su <a href="#">PCP</a> nos enviará una <a href="#">Referencia</a> para otros servicios de atención médica que necesite. Después de la visita inicial, los <a href="#">Especialistas</a> nos pueden enviar directamente las <a href="#">Referencias</a> para otros servicios, como cirugía por ejemplo. Usted puede solicitar acudir a cualquier <a href="#">Proveedor</a> de nuestra <a href="#">Red</a> . Si su médico le refiere a un médico o <a href="#">Centro Fuera de la red</a> , podemos seleccionar por usted uno en nuestra <a href="#">Red</a> .
2	Una vez aprobado el servicio, le enviaremos una carta con el nombre y la información de contacto del médico o del <a href="#">Centro</a> . También incluirá qué servicios hemos autorizado. Cualquier otro servicio requerirá una nueva autorización.
3	Hacer una cita. Antes de hacer la cita, espere hasta recibir la carta. Para poder recibir la atención médica deberá tener esta carta.

Decisiones no urgentes:

Las decisiones sobre los servicios no urgentes las tomamos en un plazo de 15 días desde la recepción de la solicitud. Podemos ampliar este período una vez hasta 15 días más si:

- Es necesario debido a asuntos fuera de nuestro control;
- Informamos a su médico, antes de terminar el período inicial de 15 días, de por qué es necesario; y,
- Informamos a su médico de la fecha en que tengamos previsto tomar la decisión.

Si tenemos que ampliar el plazo porque no tenemos suficiente información para dar la autorización:

- Informaremos a su médico de qué información necesitamos; y,
- Su médico dispondrá de 45 días para enviarnosla desde el momento en que reciba nuestro aviso.

Decisiones urgentes:

Las decisiones sobre los servicios urgentes las tomamos en un plazo de 72 horas desde la recepción de la solicitud.

Usted o su médico pueden llamarnos durante el horario de oficina regular (de lunes a viernes, de 9 A.M. a 5 P.M., Hora central).

Usted o su médico pueden comunicarse con el Departamento de [UM](#) fuera del horario regular de oficina. Deje su nombre e información de contacto y le responderemos el siguiente día hábil.

Método de contacto	Información de contacto
Local	(405) 819-7574
Llamada gratis	1-877-280-5600
TTY	711
Correo electrónico	<a href="mailto:um@globalhealth.com">um@globalhealth.com</a>
FAX	(405) 280-5398

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Su médico debe enviarnos [Referencias](#) para sus servicios. Sin embargo, es responsabilidad de usted asegurarse de que hayamos autorizado sus servicios.
- Debe recibir toda su atención médica de un [Proveedor de la red](#), incluidos los servicios auxiliares, como:
  - radiografías
  - análisis de laboratorio
  - anestesia
- Aunque algunos servicios no requieren [PA](#), usted debe acudir a [Proveedores de la red](#):
  - [Servicios de emergencia](#);
  - [Hospitalización](#) relacionada con el parto; o
  - Servicios de autorreferencia. Consulte "[Servicios de autorreferencia](#)" en la página 21.
- Los servicios deberá recibirlos mientras es [Miembro](#). No pagaremos ningún beneficio, aunque esté autorizado, tras finalizar su cobertura.
- Puede realizar el seguimiento de su [Referencia](#) a través de su cuenta MyGlobal®.
- Si denegamos parcial o totalmente algún servicio solicitado, le enviaremos una carta informándole del motivo. También le enviaremos una copia de los [Derechos de apelación](#).

### **Revisión concurrente**

Podemos evaluar su atención médica mientras siga bajo tratamiento. Queremos asegurarnos de que reciba la atención adecuada en el momento y lugar adecuados. Nuestro proceso verifica lo siguiente:

- Necesidad de tratamiento continuo;
- Grado de la atención médica; y
- Calidad de la atención.

Si sigue ingresado en el [Hospital](#) tras concluir el período autorizado, realizaremos una revisión concurrente.

Si hemos aprobado un [Tratamiento](#):

- Cualquier cambio que se haga antes de finalizar el [Tratamiento](#) es una [Determinación adversa](#). Un cambio puede consistir en reducir o cancelar el número de sesiones terapéuticas. Le informaremos de ello antes de hacer el cambio. Le daremos tiempo para [Apelar](#) antes de realizar el cambio. Cubriremos el beneficio durante el proceso de [Apelación](#).

- Puede solicitar que amplíemos la duración del [Tratamiento](#) previamente aprobado. Le informaremos de nuestra decisión, sea o no a su favor. No cubrimos este beneficio durante el proceso de [Apelación](#).
- Tomamos decisiones de revisión urgente en un plazo de 24 horas tras la recepción de su solicitud. Le informaremos de la decisión, sea o no a su favor.

No podrá [Apelar](#) cuando su [Plan](#) sea modificado o finalice. Consulte "[Apelaciones y quejas formales](#)" en la página 99.

### **Planificación del alta médica**

Una planificación adecuada puede mejorar su resultado médico. Es posible que necesite servicios al pasar al siguiente grado de atención médica. Algunos servicios pueden requerir una [PA](#) para acudir a un médico u otro [Centro](#). Nos coordinamos con su médico y el gestor de casos del [Hospital](#) para tener las [PAs](#) disponibles antes de que le den el alta.

Comenzamos la planificación del alta:

- Cuando ingresa en el [Hospital](#); o
- Cuando autorizamos la estadía.

### **Revisión posterior al servicio**

Después de recibir servicios médicos, los revisamos para detectar posibles problemas de calidad o de utilización. Revisamos los [Reclamos](#) enviados para el pago y la historia clínica correspondiente.

## **UM de Medicamentos recetados**

---

Para ciertos [Medicamentos recetados](#), hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubrimos. Estas reglas fueron creadas por un equipo de médicos y farmacéuticos para:

- Ayudarle a tomar los medicamentos de la forma más efectiva.
- Ayudar a controlar los costos totales de los medicamentos, lo que mantiene más barata su [Prima](#).
- Alentarle a usted y a su [Proveedor](#) a utilizar una opción de menor costo, cuando sea posible, que:
  - Sea eficaz para su condición; y
  - Sea igual de segura.

Si existe alguna regla para su medicamento, usted o su [Proveedor](#) tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos ese medicamento. Si desea que no apliquemos la regla, deberá tramitar una solicitud de excepción. Tomaremos la decisión de aplicar o no dicha regla en su caso. Consulte "[Solicitudes de excepción](#)" en esta página.

En ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes reglas o [Participación en el costo](#) al medicamento recetado por su [Proveedor](#) en función de su:

- Concentración (por ejemplo, 10 mg en lugar de 100 mg);
- Cantidad (por ejemplo, uno por día en lugar de dos por día); o
- Forma (por ejemplo, tableta en lugar de líquido).

Usted o su médico pueden consultar en el *Formulario de medicamentos* las reglas que se aplican, si corresponde, a cada medicamento.

Llámenos si tiene preguntas acerca de estas reglas:

Tipo	Descripción
<b>Autorización previa</b>	Para algunos medicamentos, los médicos deben obtener una <a href="#">PA</a> . Cualquier surtido o equipo correspondiente también requiere una <a href="#">PA</a> . Con esto se fomenta un uso adecuado y rentable.
<b>Límites de cantidad</b>	Limitamos la cantidad de algunos medicamentos. Estos medicamentos, si se toman de manera inadecuada, podrían ser dañinos y causar efectos secundarios. Todos los <a href="#">Medicamentos especiales</a> están limitados a surtidos de 30 días.
<b>Tratamiento escalonado</b>	El tratamiento escalonado significa que usted prueba uno o más medicamentos antes de que los cubramos.

### Solicitudes de excepción

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

Otras personas que pueden ayudar en la tramitación de esta solicitud:

- Su médico o farmacéutico.
- El padre/madre de un hijo menor de 18 años.
- Las personas autorizadas por su carta poder para tomar decisiones médicas. Debemos tener una copia del formulario firmado de la carta poder.
- Su representante autorizado. Consulte "[Designación de representante autorizado](#)" en la página 102. Deberá llenar el formulario si desea que compartamos su [PHI](#) con otras personas, por ejemplo:
  - Su padre/madre, si usted tiene 18 años o más.
  - Su cónyuge
  - Su cuidador, amigo, vecino u otra persona.

Tipo	Trámite
<b>Excepción estándar</b>	<p>Puede solicitar que no apliquemos las reglas y límites de la cobertura. Puede consultarnos por correo, correo electrónico o teléfono. En general, solo aprobaremos la solicitud si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El medicamento alternativo está incluido en el <a href="#">Formulario</a>;</li> <li>• El medicamento del <a href="#">Grado</a> inferior o al que se aplican las reglas de utilización no es tan efectivo para usted; y</li> <li>• Le causaría efectos secundarios dañinos.</li> </ul> <p>Si solicita que cubramos un medicamento no incluido en nuestro <a href="#">Formulario</a>, su médico deberá enviar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El motivo por el que necesita el medicamento no incluido en el formulario; y</li> <li>• Una declaración de que todos los medicamentos del <a href="#">Formulario</a> de cualquier <a href="#">Grado</a>:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No serán o no fueron efectivos;</li> <li>○ No serían tan efectivos; o</li> <li>○ Tendrían efectos secundarios dañinos.</li> </ul> </li> </ul>

Tipo	Trámite
	<p>Deberá contactarnos para saber cómo obtener una excepción. Su médico tendrá que enviarnos la información. Tomamos la decisión en un plazo de 72 horas si tenemos la suficiente información.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si aceptamos su solicitud, también cubriremos los surtidos adecuados de la receta.</li> <li>• Si la rechazamos, puede solicitar una <a href="#">Revisión externa</a>. Consulte "<a href="#">Revisión externa</a>" en la página 101. Le enviarán su decisión en un plazo de 72 horas tras la recepción de su solicitud de revisión.</li> </ul> <p>Cubriremos su medicamento durante el tiempo que empleemos en revisarlo. También cubriremos el medicamento durante una <a href="#">Revisión externa</a>.</p>
<b>Excepción rápida</b>	<p>Puede solicitar la tramitación rápida de la excepción cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esté padeciendo una condición médica que pueda poner en riesgo su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima; o</li> <li>• Ya esté tomando un medicamento no incluido en el formulario. Consulte "<a href="#">Transición de la atención médica con medicamentos recetados</a>" en la página 89.</li> </ul> <p>Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas tras recibir su petición de revisión, siempre que tenemos la suficiente información.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si aceptamos su petición, también cubriremos los surtidos de la receta.</li> <li>• Si la rechazamos, puede solicitar una <a href="#">Revisión externa</a>. Consulte "<a href="#">Revisión externa</a>" en la página 101. Le enviarán su decisión en un plazo de 24 horas tras la recepción de su solicitud de revisión.</li> </ul> <p>Cubriremos su medicamento durante el tiempo que empleemos en revisarlo. También cubriremos el medicamento durante una <a href="#">Revisión externa</a>.</p>

## Política para garantizar una utilización adecuada

- El Departamento de [UM](#) fundamenta sus decisiones en:
  - La adecuación de la atención médica; y
  - La cobertura de la atención médica.
- No recompensamos a nadie por denegar cobertura.
- No usamos incentivos económicos para alentar decisiones que resulten en el uso de menos beneficios.
- No usamos incentivos para dificultar que reciba atención médica.
- No tomamos decisiones sobre la contratación, promoción o expulsión de ninguna persona porque sea probable, o creamos que sea probable, que denieguen los beneficios o apoyen su denegación.

## Proceso de evaluación tecnológica

Disponemos de un proceso de revisión de nuevos dispositivos, procedimientos o tratamientos.

- Un comité dirigido por un médico revisa las solicitudes.

- Examinamos tanto la nueva tecnología como las nuevas formas de utilizar la tecnología existente.
- Usamos evidencia científica para revisar la tecnología. Usted o su médico deberán enviarnos evidencia de que es efectiva y segura. Deberá:
  - Estar aprobada por una agencia reguladora, como la [FDA](#);
  - Mejorar el resultado médico global;
  - Ser tan beneficiosa como los tratamientos actuales;
  - Estar disponible fuera de los ensayos clínicos;
  - Mejorar significativamente la calidad de vida; y
  - Mostrar claramente que es segura para la atención médica.

# BENEFICIOS

Esta sección explica los beneficios de su [Plan](#). Le informa de qué está cubierto y qué no, y cuánto paga usted. No todo está incluido.

## Su parte del costo

---

### Cuadros de beneficios

Los cuadros de beneficios muestran sus beneficios y [Participación en el costo](#).

- [Beneficios de salud conductual](#), página 36.
- [Beneficios médicos](#), página 41.
- [Beneficios de medicamentos recetados](#), página 66.
- [Beneficios de la medicina preventiva](#), página 71.
- [Beneficios ópticos](#), página 78.

### [Copagos](#) y [Coseguro](#)

Los [Copagos](#) y [Coseguro](#) vienen indicados en los cuadros correspondientes a cada tipo de servicio. Su [Costo compartido](#) es pagadero en cada visita, tratamiento, ingreso, surtido o incidencia (a menos que se indique lo contrario) hasta alcanzar su [MOOP](#).

Nuestros beneficios vienen en grupos. Esto significa que si usted recibe varios servicios durante una visita al consultorio o estadía en un [Centro](#), solo paga un [Copago](#) por la visita al consultorio o estadía en un [Centro](#).

El [Copago](#) del [Centro](#) por cirugía a [Paciente ingresado](#) en [Hospital](#) o a [Paciente ambulatorio](#) incluye:

- Anestesia;
- [Pruebas diagnósticas](#);
- Servicios de médicos y profesionales;
- Medicamentos;
- Atención de enfermería general;
- Laboratorio/radiología;
- Suministros y equipos médicos;
- Procedimientos y cirugías;
- Alojamiento y comida en todos los niveles de atención médica;
- Exámenes especializados de escaneo/imágenes/diagnóstico; y
- Tratamientos terapéuticos.

El [Copago](#) en otros lugares (cuando se proporciona durante la visita) incluye:

- [Pruebas diagnósticas](#);
- Servicios de médicos y profesionales;
- Medicamentos;
- Laboratorio/radiología;
- Suministros y equipos médicos;
- Procedimientos;
- Exámenes de escaneo/imágenes/diagnósticos especializados; y
- Tratamientos terapéuticos.

Cubrimos los beneficios específicos de un sexo para todos los [Miembros](#) para quienes el servicio sea adecuado, con independencia del sexo asignado al nacer, la identidad sexual o el sexo registrado en GlobalHealth.

A menos que específicamente le indiquemos lo contrario, los "beneficios para hijos" están cubiertos hasta el final del mes en el que usted o su hijo(s) cumplan 19 años de edad. Los "beneficios para adultos" comienzan el mes siguiente.

## Deducible

Este Plan no tiene Deducible. Usted paga el Copago o Coseguro correspondiente hasta alcanzar el MOOP.

## MOOP

Un MOOP es la cantidad de dinero que limita cuánto debe pagar por los servicios de atención médica. Incluye Copagos y Coseguro que usted paga por los Servicios cubiertos. Todos los tipos de Servicios cubiertos cuentan para su MOOP.

Algunos gastos no cuentan para su MOOP.

- Pagos de la Prima;
- Servicios no cubiertos; y
- Facturación del saldo por un proveedor fuera de la red.

Nivel	Cómo satisfacerlo
<u>MOOP del Miembro</u> \$7,350 por año	<ul style="list-style-type: none"><li>• El <u>MOOP</u> del <u>Miembro</u> se alcanza cuando un solo <u>Miembro</u> paga <u>Copagos</u> y/o <u>Coseguro</u> hasta llegar a este nivel.</li><li>• Si llega al <u>MOOP</u> del <u>Miembro</u>, ya no pagará ninguna <u>Participación en el costo</u> por los <u>Servicios cubiertos</u> que necesite durante el resto del año.</li><li>• Esto se aplica aunque haya otros miembros de su familia inscritos bajo el mismo <u>Suscriptor</u>.</li></ul>
<u>MOOP familiar</u> \$10,500 por año	<ul style="list-style-type: none"><li>• El <u>MOOP</u> familiar se alcanza cuando cualquier combinación de miembros de la familia bajo el mismo <u>Suscriptor</u> paga <u>Copagos</u> y/o <u>Coseguro</u> hasta llegar a este nivel.</li><li>• La cantidad pagada en concepto de <u>MOOP</u> del <u>Miembro</u> contribuye al <u>MOOP</u> familiar.</li><li>• Si un miembro de la familia alcanza el <u>MOOP</u> del <u>Miembro</u>, esa persona no tendrá que pagar nada por los <u>Servicios Cubiertos</u>. Los otros miembros de la familia seguirán pagando la <u>Participación en el costo</u> aplicable hasta que ese miembro de la familia también alcance el <u>MOOP</u> del <u>Miembro</u> o se alcance el <u>MOOP</u> familiar. Desde ese momento ya no pagarán más <u>Costos compartidos</u> por los <u>Servicios cubiertos</u> durante el resto del año.</li></ul>

Copagos y Coseguro pagados antes de inscribirse en un Plan de GlobalHealth no cuentan para su MOOP.

## **Seguimiento de los gastos**

Es una buena idea llevar la cuenta de sus gastos. Así sabrá cuándo se encuentra cerca de alcanzar su MOOP.

## **Requisitos de cobertura**

Solo cubrimos los beneficios cuando cumplen con las siguientes reglas.

Regla	Descripción
<b>Se deben cumplir todas las reglas establecidas para todos los tipos de beneficios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La atención médica es <a href="#">Médicamente Necesaria</a>;</li> <li>• Los servicios cumplen con los estándares de atención médica generalmente aceptados;</li> <li>• Usted sigue progresando y mejorando;</li> <li>• Un <a href="#">Proveedor de la red</a> proporciona la atención médica a menos que: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se trate de <a href="#">Servicios de emergencia</a> o <a href="#">Atención médica de urgencia</a> fuera del área; o</li> <li>○ Usted obtenga una <a href="#">PA</a> para acudir a un <a href="#">Proveedor fuera de la red</a>;</li> </ul> </li> <li>• El <a href="#">Proveedor</a> actúa dentro de los límites de su especialidad; y</li> <li>• Por lo general, requerimos una <a href="#">PA</a>. Le informamos de qué servicios <u>no</u> requieren <a href="#">PA</a>.</li> </ul>
<b>Limitamos algunos beneficios y no cubrimos otros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No cubrimos los servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuando usted ya no puede mejorar más con el tratamiento; o</li> <li>○ La atención médica se produce bajo tutela judicial o es solo conveniente para otras personas.</li> </ul> </li> <li>• Consulte "<a href="#">Servicios excluidos y limitaciones</a>" en la página 79.</li> </ul>

## Beneficios de salud conductual

Cubrimos los servicios de salud conductual para [Pacientes ingresados](#) y [Pacientes ambulatorios](#) para el diagnóstico y tratamiento de:

- Salud mental; y
- Consumo de sustancias, incluido el alcohol, los [Medicamentos recetados](#) y el abuso de drogas ilegales.

Si usted es un [Miembro](#) nuevo y recibe atención médica, llámenos lo antes posible. Si su [Proveedor](#) no tiene contrato con nosotros, le ayudaremos a encontrar otro que sea adecuado para usted. Consulte "[Salud conductual y transición de la atención médica](#)" en la página 88.

### [Servicios cubiertos](#)

Consulte también "[Requisitos de cobertura](#)" en la página 35.

Los servicios [Ambulatorios](#) en una visita de terapia conductual no requieren una [PA](#) cuando los proporciona un:

- Psicólogo Clínico con Licencia;
- [LCSW](#);
- [LADC](#);
- [LMFT](#);
- [LPC](#);
- [BHCM](#); o
- [LBP](#).

Un psiquiatra es un [Especialista](#) y usted pagará el [Copago](#) de [Especialista](#).

### Cuadro de Beneficios de salud conductual

Beneficio	Descripción	Usted paga
<a href="#">ASD</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tratamiento conductual incluye:</li> </ul>	Visita al consultorio de terapia conductual: Sin <a href="#">Copago</a>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Análisis conductual aplicado ("ABA") limitado a un total de 25 horas por semana;</li> <li>○ Atención psiquiátrica; y</li> <li>○ Atención psicológica</li> <li>● No necesita una <a href="#">PA</a> para las visitas al consultorio de terapia conductual.</li> <li>● Para conocer otros servicios de <a href="#">ASD</a>, consulte <a href="#">Tratamiento del ASD</a> en la página 80.</li> </ul>	<p>visita al <a href="#">Especialista</a> en psiquiatría: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>ABA: En casa: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Entrenamiento en ambiente natural: <a href="#">Copago</a>/día de \$50</p> <p>Visita al consultorio: <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p>
<a href="#">Gestión de casos</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos sin costo la asistencia en casa para ayudarle a encontrar recursos, servicios y autoayuda en la comunidad.</li> <li>● No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>
<b>Tratamiento terapéutico convulsivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos el tratamiento electroconvulsivo o la terapia farmacológica.</li> <li>● Incluye la anestesia cuando se administra como parte del tratamiento dado por el mismo <a href="#">Proveedor</a>.</li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Paciente ingresado</a> en <a href="#">Centro Hospitalario</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<b>Consejería</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos sesiones de terapia individual, grupal y/o familiar.</li> <li>● No necesita una <a href="#">PA</a> para las visitas al consultorio de terapia conductual.</li> </ul>	<p>Visita al consultorio de terapia conductual: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Visita al consultorio del <a href="#">Especialista</a> en psiquiatría: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">RTC</a> o <a href="#">Paciente ingresado</a> en <a href="#">Centro Hospitalario</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<b>Intervención de crisis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos la asistencia de crisis que no es potencialmente mortal.</li> <li>● Disponible 24/7.</li> </ul>	<p>Visita al consultorio de terapia conductual: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Visita al consultorio del <a href="#">Especialista</a> en psiquiatría: Sin <a href="#">Copago</a></p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>No necesita una <a href="#">PA</a> para las visitas al consultorio de terapia conductual.</li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">RTC</a> o <a href="#">Paciente ingresado</a> en <a href="#">Centro Hospitalario</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<b>Evaluación y valoración diagnóstica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos los servicios para diagnosticar una condición médica.</li> <li>No necesita una <a href="#">PA</a> para las visitas al consultorio de terapia conductual.</li> </ul>	<p>Visita al consultorio de terapia conductual: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Visita al consultorio del <a href="#">Especialista</a> en psiquiatría: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">RTC</a> o <a href="#">Paciente ingresado</a> en <a href="#">Centro Hospitalario</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<b>Tratamiento de trastornos alimentarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos todos los niveles de atención médica y lugares de tratamiento.</li> <li>No necesita una <a href="#">PA</a> para visitas al consultorio de terapia conductual o visitas a la <a href="#">ER</a>.</li> </ul>	<p>Visita al consultorio de terapia conductual: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Visita al consultorio del <a href="#">Especialista</a> en psiquiatría: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">ER</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$50 que no se aplica si es admitido para recibir atención médica como <a href="#">Paciente ingresado</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">RTC</a> o <a href="#">Paciente ingresado</a> en <a href="#">Centro Hospitalario</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750 <a href="#">Copago</a>/día de \$300 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$100 - <a href="#">Copago</a>/estadía de 1,500 – Sujeto a <a href="#">Deducible</a></p>
<b>Servicios de emergencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos las crisis potencialmente mortales.</li> <li>Siga los pasos de "<a href="#">Atención médica de emergencia</a>" en la página 24.</li> <li>No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	<p><a href="#">Copago</a>/visita de \$300</p> <p>No se aplica si es admitido para recibir atención médica como <a href="#">Paciente ingresado</a> desde el departamento de <a href="#">ER</a></p>
<b><a href="#">Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos los <a href="#">Servicios hospitalarios</a> de <a href="#">Pacientes ingresados</a>.</li> <li>Y también servicios de salud conductual:</li> </ul>	<p><a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Psicoterapia de grupo;</li> <li>○ Psicoterapia individual;</li> <li>○ Control de medicamentos; y</li> <li>○ Pruebas psicológicas y neuropsicológicas.</li> <li>● Debe recibir tratamiento en un <a href="#">Hospital</a>, <a href="#">Hospital</a> psiquiátrico o entorno de <a href="#">RTC</a>.</li> </ul>	
<b>Programa intensivo para <a href="#">Pacientes ambulatorios</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos terapias de modificación de la conducta.</li> <li>● Varias veces por semana durante un número determinado de horas por día.</li> </ul>	Visita al consultorio del <a href="#">Especialista</a> en psiquiatría: Sin <a href="#">Copago</a>
<b>Desintoxicación médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos los <a href="#">Centros</a> que ofrecen un programa de tratamiento de dependencia química.</li> </ul>	Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">RTC</a> o <a href="#">Paciente ingresado</a> en <a href="#">Centro Hospitalario</a> , que es un <a href="#">Copago</a> /día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a> /estadía de \$750
<b>Evaluación y control de los medicamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos los servicios de evaluación y control de <a href="#">Medicamentos recetados</a>. Los medicamentos pueden ser para problemas de salud mental y/o consumo de sustancias.</li> <li>● Su <a href="#">PCP</a> o <a href="#">BHP</a> pueden supervisar los medicamentos de mantenimiento.</li> <li>● No necesita una <a href="#">PA</a> para visitas al <a href="#">PCP</a>.</li> </ul>	<p><a href="#">PCP</a>: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Visita al consultorio del <a href="#">Especialista</a> en psiquiatría: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">RTC</a> o <a href="#">Paciente ingresado</a> en <a href="#">Centro Hospitalario</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<b>Tratamiento de enfermedades mentales no graves</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos el tratamiento de diagnósticos que incluyen, entre otros:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trastornos de adaptación</li> <li>○ Trastornos de ansiedad</li> <li>○ Trastornos del estado de ánimo</li> <li>○ Trastornos de personalidad</li> </ul> </li> <li>● No necesita una <a href="#">PA</a> para visitas al consultorio de terapia conductual o a la <a href="#">ER</a>.</li> </ul>	<p>Visita al consultorio de terapia conductual: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Visita al consultorio del <a href="#">Especialista</a> en psiquiatría: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Incluido en <a href="#">Copago</a> de <a href="#">ER</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$300</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">RTC</a> o <a href="#">Paciente ingresado</a> en <a href="#">Centro Hospitalario</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<b><a href="#">Hospitalización parcial (tratamiento diurno)</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos el tratamiento varias veces por semana durante un número determinado de horas por día. Esta atención médica requiere</li> </ul>	<p><a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<p>más días y/u horas por día que un programa intensivo para <a href="#">Pacientes ambulatorios</a>.</p>	
<a href="#">Medicamentos recetados</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos los <a href="#">Medicamentos recetados</a>.</li> </ul>	<p>Consulte "<a href="#">Cuadro de beneficios de medicamentos recetados</a>" en la página 67</p>
<p>Visita al consultorio de un <a href="#">Especialista</a> en psiquiatría</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos la atención en un consultorio médico.</li> </ul>	<p>Sin <a href="#">Copago</a></p>
<p>Educación psicosocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos sin costo la educación en casa. Aprenda habilidades sociales y de la vida diaria.</li> </ul>	<p>Sin <a href="#">Copago</a></p>
<a href="#">RTC</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos la atención médica en <a href="#">Centros</a> autorizados como <a href="#">RTCs</a> incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico, evaluaciones y tratamiento;</li> <li>Servicios educativos y asistenciales;</li> <li>Consejería individual, familiar y grupal;</li> <li>Servicios médicos, de enfermería y dietéticos; y</li> <li>Alojamiento y comida.</li> </ul> </li> </ul>	<p><a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<p>Tratamiento de enfermedades mentales graves</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los diagnósticos incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>Trastornos bipolares</li> <li>Trastornos depresivos graves</li> <li>Trastornos obsesivo-compulsivos</li> <li>Trastornos generalizados del desarrollo</li> <li>Esquizofrenia</li> <li>Trastornos esquizoafectivos</li> </ul> </li> <li>No necesita una <a href="#">PA</a> para visitas al consultorio de terapia conductual o visitas a la <a href="#">ER</a>.</li> </ul>	<p>Visita al consultorio de terapia conductual: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Visita al consultorio del <a href="#">Especialista</a> en psiquiatría: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Incluido en <a href="#">Copago</a> de <a href="#">ER</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$300 que no se aplica si es admitido para recibir atención médica como <a href="#">Paciente ingresado</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">RTC</a> o <a href="#">Paciente ingresado</a> en <a href="#">Centro Hospitalario</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<p>Tratamiento del consumo de sustancias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos el diagnóstico y tratamiento, incluidos los programas farmacológicos para el consumo indebido y el abuso o la adicción al alcohol y drogas. Las</li> </ul>	<p><a href="#">Gestión de casos</a>: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Visita al consultorio de terapia conductual: Sin <a href="#">Copago</a></p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<p>"drogas" pueden ser ilegales, medicamentos recetados o de <a href="#">OTC</a>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulte también "<a href="#">Beneficios de medicamentos recetados</a>" en la página 66.</li> <li>• Asimismo, le conectaremos con recursos de la comunidad para ayudarle en su recuperación. La mayoría de estos servicios son gratis para usted.</li> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a> para acudir al consultorio de terapia conductual, <a href="#">Gestión de casos</a> o visitas a la <a href="#">ER</a>.</li> </ul>	<p>Visita al consultorio del <a href="#">Especialista</a> en psiquiatría: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Incluido en <a href="#">Copago</a> de <a href="#">ER</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$300 que no se aplica si es admitido para recibir atención médica como <a href="#">Paciente ingresado</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">RTC</a> o <a href="#">Paciente ingresado</a> en <a href="#">Centro Hospitalario</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<b>Las pruebas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos la evaluación clínica utilizando herramientas de valoración reconocidas: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desarrollo;</li> <li>○ Neuropsicología;</li> <li>○ Psicología; y</li> <li>○ Abuso de sustancias</li> </ul> </li> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a> para las visitas al consultorio de terapia conductual.</li> </ul>	<p>Visita al consultorio de terapia conductual: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Visita al consultorio del <a href="#">Especialista</a> en psiquiatría: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">RTC</a> o <a href="#">Paciente ingresado</a> en <a href="#">Centro Hospitalario</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<b>Dejar el tabaco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos el tratamiento para ayudarle a dejar de consumir productos de tabaco. Consulte también "<a href="#">Dejar el tabaco</a>" en la página 111.</li> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a> para recibir terapia de salud conductual o visitas al consultorio del <a href="#">PCP</a>.</li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>

### Recursos para una vida saludable

Tener un plan para manejar sus necesidades de atención médica requiere más dedicación que solo las visitas y medicamentos. Se trata de encontrar el equilibrio entre el trabajo, la familia, el hogar y la vida social.

Cuando usted nos incluye en su plan, obtiene el apoyo de un equipo dedicado a que tenga una vida más saludable todos los días.

Para acceder a su equipo de GlobalHealth y documentos gratuitos, vaya a [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com):

- [HRA](#) anual;
- Herramientas para mejorar y mantener su salud;
- Información sobre cómo manejar las enfermedades a largo plazo;

- Encuesta de satisfacción del sitio web;
- Materiales de salud; y
- Eficaces módulos de eLearning que le guían en el redescubrimiento de su paz interior y bienestar mental.

## Beneficios médicos

### Servicios cubiertos

Algunos [Servicios cubiertos](#) los puede recibir en un [Centro no preferido](#) o en un [Centro preferido](#). A continuación le informamos de qué servicios tienen esta opción. Asegúrese de verificar qué tipo de [Centro](#) es al hacer una cita. Su [Participación en el costo](#) es distinta según el lugar donde reciba la atención médica.

Nota: Si va a someterse a una cirugía en un [Centro Hospitalario](#), deberá preguntar a su [Proveedor](#) si será un [Paciente ingresado](#) o un [Paciente ambulatorio](#). A menos que el [Proveedor](#) escriba una orden para admitirle como [Paciente ingresado](#), usted es considerado [Paciente ambulatorio](#) y le corresponde pagar las cantidades de la [Participación en el costo](#) por la cirugía [Ambulatoria](#). Aunque permanezca en el [Hospital](#) durante la noche, se le seguirá considerado "[Paciente ambulatorio](#)".

Consulte también "[Requisitos de cobertura](#)" en la página 35.

### Cuadro de beneficios médicos

Beneficio	Descripción	Usted paga
<a href="#">ADHD</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos la gestión médica, que incluye:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluación diagnóstica;</li> <li>○ Servicios de laboratorio para monitorear los medicamentos recetados; y</li> <li>○ Tratamiento.</li> </ul> </li> </ul>	<p><a href="#">PCP</a>: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Consejería: Consulte "<a href="#">Cuadro de Beneficios de salud conductual</a>" en la página 36</p>
<b>Atención médica de alergias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suero               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suero de alergia y los materiales para su administración.</li> <li>○ No cubierto por los <a href="#">Beneficios de medicamentos recetados</a>. Solo está cubierto si se le administra durante una visita al consultorio o si el médico lo prepara para que se lo administre usted mismo.</li> </ul> </li> <li>• Pruebas               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios y suministros utilizados para crear un plan terapéutico de alergias.</li> </ul> </li> <li>• Tratamiento               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atención médica de alergias.</li> </ul> </li> </ul>	<p><a href="#">PCP</a>: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialista</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p> <p>Suero: <a href="#">Copago</a> de \$30 por suministro y administración de antígeno por 6 semanas</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a> para servicios de <a href="#">PCP</a>.</li> </ul>	
<b>Ambulancia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Servicios cubiertos</a> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Transporte para cuando requiera <a href="#">Servicios de emergencia</a> y una ambulancia para poder recibir la atención médica. No necesita una <a href="#">PA</a>;</li> <li>○ Una ambulancia aérea cuando no se le pueda trasladar con seguridad por otros medios. No necesita una <a href="#">PA</a>; y</li> <li>○ Servicios de ambulancia de no emergencia cuando cualquier otro tipo de transporte no sea seguro.</li> </ul> </li> <li>• No cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de camioneta para pacientes en silla de ruedas;</li> <li>○ Servicios de camioneta para pacientes en camilla; y</li> <li>○ Transporte público o comercial.</li> </ul> </li> </ul>	<a href="#">Copago</a> de \$100
<b>Anestesia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos estos servicios como parte de un procedimiento o cirugía.</li> <li>• Consulte también <a href="#">Atención dental - anestesia</a> en la página 48.</li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de la visita al <a href="#">Especialista</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<b><a href="#">ASD</a> Tratamiento del</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado a los <a href="#">Miembros</a> con los siguientes diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trastorno autista – autismo infantil, psicosis infantil y síndrome de Kanner;</li> <li>○ Trastorno desintegrativo infantil – síndrome de Heller;</li> <li>○ Síndrome de Rett; y</li> </ul> </li> </ul>	Ver abajo

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trastornos generalizados del desarrollo especificados – trastorno de Asperger, psicosis infantil atípica y prepsicosis de la infancia.</li> </ul>	
<b><u>ASD – farmacia</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Consulte "<a href="#">Beneficios de medicamentos recetados</a>" en la página 66.</li> </ul>	Consulte " <a href="#">Cuadro de beneficios de medicamentos recetados</a> " en la página 67
<b><u>ASD – Prueba de detección</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se realiza durante las visitas de niño sano.</li> <li>● No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>
<b><u>ASD – Atención terapéutica</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos la atención terapéutica: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>○ No se tienen en cuenta para el límite de visitas a los <a href="#">Servicios de Rehabilitación</a> a que pueda tener derecho.</li> </ul> </li> </ul>	<p><a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p> <p>Incluido en un <a href="#">Centro Ambulatorio</a> de rehabilitación, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Atención médica domiciliaria</a>, que es sin <a href="#">Copago</a></p>
<b><u>Sangre y productos sanguíneos</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos el procesamiento, almacenamiento y administración, incluida la recogida y el almacenamiento de sangre autógena. La sangre donada es un artículo no facturable.</li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<b><u>Prueba de densidad ósea</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos las medidas utilizadas para detectar una masa ósea baja y para determinar el riesgo de osteoporosis.</li> <li>● Edad de 45 años en adelante: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene una deficiencia de estrógeno;</li> <li>○ Tiene anomalías vertebrales, hiperparatiroidismo primario o</li> </ul> </li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>antecedentes de fracturas por fragilidad ósea;</li> <li>○ Recibe tratamiento prolongado de glucocorticoides; o</li> <li>○ Se encuentra actualmente en tratamiento para la osteoporosis.</li> <li>● Edad de 60 años en adelante: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="#">Prueba de detección</a> periódica cuando existe un mayor riesgo de sufrir fracturas osteoporóticas.</li> </ul> </li> <li>● Edad de 65 años en adelante.</li> <li>● No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	
<b>Cáncer de mama – atención médica a <a href="#">Pacientes ingresados</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Un mínimo de 48 horas tras una mastectomía;</li> <li>● Un mínimo de 24 horas tras una linfadenectomía;</li> <li>● Reconstrucción de la mama afectada;</li> <li>● Cirugía y reconstrucción de la otra mama para crear una apariencia simétrica cuando se realiza en un plazo de 24 meses desde la reconstrucción de la mama afectada; y</li> <li>● Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.</li> </ul>	Incluido en el <a href="#">Copago de Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</a> , que es un <a href="#">Copago/día</a> de \$250 hasta un <a href="#">Copago/estadía</a> de \$750
<b>Cáncer de mama – <a href="#">Medicina preventiva</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Consejería genética. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pruebas genéticas BRCA, si están indicadas, para mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama, ovario, trompas o peritoneo que puedan tener un mayor riesgo de padecer una mutación genética nociva.</li> </ul> </li> <li>● La cobertura está disponible sin costo alguno: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si actualmente no tiene síntomas ni está recibiendo tratamiento activo para el cáncer de mama, ovarios, trompas o peritoneo.</li> </ul> </li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aun cuando se le haya diagnosticado cáncer en el pasado.</li> </ul>	
<b>Cáncer de mama – prótesis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos prótesis externas e implantadas quirúrgicamente.</li> </ul>	<p>Prótesis externas: <a href="#">Coseguro</a> del 20%</p> <p>Prótesis internas: Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</a>, que es un que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<b>Cáncer de mama – tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos todos los tratamientos.</li> </ul>	<p>Tratamiento en un <a href="#">Centro</a> de quimioterapia o radioterapia: <a href="#">Copago</a>/tratamiento de \$50</p> <p>Equipo, servicios, medicamentos y suministros en un consultorio: Incluido en el <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialista</a>, que es <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p> <p>Equipo, servicios, medicamentos y suministros en un <a href="#">Centro</a>: Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p> <p>Equipos, servicios y suministros facturados por una agencia de <a href="#">Atención médica domiciliaria</a>: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p><a href="#">Medicamentos recetados</a> en la farmacia: Consulte "<a href="#">Cuadro de beneficios de medicamentos recetados</a>" en la página 67</p>
<b>Rehabilitación cardiopulmonar – <a href="#">Paciente ambulatorio</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Condiciones cubiertas: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recuperándose de: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trasplante de corazón;</li> <li>▪ Cirugía de bypass vascular; o</li> <li>▪ Ataque al corazón.</li> </ul> </li> <li>○ <a href="#">COPD</a>.</li> </ul> </li> <li>● <a href="#">Servicios cubiertos</a> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ejercicio;</li> <li>○ Educación; y</li> <li>○ Consejería.</li> </ul> </li> </ul>	<p><a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
<b>Atención quiropráctica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios provistos durante la visita al consultorio.</li> <li>Límite de 15 visitas por año.</li> </ul>	<u>Copago</u> /visita de \$25
<b>Tratamiento del labio leporino y paladar hendido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos la atención médica de <u>Pacientes ingresados</u> y <u>Pacientes ambulatorios</u> del labio leporino o paladar hendido, o ambos, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía Oral;</li> <li>Ortodoncia; y</li> <li>Tratamiento otológico, audiológico y del habla/lenguaje.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Tratamiento del habla/lenguaje: Sin <u>Copago</u>/visita de \$50</p> <p>Incluido en un <u>Centro Ambulatorio</u> de rehabilitación, que es un <u>Copago</u>/día de \$250 hasta un <u>Copago</u>/estadía de \$750</p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> del <u>Especialista</u>, que es un <u>Copago</u>/visita de \$50</p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> de <u>Centro preferido Ambulatorio</u>, que es un <u>Copago</u> de \$250</p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> de <u>Centro no preferido Ambulatorio</u>, que es <u>Copago</u> de \$750</p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> de <u>Centro Hospitalario</u> de <u>Pacientes ingresados</u>, que es un <u>Copago</u>/día de \$250 hasta un <u>Copago</u>/estadía de \$750</p>
<b>Ensayos clínicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solo cubrimos los <u>Costos periódicos</u>.</li> <li>El ensayo clínico debe ser del cáncer u otra <u>enfermedad o condición potencialmente mortal</u>.</li> <li>El sujeto o el propósito del ensayo clínico debe ser la evaluación de un artículo o servicio que pertenezca a una categoría de beneficios (por ejemplo, <u>Prueba diagnóstica</u>) y no esté excluido de la cobertura (como, por ejemplo, los procedimientos voluntarios).</li> </ul>	<p>Laboratorio: Sin <u>Copago</u></p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> del <u>Especialista</u>, que es un <u>Copago</u>/visita de \$50</p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> de <u>ER</u>, que es un <u>Copago</u>/visita de \$300, que no se aplica si es admitido para recibir atención médica como <u>Paciente ingresado</u></p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> de <u>Centro preferido Ambulatorio</u>, que es un <u>Copago</u> de \$250</p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> de <u>Centro no preferido Ambulatorio</u>, que es un <u>Copago</u> de \$750</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
		Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario</a> de <a href="#">Pacientes ingresados</a> , que es un <a href="#">Copago</a> /día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a> /estadía de \$750
<p><b><a href="#">Prueba de detección preventiva del cáncer colorrectal</a></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulte "<a href="#">Beneficios de la medicina preventiva</a>" en la página 71.</li> <li>• Colonoscopia – Una vez cada 10 años, el proceso de la <a href="#">Prueba de detección</a> preventiva incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta antes de realizar la <a href="#">Prueba de detección</a> si su médico determina que es adecuada para usted;</li> <li>○ Servicios de anestesia para la colonoscopia si el médico especialista determina que es adecuada para usted;</li> <li>○ La extirpación de pólipos durante la realización de la <a href="#">Prueba de detección</a>; y</li> <li>○ Análisis patológico para determinar si los pólipos son malignos.</li> </ul> </li> <li>• Colonoscopia por tomografía computarizada (CT) – Cada cinco años.</li> <li>• Prueba inmunoquímica fecal ("FIT") – Cada 12 meses.</li> <li>• Prueba de sangre oculta en heces ("FOBT") – Cada 12 meses.</li> <li>• FIT-DNA – Cada tres años. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se requiere receta médica.</li> </ul> </li> <li>• Sigmoidoscopia <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Una vez cada tres años.</li> <li>○ Una vez cada cinco años con FOBT cada 12 meses.</li> <li>○ Una vez cada 10 años con FIT cada 12 meses.</li> </ul> </li> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a> para las pruebas FIT y FOBT.</li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>
<p><b>Servicios de anticoncepción</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos consejería, uso de anticonceptivos y atención médica de seguimiento (como manejo, evaluación, cambios y eliminación o interrupción).</li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No cubrimos la reversión de la esterilización quirúrgica voluntaria ni la consejería genética para planificación familiar.</li> <li>• La cobertura quirúrgica incluye (las hysterectomías están cubiertas con <a href="#">Copagos</a> regulares): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cirugía de esterilización;</li> <li>○ Implante de esterilización quirúrgica para mujeres;</li> <li>○ Varilla implantable; y</li> <li>○ Capuchón cervical.</li> </ul> </li> <li>• La cobertura de visitas al consultorio sin una <a href="#">PA</a> incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inyección;</li> <li>○ DIU de cobre;</li> <li>○ DIU con progesterona; y</li> <li>○ Diafragma.</li> </ul> </li> <li>• La <a href="#">Cobertura de medicamentos recetados</a> incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anticonceptivos orales (píldora combinada);</li> <li>○ Anticonceptivos orales (solo progesterona);</li> <li>○ Anticonceptivos orales de ciclo extendido o uso continuo;</li> <li>○ Parche;</li> <li>○ Esponja;</li> <li>○ Preservativo femenino;</li> <li>○ Espermicida;</li> <li>○ Inyección;</li> <li>○ Anillo vaginal anticonceptivo;</li> <li>○ Anticoncepción de emergencia (Plan B/Plan B One Step/Next Choice); y</li> <li>○ Anticoncepción de emergencia (Ella).</li> </ul> </li> <li>• Los servicios y artículos sin costo para usted incluyen la visita al consultorio o al <a href="#">Centro</a>.</li> </ul>	
<p><b><a href="#">Cirugía reconstructiva y cosmética</a></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La cirugía cosmética se limita a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reconstrucción debido a una lesión accidental;</li> <li>○ Reconstrucción mamaria tras una mastectomía; y</li> </ul> </li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mejora del funcionamiento de una parte malformada del cuerpo. No incluye procedimientos odontológicos ni dentales.</li> <li>● La <a href="#">Cirugía reconstructiva</a> se limita a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cirugía y tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo debido a defectos congénitos, accidentes, lesiones o condiciones médicas;</li> <li>○ Cirugía tras una mastectomía para restaurar o lograr la simetría, incluido el tratamiento de las complicaciones físicas;</li> <li>○ Anomalías craneofaciales para mejorar la función o intentar crear una apariencia normal de una estructura anómala causadas por defectos congénitos o anomalías del desarrollo;</li> <li>○ Traumatismo, infección, tumores o enfermedad, y</li> <li>○ Reducción mamaria.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario</a> de <a href="#">Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<b>Atención dental – anestesia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Anestesia;</li> <li>● Anestesiólogo; y</li> <li>● Se requiere un <a href="#">Centro Hospitalario</a> o de cirugía para los procedimientos dentales.</li> <li>● Los <a href="#">Miembros</a> deben: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tener una condición médica que requiera <a href="#">Hospitalización</a> o anestesia general para poder someterse al tratamiento dental;</li> <li>○ Estar gravemente discapacitado;</li> <li>○ A juicio del médico responsable, debe carecer del suficiente desarrollo emocional para someterse a un procedimiento dental <a href="#">Médicamente necesario</a> sin el uso de anestesia; y</li> <li>○ Requerir servicios de <a href="#">Paciente ingresado</a> o <a href="#">Paciente</a></li> </ul> </li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario</a> de <a href="#">Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<p><a href="#">ambulatorio</a> debido a una condición médica preexistente o a la intensidad del procedimiento dental.</p>	
<b>Atención dental – emergencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de lesiones accidentales en la mandíbula, dientes naturales sanos, boca o cara.</li> <li>• El reemplazo, la reimplantación y la atención de seguimiento de esos dientes no están cubiertos, aun cuando los dientes afectados no se puedan salvar mediante la estabilización de emergencia.</li> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">ER</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$300, que no se aplica si es admitido para recibir atención médica como <a href="#">Paciente ingresado</a></p>
<b>Atención médica para diabéticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos la atención médica de: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prediabetes;</li> <li>○ Dependiente de insulina (tipo 1);</li> <li>○ No dependiente de insulina (tipo 2); y</li> </ul> </li> <li>• Niveles elevados de glucosa en sangre durante el embarazo.</li> </ul>	<p>Ver abajo</p>
<b>Atención médica para diabéticos – <a href="#">Programa de Prevención de la Diabetes</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios sin costo se limitan a los <a href="#">Miembros</a> prediabéticos (niveles de azúcar en sangre más altos de lo normal, pero que aún no han sido diagnosticados con diabetes).</li> <li>• Asistencia para aprender nuevas habilidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comida saludable;</li> <li>○ Vida activa; y</li> <li>○ Pérdida de peso.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Sin <a href="#">Copago</a></p>
<b>Atención médica para diabéticos – suministros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jeringuillas;</li> <li>○ Tiras de prueba para monitores de glucosa;</li> <li>○ Tiras reactivas visuales para análisis de orina;</li> <li>○ Artículos para inyecciones;</li> <li>○ Cartuchos para personas con ceguera legal; y</li> <li>○ Otros equipos para la diabetes y servicios relacionados que el Consejo de Salud del Estado de</li> </ul> </li> </ul>	<p><a href="#">Coseguro</a> del 20%</p> <p>Suministros en la visita al consultorio o al <a href="#">Centro</a>: Incluido en el <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialista</a>, que es <a href="#">Copago</a>/visita de \$50 – No sujeto a <a href="#">Deducible</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario</a> de <a href="#">Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<p>Oklahoma (Oklahoma State Board of Health) determine <a href="#">Médicamente necesarios</a>, siempre que la <a href="#">FDA</a> haya aprobado dichos equipos y suministros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No necesita una <a href="#">PA</a> para los monitores que proporcionamos. Consulte su <i>Formulario de medicamentos</i> para conocer las restricciones, si las hay, para los suministros y medicamentos.</li> </ul>	<p>Suministros facturados por una agencia de <a href="#">Atención médica domiciliaria</a> o de <a href="#">Servicios a enfermos terminales</a>: Sin <a href="#">Copago</a></p>
<p><b>Atención médica para diabéticos – <a href="#">DME</a> y suministros</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitores de glucosa en sangre;</li> <li>Monitores de glucosa en sangre para personas con ceguera legal;</li> <li>Bombas de insulina y accesorios necesarios;</li> <li>Dispositivos de infusión de insulina; y</li> <li>Aparatos ortopédicos de pie para prevenir complicaciones de la diabetes.</li> </ul>	<p><a href="#">Coseguro</a> del 20%</p> <p>Equipo durante la visita al consultorio o al <a href="#">Centro</a>: Incluido en el <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialista</a>, que <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p> <p>Equipos facturados por una agencia de <a href="#">Atención médica domiciliaria</a> o de <a href="#">Servicios a enfermos terminales</a>: Sin <a href="#">Copago</a></p>
<p><b>Atención médica para diabéticos – medicamentos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insulina; y</li> <li>Medicamentos orales para controlar el azúcar en sangre.</li> </ul>	<p>Consulte "<a href="#">Cuadro de beneficios de medicamentos recetados</a>" en la página 67</p>
<p><b>Atención médica para diabéticos – entrenamiento en el autocontrol de la diabetes,</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los servicios sin costo se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> <li>Visitas para el diagnóstico de la diabetes;</li> <li>Las visitas que su médico recomiende debido a un cambio en sus síntomas o condición que</li> </ul> </li> </ul>	<p>Sin <a href="#">Copago</a></p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
<b>educación y terapia médica nutricional</b>	<p>supongan la necesidad de hacer cambios en el autocontrol; y</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visitas para repaso de la educación o del entrenamiento.</li> <li>● El entrenamiento se lo puede dar su médico. O bien, su médico nos puede enviar una <a href="#">Referencia</a> para visitas a un educador, nutricionista o dietista de diabetes.</li> <li>● Quizá tenga que pagar el <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialista</a> si recibe otros servicios durante la visita.</li> </ul>	
<a href="#">Pruebas diagnósticas</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos servicios de laboratorio y radiológicos que incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Análisis de sangre</li> <li>○ Mamografías no periódicas</li> <li>○ Pruebas de Papanicoláu no periódicas</li> <li>○ Ultrasonidos periódicos</li> <li>○ Radiografías estándar</li> </ul> </li> <li>● Cubrimos pruebas de Papanicoláu y mamografías periódicas en <a href="#">Medicina preventiva</a>. Cubrimos ultrasonidos periódicos relacionados con el embarazo en atención prenatal.</li> <li>● Los servicios periódicos no requieren una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>
<a href="#">DME</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos equipos y suministramos que ordene su <a href="#">Proveedor</a> para uso diario o extendido. Ciertos artículos, aunque duraderos por naturaleza, pueden pertenecer a otras categorías de cobertura. Algunos ejemplos son prótesis o dispositivos ortopédicos.</li> <li>● Determinamos el alquiler o la compra de un artículo. Deberá devolver el equipo alquilado cuando finalice la necesidad médica.</li> <li>● Ejemplos de <a href="#">Servicios cubiertos</a>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oxígeno y equipos de oxígeno</li> <li>○ CPAP y suministros</li> <li>○ Sillas de ruedas</li> </ul> </li> </ul>	<p><a href="#">Coseguro</a> del 20%</p> <p>Equipo durante la visita al consultorio o al <a href="#">Centro</a>: Includido en el <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialista</a>, que <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p> <p>Includido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">ER</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$300, que no se aplica si es admitido para recibir atención médica como <a href="#">Paciente ingresado</a></p> <p>Includido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Muletas</li> <li>○ Algunos equipos y suministros para el autocontrol de la diabetes</li> <li>● Reemplazo, reparaciones, ajustes, mantenimiento y costos de envío.</li> <li>● No cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Equipos que se emplean por comodidad o conveniencia.</li> <li>○ Actualización de funciones para mejorar el equipo básico.</li> <li>○ Cambios a su hogar o vehículo.</li> <li>○ Reparación y reemplazo si el equipo se destruye debido al uso indebido o abuso o si se pierde o se vende.</li> <li>○ Varios artículos de <a href="#">DME</a> para el mismo uso o similar.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p> <p>Equipos facturados por una agencia de <a href="#">Atención médica domiciliaria</a> o de <a href="#">Servicios a enfermos terminales</a>: Sin <a href="#">Copago</a></p>
<b>Medicamentos de emergencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos los medicamentos de emergencia como si fueran <a href="#">Medicamentos recetados</a>.</li> </ul>	<p>Consulte "<a href="#">Cuadro de beneficios de medicamentos recetados</a>" en la página 67</p>
<a href="#">Servicios de emergencia</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Consulte "<a href="#">Atención médica de emergencia</a>" en la página 24.</li> <li>● No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	<p><a href="#">Copago</a>/visita de \$300</p> <p>No se aplica si es admitido para recibir atención médica como <a href="#">Paciente ingresado</a> desde el departamento de ER</p>
<b>Anteojos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos anteojos para adultos y niños.</li> </ul>	<p>Consulte "<a href="#">Beneficios ópticos</a>" en la página 78</p>
<b>Atención de los pies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos la atención médica de lesiones o condiciones que afectan a los pies.</li> <li>● La atención periódica se limita a los <a href="#">Miembros</a> con diabetes o una enfermedad de la circulación sanguínea. Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recorte, corte y desbridamiento de uñas; y</li> <li>○ Atención higiénica y preventiva de los pies.</li> </ul> </li> <li>● No necesita una <a href="#">PA</a> para visitas al <a href="#">PCP</a>.</li> </ul>	<p><a href="#">PCP</a>: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialista</a>, que es <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p>
<b>Servicios de audiología – Cochlear®</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Un dispositivo implantable para <a href="#">Miembros</a> con deficiencia auditiva bilateral profunda para quienes no</li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<p>sirven los audífonos convencionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La cobertura es para <a href="#">Miembros</a> de al menos 18 meses de edad o para <a href="#">Miembros</a> en etapa de prelenguaje con una percepción mínima del habla utilizando audífonos.</li> <li>• Cirugía para implantar un dispositivo.</li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$750</p>
<p><b>Servicios de audiología – audífonos y dispositivos de audición</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado a un audífono por oído cada 48 meses, a menos que sea <a href="#">Médicamente necesario</a> reemplazarlo con más frecuencia.</li> <li>• Los miembros menores de dos años pueden obtener cuatro moldes auriculares adicionales por año (dos moldes para cada oído).</li> <li>• Reparaciones y piezas de repuesto (excepto cuando se pierden, venden, dañan o destruyen debido a uso indebido o abuso), ajustes, mantenimiento y costos de envío.</li> <li>• No cubrimos la actualización de funciones.</li> <li>• No cubrimos accesorios ni suministros.</li> </ul>	<p>Audífonos y dispositivos de audición: <a href="#">Coseguro</a> del 20%</p> <p>Reparaciones, piezas de repuesto, ajustes, mantenimiento, entrega: <a href="#">Coseguro</a> del 20%</p> <p>Perdido, vendido, dañado o destruido debido a un uso indebido o abuso: Usted paga el <a href="#">Deducible</a> del fabricante establecido en la garantía que viene con el audífono estándar; no cuenta para su <a href="#">MOOP</a></p> <p>Actualización de funciones: Si elige las funciones actualizadas del aparato, usted paga la cantidad que sobrepase el costo de un audífono estándar; la cantidad adicional no cuenta para su <a href="#">MOOP</a>.</p>
<p><b>Servicios de audiología – Prueba de detección</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> realizada por el <a href="#">PCP</a>.</li> <li>• Evaluación del audiólogo.</li> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	<p>Sin <a href="#">Copago</a></p>
<p><b>Servicios de audiología – pruebas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas para determinar la necesidad de audífonos.</li> <li>• Servicios relacionados necesarios para acceder, seleccionar y ajustar o encajar un audífono.</li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialista</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p>
<p><b><a href="#">Atención médica domiciliaria</a></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulte "<a href="#">Atención médica domiciliaria</a>" en la página 25.</li> <li>• Se limita a un total de 100 visitas por año.</li> </ul>	<p>Servicios, medicamentos, suministros y equipos facturados por una agencia de <a href="#">Atención médica domiciliaria</a>: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Equipo facturado por separado: <a href="#">Coseguro</a> del 20%</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
<p><a href="#"><u>Servicios a enfermos terminales</u></a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos los <a href="#"><u>Servicios a enfermos terminales</u></a> en el plan de atención médica desarrollado por su equipo de <a href="#"><u>Proveedores</u></a> y cuidadores.</li> <li>• La atención médica se puede recibir en un <a href="#"><u>Centro</u></a> para enfermos terminales de un <a href="#"><u>Hospital</u></a> de la <a href="#"><u>Red</u></a> o en un programa para enfermos terminales en casa.</li> <li>• Servicios <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enfermería especializada</li> <li>○ Asistente médico en casa certificado y servicios de tareas domésticas supervisados por una enfermera registrada</li> <li>○ Servicios de duelo</li> <li>○ Servicios sociales</li> <li>○ Dirección médica</li> <li>○ Servicios de patología física, ocupacional y del habla para el control de los síntomas o para permitirle continuar las actividades de la vida diaria y las habilidades funcionales básicas.</li> <li>○ Medicamentos <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Productos farmacéuticos facturados por la agencia de servicios a enfermos terminales</li> </ul> </li> <li>○ Suministros y equipos</li> <li>○ Equipos y suministros médicos facturados por la agencia de servicios a enfermos terminales para el alivio y el tratamiento de la enfermedad terminal y las condiciones relacionadas</li> </ul> </li> </ul>	<p>Servicios, medicamentos, suministros y equipos facturados por una agencia de servicios a enfermos terminales: Sin <a href="#"><u>Copago</u></a></p>
<p><b>Vacunas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulte "<a href="#"><u>Beneficios de la medicina preventiva</u></a>" en la página 71. No necesita una <a href="#"><u>PA</u></a>.</li> <li>• A menos que también sea un <a href="#"><u>Servicio preventivo</u></a>, no cubrimos las vacunas que deba recibir para: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Empleo;</li> <li>○ Servicio militar;</li> <li>○ Viajes; o</li> </ul> </li> </ul>	<p>Sin <a href="#"><u>Copago</u></a></p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Una escuela vocacional o instituto de educación superior.</li> </ul>	
<b>Servicios de <u>Infertilidad</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Servicios cubiertos</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diagnóstico, pruebas y medicamentos que recibe de un médico</li> <li>○ Tratamiento para hombres y mujeres</li> <li>○ Las visitas al <u>PCP</u> no requieren una <u>PA</u>.</li> </ul> </li> <li>● No cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Costo del espermatozoides del donante u óvulos de la donante</li> <li>○ Criopreservación o almacenamiento de espermatozoides (banco de espermatozoides), óvulos o embriones</li> <li>○ Transferencia intratubárica de gametos ("GIFT")</li> <li>○ Consejería genética y <u>Prueba de detección</u> genética</li> <li>○ Procedimientos de inseminación y todos los servicios relacionados con la inseminación</li> <li>○ Inseminación intracervical ("ICI")</li> <li>○ Fertilización in vitro ("IVF")</li> <li>○ Reversión de un procedimiento de esterilización</li> <li>○ Transferencia intratubárica de cigotos ("ZIFT")</li> <li>○ Servicios relacionados con estos procedimientos</li> </ul> </li> </ul>	<p><u>PCP</u>: Sin <u>Copago</u></p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> del <u>Especialista</u>, que es un <u>Copago</u>/visita de \$50</p> <p>Otro tratamiento: <u>Coseguro</u> del 50%</p>
<b>Medicamentos inyectables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Medicamentos inyectables para <u>Pacientes ambulatorios</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Medicamentos que su médico le entrega en el consultorio.</li> </ul> </li> <li>● Medicamentos autoinyectables <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Medicamentos que usted se inyecta comprados en la farmacia.</li> </ul> </li> </ul>	<p><u>PCP</u>: Sin <u>Copago</u></p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> del <u>Especialista</u>, que es un <u>Copago</u>/visita de \$50</p> <p>Consulte "<u>Cuadro de beneficios de medicamentos recetados</u>" en la página 67</p>
<b><u>Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos la atención médica en un <u>Hospital</u> cuando es necesario el ingreso. Por lo general, requiere una estadía de una noche.</li> </ul>	<p><u>Copago</u>/día de \$250 hasta un <u>Copago</u>/estadía de \$750</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La atención incluye:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Administración de sangre completa y plasma sanguíneo;</li> <li>○ Servicios de anestesia y oxígeno;</li> <li>○ Fármacos, medicamentos, productos biológicos;</li> <li>○ Atención de enfermería general;</li> <li>○ Comidas y dietas especiales</li> <li>○ Radioterapia, terapia de inhalación, perfusión;</li> <li>○ Alojamiento y comida;</li> <li>○ Enfermería especial;</li> <li>○ Uso de la sala de operaciones y <a href="#">Centros</a> relacionados;</li> <li>○ Uso de unidades y servicios de cuidados intensivos; y</li> <li>○ Servicios de laboratorio, radiografías y otras <a href="#">Pruebas diagnósticas</a>.</li> </ul> </li> <li>• También cubrimos <a href="#">Servicios de rehabilitación</a> cuando esperamos que tenga una mejoría significativa en un período de dos meses.</li> </ul>	<p>Transferencias de <a href="#">ER</a>: No se aplica el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">ER</a></p>
<b>Servicios de laboratorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos servicios de laboratorio diagnósticos y terapéuticos.</li> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>
<b>Mamografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a>:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mujeres de 35 a 40 años                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una mamografía periódica durante este período de 5 años</li> </ul> </li> <li>○ Mujeres mayores de 40 años                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una mamografía periódica cada 12 meses</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Mamografías en 2D y 3D</li> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a> para mamografías periódicas.</li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>
<b>Atención de maternidad y recién nacidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos el embarazo, trabajo de parto y parto. Incluye <a href="#">Complicaciones del embarazo</a>, atención médica para abortar cuando la vida de la madre está en peligro y aborto espontáneo.</li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> del parto y servicios a la madre como <a href="#">Paciente ingresado</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$500</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">ER</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$300, que no se aplica si es admitido para recibir</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las náuseas del embarazo no son una <a href="#">Complicación del embarazo</a>.</li> <li>● Las emergencias y visitas al consultorio de su <a href="#">OB/GYN</a> no requieren una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	<p>atención médica como <a href="#">Paciente ingresado</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago/día</a> de \$250 hasta un <a href="#">Copago/estadía</a> de \$750</p>
<b>Atención de maternidad y recién nacidos – suministros de lactancia materna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Los suministros de lactancia se limitan a la compra o alquiler de tiraleches y suministros relacionados.</li> <li>● Se limita a un tiraleches por año para mujeres embarazadas y/o lactantes.</li> <li>● Alquiler o compra de equipos de lactancia materna para el tiempo que dure la lactancia.</li> </ul>	<p>Sin <a href="#">Copago</a></p>
<b>Atención de maternidad y recién nacidos – parto y servicios de <a href="#">Paciente ingresado</a> para la madre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tras un parto natural, cubrimos al menos 48 horas de atención médica de <a href="#">Paciente ingresado</a> en un <a href="#">Hospital</a> o en un centro de maternidad registrado como <a href="#">Hospital</a>.</li> <li>● Tras un parto por cesárea, cubrimos al menos 96 horas de atención médica de <a href="#">Paciente ingresado</a> en un <a href="#">Hospital</a>.</li> <li>● El período de 48 o 96 horas comienza en el momento del parto. Si da a luz fuera del <a href="#">Hospital</a> y después la admiten por motivo del parto (según lo determine su médico), el período comienza en el momento del ingreso.</li> <li>● La atención incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pruebas clínicas adecuadas;</li> <li>○ Parto;</li> </ul> </li> </ul>	<p><a href="#">Copago/estadía</a> de \$500</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="#">Servicios hospitalarios</a> de <a href="#">Paciente ingresado</a>;</li> <li>○ Educación para los padres;</li> <li>○ Evaluación física; y</li> <li>○ Entrenamiento o asistencia con la alimentación de leche materna o biberón.</li> <li>● No cubrimos los costos resultantes de un parto normal a término fuera de nuestra <a href="#">Red</a>. "Parto normal a término" se define como el parto (vaginal o por cesárea) que se produce durante los 30 días previos a la fecha prevista. Consulte "<a href="#">Atención médica de emergencia</a>" en la página 24 para conocer las excepciones.</li> <li>● No necesita una <a href="#">PA</a> para recibir estos servicios.</li> <li>● Otros ingresos que no sean de emergencia o ingresos que superen la atención médica habitual de 48 o 96 horas requieren una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	
<b>Atención de maternidad y recién nacidos – servicios de asistencia a la lactancia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios de consejería, educación y asistencia a la lactancia: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Período prenatal;</li> <li>○ Perinatal; y</li> <li>○ Posparto</li> </ul> </li> <li>● La sesión individual o en grupo incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conversaciones en persona;</li> <li>○ Asistencia en línea;</li> <li>○ Llamadas telefónicas;</li> <li>○ Documentos impresos; y</li> <li>○ Videos.</li> </ul> </li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>
<b>Atención de maternidad y recién nacidos – servicios para recién nacidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Para los recién nacidos hospitalizados durante más tiempo que la estadía aprobada de la madre de 48 o 96 horas se requiere otro <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Hospital de Pacientes ingresados</a></li> <li>● Cubrimos los servicios <a href="#">Médicamente Necesarios</a> durante los primeros 31 días de vida. Sin embargo, si no inscribe a su recién nacido en el <a href="#">Plan</a>, la cobertura</li> </ul>	<p>Servicios de <a href="#">Paciente ingresado</a> durante la estadía de 48 o 96 horas de la madre: Incluido en el <a href="#">Copago</a> del parto y servicios a la madre como <a href="#">Paciente ingresado</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$500</p> <p>Servicios de <a href="#">Paciente ingresado</a> después de la estadía de 48 o 96 horas de la madre: <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<p>finalizará automáticamente a los 31 días. Coordinaremos los beneficios durante estos 31 días si inscribe a su recién nacido en otro <a href="#">Plan</a> y la fecha de entrada en vigor cae entre el nacimiento y el día 31. Consulte "<a href="#">Cuando está cubierto por más de un plan</a>" en la página 95.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando la atención de maternidad es para un hijo <a href="#">Dependiente</a>, la cobertura del recién nacido (un <a href="#">Dependiente</a> de un <a href="#">Dependiente</a>) queda limitada a la estadía de la madre aprobada de 48 o 96 horas.</li> <li>• Cubrimos la circuncisión de recién nacidos.</li> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a> para la estadía de la madre de 48 o 96 horas ni para las visitas al pediatra. Consulte también "<a href="#">Listas de verificación de visitas preventivas</a>" en la página 106.</li> </ul>	<p>Visitas al consultorio del pediatra: Sin <a href="#">Copago</a></p>
<p><b>Atención de maternidad y recién nacidos – visitas posparto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos hasta seis semanas de atención posparto.</li> <li>• Si el parto se produce en casa o en un centro de maternidad registrado como centro de maternidad, cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atención posparto en casa tras un parto natural; y</li> <li>○ Una visita a casa en las 48 horas posteriores al parto por parte de un <a href="#">Proveedor</a> cuya especialidad incluya la atención posparto.</li> </ul> </li> <li>• Las visitas incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pruebas clínicas adecuadas;</li> <li>○ <a href="#">Prueba de detección</a> de la depresión;</li> <li>○ Educación para los padres;</li> <li>○ Evaluación física de la madre y del recién nacido; y</li> <li>○ Entrenamiento o asistencia con la alimentación de leche materna o biberón.</li> </ul> </li> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	<p>Un solo <a href="#">Copago</a> de \$25 por todas las visitas posparto</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
<b>Atención de maternidad y recién nacidos – atención prenatal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos sin costo los servicios de <a href="#">Gestión de casos</a>. No necesita una <a href="#">PA</a>. Consulte "<a href="#">Programa de difusión prenatal</a>" en la página 105.</li> <li>• Su médico decide cuántas visitas son adecuadas para usted y qué servicios recibe en cada visita. Los servicios habituales incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Análisis de laboratorio</li> <li>○ Atención obstétrica</li> <li>○ <a href="#">Pruebas de detección</a></li> <li>○ Ultrasonidos</li> </ul> </li> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a>. Consulte "<a href="#">Listas de verificación de visitas preventivas</a>" en la página 106.</li> </ul>	<p>Atención periódica: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Servicios prenatales de alto riesgo, no preventivos o no periódicos: Incluido en el <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialista</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">ER</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$300, que no se aplica si es admitido para recibir atención médica como <a href="#">Paciente ingresado</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<b>Suministros y materiales médicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los artículos <a href="#">OTC</a> se limitan a los suministros desechables necesarios para los equipos <a href="#">DME</a>, suministros para diabéticos y suministros para ostomía.</li> <li>• El <a href="#">Copago</a> por visita al consultorio o <a href="#">Centro</a> incluye suministros y materiales médicos utilizados durante una visita o admisión, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vendajes</li> <li>○ Gasas</li> <li>○ Pomadas</li> <li>○ Cabestrillos</li> </ul> </li> <li>• No cubrimos este tipo de artículos para ningún otro propósito.</li> </ul>	<p>Suministros de ostomía y de equipos <a href="#">DME</a>: <a href="#">Coseguro</a> del 20%</p> <p>Suministros para diabéticos: <a href="#">Coseguro</a> del 20%</p> <p>Equipo durante la visita al consultorio o al <a href="#">Centro</a>: Incluido en el <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialista</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">ER</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$300, que no se aplica si es admitido para recibir atención médica como <a href="#">Paciente ingresado</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
		<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Atención médica domiciliaria</a> o <a href="#">Servicios a enfermos terminales</a>, que es sin <a href="#">Copago</a></p>
<b>Servicios de salud mental/conductual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos los servicios de <a href="#">Paciente ingresado</a> y <a href="#">Paciente ambulatorio</a>.</li> </ul>	Consulte " <a href="#">Cuadro de Beneficios de salud conductual</a> " en la página 36
<b><a href="#">Prueba de detección</a> de la obesidad y consejería y tratamiento para perder peso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos la <a href="#">Prueba de detección</a> y la consejería para todos los <a href="#">Miembros</a>. Consulte "<a href="#">Beneficios de la medicina preventiva</a>" en la página 71.</li> <li>Cubrimos beneficios para adultos para el control del peso de <a href="#">Miembros</a> con un índice de masa corporal (BMI) de 30 kg/m<sup>2</sup> o superior:               <ul style="list-style-type: none"> <li>12 a 26 sesiones de consejería nutricional en el primer año;</li> <li>Sesiones individuales y/o grupales de asistencia a los <a href="#">Miembros</a>;                   <ul style="list-style-type: none"> <li>Tomar decisiones de alimentación saludable;</li> <li>Abordar los obstáculos que dificultan el progreso;</li> <li>Controlar el comportamiento; y</li> <li>Mantener la actividad física.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>No cubrimos los programas de pérdida de peso comerciales ni los productos <a href="#">OTC</a> para bajar de peso.</li> <li>Los servicios los ofrece su <a href="#">PCP</a> o un dietista o nutricionista de la <a href="#">Red</a>.</li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>No necesita una <a href="#">PA</a> para los servicios ofrecidos por el <a href="#">PCP</a>.</li> </ul>	
<b>Cirugía Oral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos la cirugía en la cavidad oral o próxima a esta solo por motivos médicos.</li> <li>Cirugía oral y maxilofacial para: <ul style="list-style-type: none"> <li>Biopsia y extirpación de quistes o tumores de la mandíbula;</li> <li>Tratamiento del cáncer;</li> <li>Extracción de dientes antes de un trasplante de órganos significativo; y</li> <li>Radiación de la cabeza o el cuello, y tratamiento quirúrgico no dental para defectos congénitos.</li> </ul> </li> <li>Cirugía ortognática cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>La alineación de la mordida afecta la salud física, no solo la salud dental, como los problemas con: <ul style="list-style-type: none"> <li>Deglución;</li> <li>Habla; o</li> <li>Masticación.</li> </ul> </li> <li>Traumatismo en la boca que afecta su función.</li> <li>Otras formas de tratamiento no han funcionado.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<b>Dispositivos ortopédicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Limitado a los <a href="#">Miembros</a> con diagnósticos relacionados con la diabetes o una enfermedad de la circulación sanguínea.</li> <li>Cubrimos reemplazos, reparaciones y ajustes. Se limita a: <ul style="list-style-type: none"> <li>Uso y desgaste normal; o</li> <li>Debido a un cambio significativo en el estado físico.</li> </ul> </li> </ul>	<p><a href="#">Coseguro</a> del 20%</p> <p>Dispositivos durante la visita al consultorio o <a href="#">Centro</a>: Incluido en un <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">ER</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$300, que no se aplica si es admitido para recibir atención médica como <a href="#">Paciente ingresado</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
		<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p> <p>Equipos facturados por una agencia de <a href="#">Atención médica domiciliaria</a> o de <a href="#">Servicios a enfermos terminales</a>: Sin <a href="#">Copago</a></p>
<b>Servicios Ambulatorios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos la atención médica, incluidos los servicios diagnósticos, terapéuticos y radiografías. No debe estar encamado.</li> <li>• Los servicios pueden ofrecerse en un consultorio médico, <a href="#">Centro</a> no ubicado en un hospital o en un <a href="#">Hospital</a>.</li> <li>• Cubrimos los <a href="#">Servicios de rehabilitación</a> cuando se espera una mejoría significativa en el plazo de dos meses.</li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">ER</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$300, que no se aplica si es admitido para recibir atención médica como <a href="#">Paciente ingresado</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$750</p>
<b>Cirugía Ambulatoria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos la cirugía realizada en un <a href="#">Centro Ambulatorio</a> en lugar de durante una estadía como <a href="#">Paciente ingresado</a>, cuando ello sea adecuado.</li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$750</p>
<b>Pruebas de fenilcetonuria ("PKU")</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos pruebas de recién nacidos. Consulte "<a href="#">Beneficios de la medicina preventiva</a>" en la página 71.</li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>
<b>Fisioterapia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos la evaluación realizada por un fisioterapeuta con licencia.</li> <li>• El fisioterapeuta puede enviar una <a href="#">Referencia</a> para un máximo de 30 días de tratamiento. Los servicios que superen los 30 días requieren una <a href="#">Referencia</a> del médico y otra autorización.</li> </ul>	<p>Servicios en el consultorio: <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p> <p><a href="#">Centro Ambulatorio</a> de rehabilitación: <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Servicios como <a href="#">Paciente ingresado</a>: Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro</a></p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las visitas cuentan para el número total combinado de sesiones de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla de <a href="#">Pacientes ambulatorios</a> bajo <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>.</li> <li>• Cubrimos el masaje terapéutico si se realiza durante la fisioterapia. No cubrimos el masaje terapéutico si ese es el propósito de la visita o si se factura por separado.</li> <li>• Para solo la evaluación, no necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	<p><a href="#">Hospitalario</a> de <a href="#">Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Atención médica domiciliaria</a>, que es sin <a href="#">Copago</a></p>
<p><a href="#">Servicios del médico</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos los servicios de diagnóstico, tratamiento, consultoría y <a href="#">Referencia</a> proporcionados por su <a href="#">PCP</a> o un <a href="#">Especialista</a>.</li> <li>• Servicios que prestan los médicos y otros profesionales de la salud <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alopáticos;</li> <li>○ Quiroprácticos;</li> <li>○ Optométricos;</li> <li>○ Osteopáticos;</li> <li>○ Podiátricos;</li> <li>○ Psicológicos; y</li> <li>○ Segunda opinión quirúrgica.</li> </ul> </li> <li>• Lugares <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="#">ER</a>;</li> <li>○ Casa;</li> <li>○ <a href="#">Paciente ingresado</a>;</li> <li>○ <a href="#">Paciente ambulatorio</a>; y</li> <li>○ <a href="#">Centro especializado de enfermería</a>.</li> </ul> </li> <li>• Cubrimos la telemedicina si su <a href="#">Proveedor</a> ofrece el servicio y tiene un contrato con nosotros para prestarlo.</li> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a> para acudir a su <a href="#">PCP</a>, <a href="#">Atención médica de urgencia</a>, autorreferencia o <a href="#">ER</a>.</li> </ul>	<p><a href="#">PCP</a>: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p><a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialista</a>, \$50</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Atención médica de urgencia</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$25</p> <p><a href="#">Atención médica domiciliaria</a> y <a href="#">Servicios a enfermos terminales</a>: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">ER</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$300, que no se aplica si es admitido para recibir atención médica como <a href="#">Paciente ingresado</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$250</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro no preferido Ambulatorio</a>, que es un <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro especializado de enfermería</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<p><a href="#">Medicamentos recetados</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos medicamentos y productos con una receta prescrita.</li> </ul>	<p>Consulte "<a href="#">Cuadro de beneficios de medicamentos recetados</a>" en la página 67</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
<b><u>Medicina preventiva</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualizamos anualmente la lista de <u>Servicios cubiertos</u> o según lo exija la ley. Consulte "<u>Beneficios de la medicina preventiva</u>" en la página 71.</li> <li>La mayoría de los servicios que realiza el <u>PCP</u> u <u>OB/GYN</u> en su consultorio no requieren <u>PA</u>.</li> </ul>	Sin <u>Copago</u>
<b><u>Prueba de detección del cáncer de próstata</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos sin costo una <u>Prueba de detección</u> para hombres mayores de 40 años. Puede ser un análisis de sangre del antígeno prostático específico o un examen rectal digital.</li> </ul>	Sin <u>Copago</u>
<b><u>Aparatos protésicos</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solo cubrimos la implantación o extracción de prótesis mamarias y brasieres tras una mastectomía.</li> <li>Cubrimos reemplazos, reparaciones y ajustes. Se limita a: <ul style="list-style-type: none"> <li>Uso y desgaste normal; o</li> <li>Debido a un cambio significativo en el estado físico.</li> </ul> </li> <li>No cubrimos prótesis biónicas y mioeléctricas.</li> </ul>	Prótesis externas: <u>Coseguro</u> del 20%  Prótesis externas durante la visita al consultorio: Incluido en el <u>Copago</u> del <u>Especialista</u> , que es un <u>Copago</u> /visita de \$50  Prótesis externas facturadas por una agencia de <u>Atención médica domiciliaria</u> o de <u>Servicios a enfermos terminales</u> : Sin <u>Copago</u>  Prótesis internas: Incluido en el <u>Copago</u> de <u>Centro preferido Ambulatorio</u> , que es un <u>Copago</u> de \$250  Incluido en el <u>Copago</u> de <u>Centro no preferido Ambulatorio</u> , que es un <u>Copago</u> de \$750  Incluido en el <u>Copago</u> de <u>Centro Hospitalario de Pacientes ingresados</u> , que es un <u>Copago</u> /día de \$250 hasta un <u>Copago</u> /estadía de \$750
<b><u>Centro de rehabilitación</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos la atención en <u>Centros</u> especializados en fisioterapia, terapia del habla y/o terapia ocupacional. Las visitas de <u>Pacientes ambulatorios</u> cuentan para el número total de visitas de</li> </ul>	<u>Copago</u> /día de \$250 hasta un <u>Copago</u> /estadía de \$750

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<p><a href="#">Pacientes ambulatorios</a> bajo <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>.</p>	
<p><a href="#">Servicios de rehabilitación</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos servicios y dispositivos proporcionados por un fisioterapeuta, terapeuta del habla/lenguaje o terapeuta ocupacional registrado para el tratamiento de una enfermedad o lesión.</li> <li>• Se limita a 60 visitas <a href="#">Ambulatorias</a>, combinación de terapias. Las visitas <a href="#">Ambulatorias</a> incluyen visitas al consultorio y/o visitas al <a href="#">Centro Ambulatorio</a> de rehabilitación.</li> </ul>	<p>Servicios en el consultorio: <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p> <p><a href="#">Centro Ambulatorio</a> de rehabilitación: que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p> <p>Servicios como <a href="#">Paciente ingresado</a>: Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario</a> de <a href="#">Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Atención médica domiciliaria</a>, que es sin <a href="#">Copago</a></p>
<p><b>Examen periódico – adulto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen periódico por año.</li> <li>• Incluye un chequeo general cuando el <a href="#">PCP</a> aborda la <a href="#">Medicina preventiva</a>. Es posible que reciba algunos servicios de <a href="#">Medicina preventiva</a> durante la visita. Es posible que deba programar otros servicios. Consulte "<a href="#">Listas de verificación de visitas preventivas</a>" en la página 106.</li> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	<p>Sin <a href="#">Copago</a></p>
<p><b>Examen periódico – hijo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los beneficios de su hijo incluyen visitas de niño sano.</li> <li>• No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	<p>Sin <a href="#">Copago</a></p>
<p><b>Tratamiento de enfermedades mentales graves</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos la "Enfermedad mental grave", tal como la define la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association), al igual que las condiciones médicas.</li> </ul>	<p>Consulte "<a href="#">Cuadro de Beneficios de salud conductual</a>" en la página 36</p>
<p><b>Atención médica en un <a href="#">Centro especializado de enfermería</a></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un médico del <a href="#">Plan</a> debe prescribir el tratamiento.</li> <li>• Limitado a 100 días por año.</li> </ul>	<p><a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<p><b><a href="#">Programas especiales</a></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos servicios de educación y programas de <a href="#">Gestión de casos</a> y enfermedades. Consulte</li> </ul>	<p>Sin <a href="#">Copago</a></p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<p><a href="#">"Programas especiales"</a> en la página 103.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	
<p><b>Exámenes de escaneo, imágenes y diagnóstico especializados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos, entre otros, los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tomografía computarizada (CT scan)</li> <li>Resonancia magnética (MRI)</li> <li>Gammagrafía</li> <li>Tomografía por emisión de positrones (PET scan)</li> <li>Estudio del sueño</li> <li>Tomografía de emisión monofotónica (SPECT scan)</li> </ul> </li> <li>Su <a href="#">Copago</a> incluye la interpretación de los resultados.</li> </ul>	<p><a href="#">Centro</a> de imágenes – <a href="#">Centro referido</a>: <a href="#">Copago</a> de \$250</p> <p><a href="#">Centro</a> de imágenes – <a href="#">Centro no preferido</a>: <a href="#">Copago</a> de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialista</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">ER</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$300, que no se aplica si es admitido para recibir atención médica como <a href="#">Paciente ingresado</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario</a> de <a href="#">Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p> <p>Estudios del sueño en casa: Sin <a href="#">Copago</a></p>
<p><b>Servicios del habla</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Prueba de detección</a> realizada por el <a href="#">PCP</a>.</li> <li>Evaluación y pruebas.</li> <li>Terapia del habla/lenguaje <ul style="list-style-type: none"> <li>Todas las visitas cuentan para el número total combinado de sesiones de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla de <a href="#">Pacientes ambulatorios</a> bajo <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>.</li> </ul> </li> <li>No necesita una <a href="#">PA</a> para acudir al <a href="#">PCP</a>.</li> </ul>	<p><a href="#">PCP</a>: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialista</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p> <p>Terapia en el consultorio de rehabilitación: <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p> <p><a href="#">Centro Ambulatorio</a> de rehabilitación: que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Centro Hospitalario</a> de <a href="#">Pacientes ingresados</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Atención médica domiciliaria</a>, que es sin <a href="#">Copago</a></p>
<p><b>Servicios de consumo de</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos, entre otras, las siguientes complicaciones médicas:</li> </ul>	<p><a href="#">Pruebas diagnósticas</a> y de laboratorio: Sin <a href="#">Copago</a></p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
sustancias	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cirrosis del hígado</li> <li>○ Delirium tremens</li> <li>○ Desintoxicación</li> <li>○ Desequilibrios electrolíticos</li> <li>○ Hepatitis</li> <li>○ Desnutrición</li> </ul>	<p><u>PCP</u>: Sin <u>Copago</u></p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> del <u>Especialista</u>, que es un <u>Copago</u>/visita de \$50</p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> de <u>ER</u>, que es un <u>Copago</u>/visita de \$300, que no se aplica si es admitido para recibir atención médica como <u>Paciente ingresado</u></p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> de <u>Centro Hospitalario</u> de <u>Pacientes ingresados</u>, que es un <u>Copago</u>/día de \$250 hasta un <u>Copago</u>/estadía de \$750</p> <p>Consulte "<u>Cuadro de Beneficios de salud conductual</u>" en la página 36</p>
Disfunción de la articulación temporomandibular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos profesionales y <u>Servicios hospitalarios</u>.</li> <li>• El tratamiento no quirúrgico se limita a un máximo de por vida de \$1,500: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios profesionales, fisioterapia, quiropráctico, médico;</li> <li>○ Servicios de laboratorio, radiografías; y</li> <li>○ Equipos <u>DME</u>, dispositivos ortopédicos.</li> </ul> </li> <li>• No cubrimos la atención dental.</li> <li>• No necesita una <u>PA</u> para radiografías y servicios de laboratorio.</li> </ul>	<p><u>Copago</u> /plan terapéutico de \$100</p>
Trasplantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos trasplantes de órganos, tejidos, médula ósea y células madre. No pueden ser de índole <u>Experimental o de Investigación</u>.</li> <li>• Tanto para el donante vivo como para el receptor, cubrimos las visitas al consultorio, análisis de laboratorio, pruebas y gastos del <u>Centro Hospitalario</u> de <u>Pacientes ingresados</u> relacionados con el trasplante.</li> </ul>	<p><u>Pruebas diagnósticas</u> y de laboratorio: Sin <u>Copago</u></p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> del <u>Especialista</u>, que es un <u>Copago</u>/visita de \$50</p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> de <u>Centro preferido</u>, que es un <u>Copago</u> de \$250</p> <p>Incluido en el <u>Copago</u> de <u>Centro no preferido</u>, que es un <u>Copago</u> de \$750</p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuando solo el receptor es <a href="#">Miembro</a> de GlobalHealth, los beneficios del donante se limitan a los que no se proporcionan o no están disponibles para el donante de ninguna otra fuente.</li> <li>● Debe usar un <a href="#">Plan</a> designado por el centro de excelencia.</li> <li>● No necesita una <a href="#">PA</a> para los análisis de laboratorio.</li> </ul>	<p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Paciente ingresado</a> en <a href="#">Centro Hospitalario</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p>
<b>Tratamientos terapéuticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Su <a href="#">Costo compartido</a> cubre los servicios y suministros.</li> <li>● Medicamentos de quimioterapia y su administración</li> <li>● Servicios y suministros de diálisis</li> <li>● Medicamentos de la terapia con hormona del crecimiento ("GHT") y su administración</li> <li>● Medicamentos para terapia de infusión y su administración en: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Casa;</li> <li>○ Una clínica o un consultorio médico independiente;</li> <li>○ Un <a href="#">Hospital</a>;</li> <li>○ Un <a href="#">Centro especializado de enfermería</a>; o</li> <li>○ Un <a href="#">Centro</a> de rehabilitación.</li> </ul> </li> <li>● Radioterapia</li> <li>● Terapia respiratoria/inhalatoria</li> </ul>	<p>Tratamiento terapéutico en un <a href="#">Centro</a> de diálisis, radiación o quimioterapia: <a href="#">Copago</a>/tratamiento de \$50</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialista</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/visita de \$50</p> <p>Incluido en el <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Paciente ingresado</a> en <a href="#">Centro Hospitalario</a>, que es un <a href="#">Copago</a>/día de \$250 hasta un <a href="#">Copago</a>/estadía de \$750</p> <p>Equipos, servicios y suministros facturados por una agencia de <a href="#">Atención médica domiciliaria</a>: Sin <a href="#">Copago</a></p> <p>Farmacia: Consulte "<a href="#">Cuadro de beneficios de medicamentos recetados</a>" en la página 67</p>
<b><a href="#">Atención médica de urgencia</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos la atención que recibe en un <a href="#">Centro</a> de <a href="#">Atención médica de urgencia</a>. Consulte "<a href="#">Atención médica de urgencia</a>" en la página 23.</li> <li>● No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	<p><a href="#">Copago</a>/visita de \$25</p>
<b>Vista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos los servicios de la vista para adultos y niños.</li> </ul>	<p>Consulte "<a href="#">Cuadro de beneficios ópticos</a>" en la página 78</p>
<b>Atención médica de niño sano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cubrimos la atención periódica de niños. Consulte "<a href="#">Listas de verificación de visitas preventivas</a>" en la página 106.</li> <li>● No necesita una <a href="#">PA</a>.</li> </ul>	<p>Sin <a href="#">Copago</a></p>

Beneficio	Descripción	Usted paga
<b>Examen ginecológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos sin costo todos los servicios de <a href="#">Medicina preventiva</a> una vez cada 12 meses. Consulte "<a href="#">Listas de verificación de visitas preventivas</a>" en la página 106.</li> <li>No necesita una <a href="#">PA</a> para pruebas periódicas y consejería cuando lo proporciona su <a href="#">PCP</a> u <a href="#">OB/GYN</a>.</li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>
<b>Pelucas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos pelucas u otras prótesis capilares necesarias para su comodidad y dignidad cuando sea necesario debido a la pérdida de cabello como resultado de la quimioterapia o la radioterapia.</li> <li>Límite de una peluca o prótesis capilar sintética por año.</li> </ul>	<a href="#">Coseguro</a> del 20%

## Beneficios de [Medicamentos recetados](#)

### [Servicios cubiertos](#)

Su beneficio de [Medicamentos recetados](#) cubre medicamentos que requieren una receta para [Pacientes ambulatorios](#). "Receta" significa orden escrita para una sustancia medicinal que, conforme a la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos (Federal Food, Drug, and Cosmetic Act, "FD&C Act"), tiene que indicar lo siguiente: "Precaución: La ley federal prohíbe dispensar sin receta" o "Rx Only". Los médicos y otros profesionales con licencia para recetar pueden prescribir recetas.

También cubrimos algunos medicamentos y productos [OTC](#). Consulte la ley "[ACA](#)" en la página 69.

Tenga en cuenta que:

- Todos los medicamentos y productos deben estar aprobados por la [FDA](#).
- Se pueden aplicar límites de cantidad, criterios de autorización previa y terapias escalonadas. Consulte su *Formulario de medicamentos* para conocer las restricciones.
- Un [Proveedor de la red](#) debe prescribir la receta. Las excepciones se limitan a:
  - [Proveedores](#) de [ER](#) o [Atención médica de urgencia](#); y
  - Dentistas.
- Si un [Proveedor fuera de la red](#) prescribe una receta, recibirá una carta indicando que otras recetas prescritas por el mismo [Proveedor](#) no están cubiertas. Su médico regular debe encargarse de toda la atención de seguimiento, incluida la prescripción o el surtido de sus recetas.
- La receta debe surtirla una farmacia de la [Red](#).
- Usted pagará su [Costo compartido](#) o el costo del medicamento, el que sea menor.
- Se le dará el equivalente genérico si está disponible, a menos que su médico requiera específicamente un medicamento de marca. Si recibe un medicamento de marca cuando haya disponible un medicamento genérico aprobado por la FDA, y su médico no ha escrito "Dispense as Written" en la receta, usted tendrá que pagar la diferencia del costo entre el

medicamento de marca y el genérico.

Consulte también "[Requisitos de cobertura](#)" en la página 35.

### Cuadro de beneficios de medicamentos recetados

<u>Grado</u>	Descripción	Usted paga Suministro de 30 días	Usted paga Suministro de 90 días
<b>Ley <u>ACA</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Medicamentos recetados</a> y <a href="#">OTC</a> con receta de <a href="#">Medicina preventiva</a>.</li> <li>• Cada medicamento tiene reglas al prescribirse para <a href="#">Medicina preventiva</a>. Usted paga el <a href="#">Costo compartido</a> del <a href="#">Grado</a> que aparece en el <i>Formulario de medicamentos</i> si no cumple con los criterios de cobertura de <a href="#">Medicina preventiva</a>.</li> <li>• La lista está sujeta a cambios en la medida que se actualicen o modifiquen las directrices de la ley <a href="#">ACA</a>.</li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>	Sin <a href="#">Copago</a>
<b>Grado Uno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este <a href="#">Grado</a> tiene dos niveles de <a href="#">Participación en el costo</a>:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los medicamentos genéricos de bajo costo ("LCG") vienen así indicados en el <i>Formulario de medicamentos</i>.</li> <li>○ En todos los demás genéricos aparece la indicación <a href="#">Grado 1</a>.</li> </ul> </li> </ul>	LCG: <a href="#">Copago</a> /surtido receta de \$5  Genéricos: <a href="#">Copago</a> /surtido receta de \$10	LCG: <a href="#">Copago</a> /surtido receta de \$10  Genéricos: <a href="#">Copago</a> /surtido receta de \$20
<b>Grado Dos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este <a href="#">Grado</a> tiene medicamentos de marca preferidos en el <a href="#">Formulario</a>.</li> </ul>	<a href="#">Copago</a> /surtido receta de \$50	<a href="#">Copago</a> /surtido receta de \$100
<b>Grado Tres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este <a href="#">Grado</a> incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo no preferidos.</li> <li>• Si decidimos cubrir medicamentos que no figuran en el formulario, usted pagará el <a href="#">Costo compartido</a> correspondiente a este <a href="#">Grado</a>. Consulte</li> </ul>	<a href="#">Copago</a> /surtido receta de \$75	<a href="#">Copago</a> /surtido receta de \$150

<u>Grado</u>	Descripción	Usted paga Suministro de 30 días	Usted paga Suministro de 90 días
	" <a href="#">Solicitudes de excepción</a> " en la página 31.		
<b>Grado Cuatro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Este <a href="#">Grado</a> tiene tres niveles de <a href="#">Participación en el costo</a>: <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos especiales preferidos.</li> <li>Medicamentos especiales no preferidos.</li> <li>Los medicamentos de quimioterapia aparecen en una lista separada en el <i>Formulario de medicamentos</i>.</li> </ul> </li> </ul>	Preferido: <a href="#">Copago</a> /surtido receta de \$100  No referido: <a href="#">Copago</a> /surtido receta de \$200  Medicamentos de quimioterapia: <a href="#">Copago</a> /surtido receta de \$100	Limitado a un suministro de un mes por surtido.

### Lista de medicamentos del [Formulario](#)

En el *Formulario de medicamentos* vienen indicados los medicamentos preferidos. Elegimos los medicamentos de la lista en función de su calidad (efectividad y seguridad) y costo. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

#### Comité P&T:

El Comité [P&T](#) supervisa la lista de medicamentos del [Formulario](#).

El comité se reúne al menos una vez cada tres meses. Revisa las reglas de [UM](#) al menos una vez al año.

Todos los nuevos medicamentos aprobados por la [FDA](#) son revisados en un plazo de 90 días. En los primeros 180 días de su introducción en el mercado, el comité decide si añadir o no el nuevo medicamento al [Formulario](#).

El comité está compuesto por:

- Médicos en ejercicio;
- Farmacéuticos en ejercicio con licencia para recetar medicamentos; y
- Otros profesionales en ejercicio con licencia para recetar medicamentos.

#### Grados de medicamentos:

El *Formulario de medicamentos* le indicará en qué [Grado](#) se encuentra un medicamento y las reglas de [UM](#) que correspondan. El [Costo compartido](#) y la descripción de cada [Grado](#) permanecen sin cambios durante todo el año. Durante el año, los medicamentos individuales pueden cambiar de [Grado](#). Usted pagará el nuevo [Costo compartido](#) del [Grado](#) después de recibir nuestro aviso con 60 días de anticipación. Puede consultar el *Formulario de medicamentos* más reciente en nuestro sitio web.

El [Costo compartido](#) por [Medicamento recetado](#) contra el cáncer que se toma por vía oral no es mayor que el de los medicamentos administrados por vía intravenosa o inyectados.

Para preguntas sobre su cobertura, llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de [Miembro](#).

#### Cambios:

La lista de medicamentos puede cambiar durante el año.

- La [FDA](#) puede dar su visto bueno para la distribución de nuevos medicamentos de marca o genéricos.
- Solo suspenderemos o reduciremos la cobertura de un medicamento cuando la [FDA](#):
  - Dé su visto bueno para un medicamento nuevo o de menor costo que tenga el mismo uso y efecto; o
  - Publique información de que el medicamento no es seguro o efectivo.
- Si hacemos cambios en algún medicamento que usted toma, le informaremos con una anticipación mínima de 60 días antes de hacer efectivos los cambios. Los cambios pueden ser:
  - Retirar un medicamento de nuestro [Formulario](#);
  - Añadir nuevas reglas para obtener un medicamento; o
  - Pasar un medicamento a un [Grado](#) superior.
- Si la [FDA](#) decide que algún medicamento de nuestro [Formulario](#) no es seguro o el fabricante del mismo lo retira del mercado, retiraremos de inmediato el medicamento de nuestro [Formulario](#) y le informaremos de ello.

#### Exclusiones:

No cubrimos algunos [Medicamentos recetados](#) porque existen otros medicamentos para el mismo uso y efecto que:

- Son seguros;
- Tienen menos riesgos para la salud; y/o
- Tienen menos costos generales de atención médica.

Publicamos un aviso de 60 días en nuestro sitio web antes de que la exclusión entre en vigor.

#### ACA

Algunos productos están disponibles sin costo. Otros tienen algunos [Costos compartidos](#). Esto sucede cuando hay varios artículos aprobados por la [FDA](#) que tienen el mismo uso. Consulte el *Formulario de medicamentos* para conocer la lista de los medicamentos cubiertos con y sin [Participación en el costo](#).

Los beneficios se circunscriben a los límites de prescripción recomendados.

#### Cáncer de mama

Los médicos pueden recetar medicamentos reductores del riesgo para las mujeres con un mayor riesgo de cáncer de mama y un menor riesgo de padecer los efectos secundarios de los medicamentos. Por ejemplo, tamoxifeno o raloxifeno.

#### Colesterol:

Los médicos pueden recetar estatinas para adultos de entre 40 y 75 años con mayor riesgo de padecer [CVD](#).

### Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para mujeres:

Cubrimos al menos un artículo o producto aprobado por la [FDA](#) por cada método anticonceptivo. Esto significa que las mujeres pueden obtener la píldora, la inyección, el anillo, los implantes anticonceptivos, los diafragmas, los capuchones cervicales y los métodos anticonceptivos permanentes, como la ligadura de trompas. Cubrimos algunos de estos métodos en sus beneficios médicos. Consulte [Servicios de anticoncepción](#) en la página 46.

- Los [Beneficios de medicamentos recetados](#) requieren una receta prescrita de su médico, incluso si compra el artículo [OTC](#). Consulte su *Formulario de medicamentos* para conocer las reglas para obtener el artículo.
- Si la [FDA](#) ha aprobado varios servicios y artículos de un mismo método, decidiremos qué artículos cubrir sin [Participación en el costo](#). Sin embargo, si su médico recomienda para usted un servicio en particular o un artículo aprobado por la [FDA](#), lo cubriremos sin [Participación en el costo](#). Respetamos lo que decida su médico. Consulte "[Solicitudes de excepción](#)" en la página 31 para obtener cobertura para [Medicamentos recetados](#).

### OTC:

Cubrimos sin costo algunos medicamentos y productos [OTC](#) aprobados por la [FDA](#). No todos los productos de cada tipo están incluidos.

<b>Medicina o Producto</b>	<b>Población elegible</b>
<b>Aspirina</b>	Para adultos hasta los 60 años
<b>Anticonceptivos</b>	Para mujeres que pueden quedar embarazadas
<b>Suplementos de ácido fólico</b>	Para mujeres que planean un embarazo o pueden quedar embarazadas
<b>Suplementos de hierro</b>	Para niños desde el nacimiento hasta 12 meses de edad
<b>Suplementos de fluoruro por vía oral</b>	Para niños desde el nacimiento hasta 5 años de edad
<b>Productos para dejar el tabaco</b>	Para adultos mayores de 18 años
<b>Suplemento de vitamina D</b>	Para adultos mayores de 65 años

Para obtener beneficios, deberá:

- Acudir a una farmacia de la [Red](#); y
- Tener una receta de su médico.

### Vacunas:

Cubrimos sin costo las vacunas indicadas en el "[Cuadro de beneficios de la medicina preventiva](#)" en la página 72. Las vacunas requeridas para el trabajo, la escuela o los viajes no están cubiertas, a menos que se trate de una vacuna de [Medicina preventiva](#). Consulte primero a su [PCP](#).

Los [Proveedores de la red](#), incluidas las farmacias, deben ponerle las vacunas. Visite nuestro sitio web para conocer la lista de farmacias que las administran.

## Usos extraoficiales

"Uso extraoficial" significa cualquier uso del medicamento distinto de los indicados en la etiqueta de un medicamento aprobado por la [FDA](#). Para estar cubierto, el medicamento debe estar aprobado por la [FDA](#):

- Enfermedad o condición médica;
- Dosificación; y
- Duración de la terapia

Asimismo, el medicamento debe recetarse siguiendo las directrices de seguridad establecidas por la [FDA](#):

- Estándares de seguridad y efectividad en estudios clínicos; y
- Advertencias, precauciones y posibles interacciones con otros medicamentos.

En general, no cubrimos el uso extraoficial. Pero hay dos excepciones:

1. Cubrimos los usos extraoficiales de los medicamentos utilizados en el estudio o tratamiento del cáncer.
2. Podemos cubrir ciertos usos de investigación de la quimioterapia para el tratamiento del cáncer. Se le deberán administrar como parte de un [Ensayo clínico aprobado](#).

## Medicamentos compuestos

No cubrimos los medicamentos compuestos.

## Recetas recibidas en una [ER](#) o [Centro de Atención médica de urgencia](#)

Puede surtir los medicamentos recetados por los doctores de la [Sala de emergencias \(ER\)](#) o los de [Atención médica de urgencia](#) en cualquier farmacia de la [Red](#). Usted pagará el [Costo compartido](#) de su [Medicamento recetado](#). Se pueden aplicar reglas de [UM](#). Si necesitara más surtidos, será su médico habitual quien deberá recetárselos.

## Abuso de [Medicamentos recetados](#) y consumo de heroína

El abuso de opioides es un grave problema de salud pública. Las medicamentos pueden ser:

- Recetados, como OxyContin<sup>®</sup> o hidrocodona; o
- Ilegales, como la heroína.

Cubrimos [Medicamentos recetados](#) para tratamientos farmacológicos. Consulte también [Consumo de sustancias](#) en la página 40.

## Cómo desechar los medicamentos

Asegúrese de desechar los medicamentos de manera segura.

- Siga las instrucciones del etiquetado o información para el paciente que viene con los [Medicamentos recetados](#). No tire medicamentos al fregadero ni al inodoro a menos que así se indique en las instrucciones.
- Use los programas que permiten llevar los medicamentos no usados a una ubicación central para su eliminación adecuada. Llame a las agencias policiales locales para conocer si patrocinan programas de devolución de medicamentos. Comuníquese con el servicio local de recogida de basura y reciclaje de su hogar para conocer las opciones y las directrices de eliminación de medicamentos que se aplican en su área.
- Lleve los medicamentos no usados a los recolectores registrados con la [DEA](#). Los sitios

autorizados pueden ser farmacias minoristas, de [Hospitales](#) o clínicas y agencias policiales. Algunos ofrecen programas de devolución de correo o cajas de recolección. Visite el sitio web de la [DEA](#) o llame al 1-800-882-9539 para obtener más información y encontrar un recolector autorizado en su área.

## Beneficios de la [Medicina preventiva](#)

### [Servicios cubiertos](#)

El gobierno federal tiene tres agencias que son responsables de decidir qué [Servicios preventivos](#) debemos cubrir sin costo para usted. Cada agencia tiene sus directrices.

Agencia	Descripción de las directrices
<a href="#">USPSTF</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos o servicios basados en la evidencia</li> <li>• Tener una calificación de "A" o "B"</li> <li>• Para obtener información más detallada sobre cada servicio, consulte el sitio web de <a href="#">USPSTF</a>, <a href="http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/">http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/</a>.</li> </ul>
<a href="#">HRSA</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes basados en la evidencia, <a href="#">Pruebas de detección</a>, vacunas y consejería</li> <li>• Incluyendo la <a href="#">Medicina preventiva</a> y las <a href="#">Pruebas de detección</a> para mujeres</li> </ul>
<a href="#">CDC</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación</li> <li>• Prevención con respecto al individuo involucrado</li> </ul>

La lista de [Servicios preventivos](#) puede cambiar en la medida que se vayan actualizando las directrices. Haremos una gestión médica razonable para determinar la cobertura cuando no lo especifique la directriz:

- Frecuencia;
- Método;
- Tratamiento; o
- Ajuste.

Consulte también "[Requisitos de cobertura](#)" en la página 35.

### Cuadro de beneficios de la medicina preventiva

Población	Descripción de los beneficios	Usted paga
<b>Beneficios para adultos</b>	<p>No necesita una <a href="#">PA</a>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de consumo indebido de alcohol y consejería;</li> <li>• Uso de aspirina para hombres y mujeres de ciertas edades con ciertos riesgos de salud. Consulte la ley "<a href="#">ACA</a>" en la página 69;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la presión arterial para todos los adultos, incluyendo la obtención de mediciones fuera del entorno clínico para confirmación del diagnóstico;</li> <li>• Intervenciones intensivas de consejería conductual cardiovascular para adultos obesos y con sobrepeso;</li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>

Población	Descripción de los beneficios	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> del colesterol para adultos de ciertas edades o con mayor riesgo;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> del cáncer colorrectal para adultos de 50 a 75 años (FIT, FOBT). Consulte <a href="#">Prueba de detección para prevenir el cáncer colorrectal</a> en la página 46;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la depresión para adultos;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la diabetes para adultos como parte de la evaluación de riesgo de padecer <a href="#">Enfermedad cardiovascular (CVD)</a> en adultos de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad;</li> <li>• Consejería dietética para adultos con mayor riesgo de padecer enfermedad crónica;</li> <li>• Consejería de prevención de caídas y medicamentos preventivos para adultos mayores de 65 años;</li> <li>• Consejería sobre dieta saludable y actividad física para adultos con alto riesgo de padecer <a href="#">CVD</a>;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la hepatitis B para adultos con alto riesgo de infección;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de infección por el virus de la hepatitis C para adultos con alto riesgo y <a href="#">Prueba de detección</a> única para adultos nacidos entre 1945 y 1965;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> del VIH (análisis) para todos los adultos hasta los 65 años o adultos mayores con mayor riesgo;</li> <li>• Vacunas para adultos: las dosis y las edades y grupos de población recomendados varían. Esta lista es representativa y puede no ser completa. Consulte el sitio web de <a href="#">Centros para el Control de Enfermedades (CDC)</a>: <a href="https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/adult.html">https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/adult.html</a>. Consulte la ley "<a href="#">ACA</a>" en la página 69. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hepatitis A</li> <li>○ Hepatitis B</li> <li>○ Herpes Zoster (culebrilla)</li> <li>○ Virus del Papiloma Humano ("VPH")</li> <li>○ Gripe (vacuna antigripal)</li> <li>○ Sarampión, paperas, rubeola ("MMR")</li> <li>○ Antimeningocócica (meningitis)</li> <li>○ Antineumocócica (neumonía)</li> <li>○ Tétanos, difteria, tosferina ("TDaP")</li> <li>○ Varicela</li> </ul> </li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la obesidad para todos los adultos con intervenciones conductuales intensivas que dan positivo. Consulte <a href="#">Prueba de detección de la obesidad, consejería sobre pérdida de peso y tratamiento</a> en la página 59;</li> </ul>	

Población	Descripción de los beneficios	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería de prevención de infecciones de transmisión sexual ("STI") para adultos con mayor riesgo;</li> <li>• Consejería conductual para el cáncer de piel para adultos jóvenes hasta la edad de 24 años con mayor riesgo;</li> <li>• El uso de estatinas para la prevención primaria de la enfermedad <a href="#">CVD</a> en adultos de 40 a 75 años con mayor riesgo. Consulte la ley "<a href="#">ACA</a>" en la página 69;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la sífilis para todos los adultos con mayor riesgo;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> del consumo de tabaco para todos los adultos y <a href="#">Medicamento recetado</a> e intervenciones conductuales para los consumidores de tabaco. Consulte "<a href="#">Dejar el tabaco</a>" en la página 111; y</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la infección por tuberculosis para todos los adultos en mayor riesgo.</li> </ul>	
<b>Beneficios para la mujer</b>	<p>No necesita una <a href="#">PA</a>. Consulte <a href="#">Atención de maternidad y recién nacidos</a> en la página 55 para conocer los servicios relacionados con el embarazo y el parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la anemia de forma periódica para mujeres embarazadas;</li> <li>• Aspirina como medicamento preventivo después de las 12 semanas de gestación en mujeres con alto riesgo de preeclampsia. Consulte la ley "<a href="#">ACA</a>" en la página 69;</li> <li>• <a href="#">Pruebas de detección</a> del cáncer de mama mediante mamografía cada 1 a 2 años para mujeres mayores de 40 años. Consulte <a href="#">Mamografía</a> en la página 55;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> del cáncer de cuello uterino para mujeres sexualmente activas;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la infección por clamidia en mujeres más jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo;</li> <li>• Anticoncepción: Métodos anticonceptivos aprobados por la <a href="#">FDA</a> y educación y consejería para el paciente, sin incluir medicamentos abortivos. Consulte <a href="#">Servicios de anticoncepción</a> en la página 46.</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la depresión para mujeres embarazadas y después del parto;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de violencia doméstica e interpersonal para todas las mujeres de entre 14 y 46 años con servicios de intervención para quienes den un resultado positivo;</li> <li>• Suplementos de ácido fólico para mujeres que puedan quedarse embarazadas. Consulte la ley "<a href="#">ACA</a>" en la página 69;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la diabetes gestacional para mujeres con un embarazo de 24 a 28 semanas, y <a href="#">Prueba</a></li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>

Población	Descripción de los beneficios	Usted paga
	<p><a href="#">de detección</a> para quienes tengan un alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional en la primera visita prenatal;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la gonorrea para todas las mujeres con mayor riesgo;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> del VIH (análisis) y consejería para las mujeres sexualmente activas y todas las mujeres embarazadas;</li> <li>• Prueba de ADN del virus VPH cada tres años para mujeres con resultados de citología normales que tengan 30 años o más;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la osteoporosis para mujeres mayores de 60 años según sean los factores de riesgo. Consulte <a href="#">Prueba de densidad ósea</a> en la página 43;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la incompatibilidad Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo;</li> <li>• Consejería sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) para mujeres sexualmente activas;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la sífilis para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres en mayor riesgo;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de consumo de tabaco e intervenciones para todas las mujeres, y consejería ampliada para mujeres embarazadas que consumen tabaco. Consulte "<a href="#">Dejar el tabaco</a>" en la página 111;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de infección urinaria u otra infección para mujeres embarazadas; y</li> <li>• Visitas ginecológicas que hayan recomendado <a href="#">Servicios preventivos</a> para mujeres menores de 65 años. Es posible que necesite varias visitas para recibir todos los servicios. Algunos servicios no se necesitan todos los años o se pueden ofrecer durante otras visitas al <a href="#">PCP</a>. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prueba de Papanicoláu periódica</li> <li>○ Pruebas del virus del papiloma humano ("VPH")</li> <li>○ Consejería para infecciones de transmisión sexual</li> <li>○ Consejería/<a href="#">Prueba de detección</a> del VIH</li> <li>○ Métodos anticonceptivos y consejería</li> <li>○ Consejería/<a href="#">Prueba de detección</a> de violencia doméstica e interpersonal</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Beneficios para adultos que requieren una <a href="#">PA</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> única del aneurisma aórtico abdominal para hombres de edades específicas que hayan fumado alguna vez en su vida;</li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>

Población	Descripción de los beneficios	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• consejería de BRCA sobre pruebas y pruebas genéticas para mujeres con mayor riesgo. Consulte <a href="#">Cáncer de mama - Medicina preventiva</a> en la página 44;</li> <li>• Consejería sobre quimioprevención del cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo. Consulte la ley "<a href="#">ACA</a>" en la página 69;</li> <li>• Asistencia integral y consejería de lactancia materna por parte de <a href="#">Proveedores</a> capacitados, así como acceso a suministros de lactancia para mujeres embarazadas y lactantes;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> del cáncer colorrectal para adultos de entre 50 - 75 (FIT-ADN, colonoscopia, colonoscopia por tomografía computarizada o colonoscopia virtual, sigmoidoscopia). Consulte <a href="#">Prueba de detección para prevenir el cáncer colorrectal</a> en la página 46;</li> <li>• Procedimientos de esterilización anticonceptiva. Consulte <a href="#">Servicios de anticoncepción</a> en la página 46; y</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> del cáncer de pulmón (tomografía computarizada de dosis baja) para adultos de 55 a 80 años con antecedentes de tabaquismo en los últimos 15 años.</li> </ul>	
<b>Beneficios para niños a las edades indicadas</b>	<p>Estos servicios se realizan como parte de los servicios para recién nacidos en el momento del nacimiento o durante una visita de niño sano. No necesita una <a href="#">PA</a>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones de uso de alcohol y medicamentos para adolescentes;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> del autismo para los niños en edades de 18 y 24 meses;</li> <li>• Evaluaciones del comportamiento para niños de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la presión arterial para niños en edades de 0 - 11 meses, 14 años, 5 - 10 años, 11 - 14 años, 15 - 17 años;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la displasia cervical para mujeres sexualmente activas;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> del hipotiroidismo congénito en recién nacidos;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de caries dentales para niños desde el nacimiento hasta los cinco años;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la depresión para adolescentes de 12 a 18 años;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> del desarrollo para niños menores de tres años y vigilancia durante toda la infancia;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la dislipidemia para niños con mayor riesgo de trastornos lipídicos a edades de 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años;</li> </ul>	Sin <a href="#">Copago</a>

Población	Descripción de los beneficios	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suplementos de quimiopprofilaxis con fluoruro para niños sin fluoruro en el agua que beben;</li> <li>• Medicación preventiva de la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de trastornos auditivos para todos los recién nacidos;</li> <li>• Medición de la altura, el peso y el índice de masa corporal para niños de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de hematocritos o hemoglobina para niños;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de hemoglobinopatías o células falciformes para recién nacidos;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la hepatitis B para adolescentes de alto riesgo, entre 11 y 17 años de edad;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> del VIH (análisis) para niños de 15 años o más y adolescentes más jóvenes con mayor riesgo;</li> <li>• Vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años – las dosis y las edades y grupos de población recomendados varían. Esta lista es representativa y puede no ser completa. Consulte el sitio web de los <a href="#">CDC</a> - <a href="https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html">https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html</a>. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Difteria, tétanos y tos ferina ("TDaP")</li> <li>○ Haemophilus influenzae tipo b ("Hib")</li> <li>○ Hepatitis A</li> <li>○ Hepatitis B</li> <li>○ Virus del Papiloma Humano ("VPH")</li> <li>○ Virus de la poliomielitis inactivado (polio)</li> <li>○ Gripe (vacuna antigripal)</li> <li>○ Sarampión, paperas, rubeola ("MMR")</li> <li>○ Antimeningocócica (meningitis)</li> <li>○ Antineumocócica (neumonía)</li> <li>○ Antirrotavírica ("RV")</li> <li>○ Varicela</li> </ul> </li> <li>• Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses con riesgo de anemia;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> del plomo para niños con riesgo de exposición;</li> <li>• Antecedentes médicos para todos los niños durante su desarrollo a las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> y consejería de la obesidad;</li> <li>• Evaluación de riesgos para la salud oral en niños pequeños de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años;</li> </ul>	

Población	Descripción de los beneficios	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> del trastorno genético fenilcetonuria ("PKU") en recién nacidos;</li> <li>• Consejería sobre prevención de ITS y <a href="#">Prueba de detección</a> para adolescentes de 12 a 18 años con mayor riesgo;</li> <li>• consejería conductual sobre cáncer de piel para niños, adolescentes y adultos jóvenes;</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de la infección por sífilis en adolescentes con mayor riesgo;</li> <li>• Intervenciones en el consumo de tabaco, incluida la educación o la consejería breve, para niños y adolescentes en edad escolar de 10 a 17 años;</li> <li>• Pruebas de la tuberculina en niños con mayor riesgo de contraer tuberculosis entre las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años; y</li> <li>• <a href="#">Prueba de detección</a> de trastornos visuales para todos los niños.</li> </ul>	

### Obtenga servicios

Haga una cita con su [PCP](#) a principios de año para su examen periódico de adulto o el examen de niño sano de su hijo. Su [PCP](#) decidirá qué servicios son adecuados para usted y realizará algunos servicios en ese momento. Puede hablar sobre otros servicios que necesite y hacer más citas de [Medicina preventiva](#).

Su [PCP](#) nos enviará las [Referencias](#) que usted necesite. Hay cuatro excepciones:

1. Usted tiene acceso directo a su [OB/GYN](#) para los servicios que este profesional ofrezca;
2. Usted tiene acceso directo a un centro de imágenes para su mamografía;
3. Usted tiene acceso directo a su [BHP](#) para los servicios que este profesional ofrezca; y
4. Puede recibir vacunas y [Servicios preventivos](#) en ferias de salud contratadas que patrocine su empleador en el lugar de trabajo.

Usted tendrá que pagar su [Copago](#) normal en caso de que el objetivo principal del servicio sea recibir un tratamiento en lugar de [Medicina preventiva](#). Los servicios son preventivos cuando no hay síntomas previos de la condición médica. Los servicios son para ofrecer tratamiento cuando tiene síntomas, ha sido diagnosticado con una condición médica o necesite hacerse más pruebas tras dar positivo en una [Prueba de detección](#).

Hay dos excepciones. Es posible que reciba estos servicios sin costo alguno aunque tenga síntomas previos:

1. Puede acudir a su [PCP](#) para un examen físico periódico por año; y
2. Pruebas BRCA para mujeres en ciertas situaciones. Consulte [Cáncer de mama - Medicina preventiva](#) en la página 44.

No necesitará todos los [Servicios preventivos](#). Cada servicio tiene límites sobre cuándo o con qué frecuencia está usted cubierto si tiene factores de riesgo promedio. Hable con su médico sobre

cualquier factor de riesgo que le haga necesitar [Pruebas de detección](#) más pronto o con mayor frecuencia.

Cuando un médico determina que un [Servicio preventivo](#) es adecuado para una persona, lo cubrimos sin [Participación en el costo](#), con independencia del sexo asignado al nacer, de la identidad sexual o del sexo registrado en GlobalHealth. Por ejemplo, cubrimos una mamografía o prueba de Papanicoláu para un hombre transgénero que tenga tejido mamario residual o un cuello uterino intacto.

### Atención médica de seguimiento

Cubrimos la atención médica de seguimiento para las afecciones médica que se detecten durante los servicios de [Medicina preventiva](#) a través de nuestros procesos de atención regulares. Su médico programará una cita o nos enviará una [Referencia](#), si fuera necesario, para recibir tratamiento. Usted no paga ninguna parte del servicio de [Medicina preventiva](#) que condujo al diagnóstico, pero sí deberá pagar su [Copago](#) regular por la atención médica de seguimiento en caso de que su médico encuentre algo sospechoso en el proceso de la [Prueba de detección](#). La atención médica de seguimiento comienza cuando el médico le dice que debe realizarse más pruebas o comenzar un tratamiento.

Tipo de servicio	Descripción
<a href="#">Medicina preventiva</a> - sin costo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta previa al servicio para servicios que requieren una <a href="#">PA</a>;</li><li>• Servicio o procedimiento de <a href="#">Medicina preventiva</a> enumerado, que incluye la extracción de tejido;</li><li>• Servicios auxiliares (anestesiología, patología, etc.); y</li><li>• <a href="#">Centro</a>.</li></ul>
Atención de seguimiento – con <a href="#">Participación en el costo</a> regular	<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="#">Pruebas diagnósticas</a> por haber tenido un resultado positivo en la <a href="#">Prueba de detección</a>;</li><li>• Atención médica de una enfermedad recién descubierta; y/o</li><li>• Atención médica de los síntomas o enfermedad existente.</li></ul>

## Beneficios ópticos

### [Servicios cubiertos](#)

Cubrimos servicios oculares para detectar y tratar enfermedades o lesiones.

Puede acudir a un optometrista de la [Red](#) para su examen de la vista. Ir a un [Proveedor](#) de lentes de la [Red](#) para la prescripción de anteojos o lentes de contacto. No necesita una [PA](#) salvo que se trate de otros [Especialistas](#) oftalmólogos. Cubrimos la cirugía de cataratas según los beneficios de cirugía para [Pacientes ambulatorios](#) y los [Requisitos de cobertura](#).

Puede hacerse el examen de la vista y recoger los anteojos o lentes de contacto en diferentes fechas o en diferentes lugares. Sin embargo, deberá obtener los anteojos completos a la vez, de un solo [Proveedor](#). Puede elegir anteojos o lentes de contacto, pero no ambos.

Si necesita un examen de la vista para diabéticos, informe al médico cuando haga la cita.

Consulte también "[Requisitos de cobertura](#)" en la página 35.

## Cuadro de beneficios ópticos

Beneficio	Descripción	Usted paga
<b>Examen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la vista periódico una vez al año               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen de refracción</li> <li>○ Dilatación pupilar cuando sea necesario</li> </ul> </li> <li>• Examen de la vista para diabéticos               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Como parte del examen de la vista periódico</li> <li>○ Solo para diabéticos</li> </ul> </li> </ul>	<u>Copago</u> /visita de \$50
<b>Marcos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Básicos, tras la cirugía de cataratas</li> </ul>	Sin <u>Copago</u>
<b>Anteojos graduados estándar de plástico, vidrio o policarbonato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes monofocales tras la cirugía de cataratas</li> <li>• No cubrimos actualizaciones</li> </ul>	Sin <u>Copago</u>
<b>Lentes de contacto graduados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes blandos y lentes de contacto como parte del tratamiento tras la cirugía de cataratas</li> <li>• Un juego de dos lentes en lugar de anteojos</li> </ul>	Sin <u>Copago</u>

## Servicios Excluidos y Limitaciones

Todos los beneficios descritos a continuación están excluidos o limitados en este [Plan](#) para todos los tipos de servicios. Algunos beneficios están cubiertos, pero solo de la siguiente manera. Usted paga los servicios adicionales.

### Limitaciones

Beneficio	Limitación
<b>Servicios de salud conductual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis conductual aplicado limitado a 25 horas por semana y a los siguientes diagnósticos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trastorno autista – autismo infantil, psicosis infantil y síndrome de Kanner;</li> <li>○ Trastorno desintegrativo de la infancia – síndrome de Heller;</li> <li>○ Síndrome de Rett; y</li> <li>○ Trastornos generalizados del desarrollo especificados – trastorno de Asperger, psicosis infantil atípica y prepsicosis de la infancia.</li> </ul> </li> <li>• La <a href="#">Prueba de detección</a> del autismo se limita a visitas de niño sano.</li> <li>• El tratamiento de los trastornos compulsivos se limita a programas de trastornos de la conducta alimentaria.</li> <li>• La <a href="#">Prueba de detección</a> del desarrollo se limita a visitas de niño sano.</li> </ul>

Beneficio	Limitación
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tratamiento psicológico o psiquiátrico de los trastornos del desarrollo se limita al retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo y otros trastornos específicos del desarrollo, como el autismo, síndrome de Rett o síndrome de Asperger.</li> </ul>
<b>Atención quiropráctica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado a 15 visitas por año.</li> </ul>
<b>Servicios cosméticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento, artículo, surtido, medicamento, procedimiento o cualquier parte de un procedimiento realizado principalmente para mejorar la apariencia física se limita a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reparación debida a una lesión accidental;</li> <li>○ Mejorar la función de una parte malformada del cuerpo. No incluye procedimientos dentales u odontológicos; y</li> <li>○ Reconstrucción mamaria después de una mastectomía.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Servicios dentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los procedimientos odontológicos o dentales en dientes y tejido circundante se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de <a href="#">ER</a> para tratar lesiones accidentales en la mandíbula, dientes naturales sanos, boca o cara.</li> <li>○ Mejorar la función de una parte malformada del cuerpo causada por un defecto congénito.</li> </ul> </li> <li>• La anestesia general/sedación intravenosa para servicios dentales se limita a un <a href="#">Miembro</a> que: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tenga una condición médica o emocional que requiera <a href="#">Hospitalización</a> o anestesia general para someterse al procedimiento dental;</li> <li>○ Esté gravemente discapacitado;</li> <li>○ A juicio del <a href="#">Profesional de la salud</a> responsable, carezca del desarrollo emocional suficiente para someterse a un procedimiento dental <a href="#">Medicamento necesario</a> sin el uso de anestesia; y</li> <li>○ Requiera servicios de <a href="#">Paciente ingresado</a> o <a href="#">Paciente ambulatorio</a> debido a una condición médica y situación clínica preexistentes o a la intensidad del procedimiento dental.</li> </ul> </li> </ul>
<b><a href="#">DME</a>, dispositivos ortopédicos y prótesis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los tiraleches se limitan a uno por año para las mujeres que estén embarazadas o dando el pecho.</li> <li>• Los lentes correctivos y accesorios tras una cirugía de cataratas se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Primer juego de marcos y lentes básicos; o</li> <li>○ Un juego de lentes de contacto.</li> </ul> </li> <li>• La atención médica de los pies se limita a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atención periódica de los pies, calzado, plantillas, soportes para el arco y dispositivos de apoyo para <a href="#">Miembros</a> diagnosticados con diabetes o una enfermedad de la circulación sanguínea.</li> <li>○ Calzado ortopédico o correctivo fijado permanentemente a una férula Denis Browne para niños.</li> </ul> </li> <li>• Los audífonos se limitan a:</li> </ul>

Beneficio	Limitación
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un audífono por oído cada 48 meses, a menos que sea <a href="#">Médicamente necesario</a> reemplazarlo con mayor frecuencia.</li> <li>○ Cuatro moldes auriculares adicionales por año para niños menores de dos años.</li> <li>● Los dispositivos ortopédicos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="#">Miembros</a> con diagnósticos relacionados con enfermedad vascular periférica o diabetes.</li> </ul> </li> <li>● Las pelucas y prótesis capilares se limitan a una peluca sintética o prótesis capilar por año cuando sea necesario debido a la pérdida de cabello causada por la quimioterapia o la radioterapia.</li> </ul>
<b>Terapias</b> <a href="#">Experimentales o de investigación</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Los medicamentos, artículos, dispositivos y procedimientos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El uso para indicación no autorizada de ciertos medicamentos utilizados en el estudio o tratamiento del cáncer; y</li> <li>○ Ciertos usos de medicamentos en investigación, incluida la quimioterapia, para el tratamiento del cáncer, si se le administran como parte de un <a href="#">Ensayo clínico aprobado</a>.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Atención médica general o <a href="#">Servicios hospitalarios</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuarto privado de <a href="#">Hospital</a> se limita al aislamiento para evitar el contagio según la política de control de infecciones del <a href="#">Hospital</a>.</li> </ul>
<b>Análisis, pruebas y servicios genéticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se limitan a consejería y pruebas para mujeres cuyos antecedentes familiares indiquen un mayor riesgo de padecer mutaciones perjudiciales en los genes BRCA 1 y BRCA 2.</li> </ul>
<b><a href="#">Atención médica domiciliaria</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se limita a 100 visitas por año.</li> </ul>
<b>Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Los <a href="#">Servicios de rehabilitación</a> se limitan a 60 visitas combinadas como <a href="#">Paciente ambulatorio</a> por año para: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fisioterapia;</li> <li>○ Terapia ocupacional; y/o</li> <li>○ Terapia del habla.</li> </ul> </li> <li>● Tratamiento del <a href="#">ASD</a> – los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y/o terapia del habla se limitan a los siguientes diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trastorno autista – autismo infantil, psicosis infantil y síndrome de Kanner;</li> <li>○ Trastorno desintegrativo de la infancia – síndrome de Heller;</li> <li>○ Síndrome de Rett; y</li> <li>○ Trastornos generalizados del desarrollo especificados – trastorno de Asperger, psicosis infantil atípica y prepsicosis de la infancia.</li> </ul> </li> </ul>
<b><a href="#">Medicamentos recetados</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Los Dispositivos extensores de inhalador, medidores de flujo máximo, Ana-Kits y EpiPens se limitan a tres por año.</li> <li>● Se aplican los límites de cantidad estándar, los criterios de autorización previa y los tratamientos escalonados del Comité de Farmacia y Terapéutica.</li> <li>● Los <a href="#">Medicamentos especiales</a> se limitan a un surtido de un mes.</li> </ul>

Beneficio	Limitación
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los productos para dejar de fumar se limitan a:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dos tratamientos completos de 90 días con productos para dejar el tabaco aprobados por la <a href="#">FDA</a> por año, si los receta su <a href="#">PCP</a>.</li> <li>○ <a href="#">Miembros</a> mayores de 18 años.</li> </ul> </li> <li>• Los medicamentos recetados o entregados por médicos <a href="#">Fuera de la red</a> en situaciones que no sean de emergencia se limitan a los recetados por dentistas.</li> <li>• Sin receta anticonceptivos jaleas, ungüentos, espumas, o dispositivos limitados a aquellos que son <a href="#">FDA</a>: aprobado y prescrito por un médico de la <a href="#">Red</a> para una mujer.</li> <li>• Los diafragmas recetados se limitan a dos por año.</li> <li>• Los sueros biológicos, medicamentos recetados para administración o uso parenteral, sueros para alergias, agentes inmunizantes y medicamentos inmunizantes inyectables se limitan a las vacunas cubiertas por las directrices de <a href="#">Medicina preventiva</a> y se dispensan en una farmacia de la <a href="#">Red</a>.</li> <li>• Los <a href="#">Medicamentos recetados</a> para el tratamiento de la disfunción sexual, incluida la disfunción eréctil, la impotencia y la anorgasmia, la hiporgasmia o la disminución de la libido se limitan a indicaciones tras la cirugía de próstata.</li> </ul>
<b>Disfunción sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se limita a los medicamentos y suministros indicados tras la cirugía de próstata.</li> </ul>
<b>Atención médica en un <a href="#">Centro especializado de enfermería</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado a 100 días por año.</li> </ul>
<b>Vista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios periódicos se limitan a un chequeo, incluida la refracción ocular, por año.</li> <li>• El tratamiento de entrenamiento ortóptico o visual se limita a un diagnóstico de estrabismo leve.</li> </ul>

### Servicios Excluidos

No cubrimos los siguientes beneficios. Es posible que paguemos la atención médica mientras decidimos si se encuentra o no dentro de los [Servicios excluidos](#) que se detallan a continuación. Si posteriormente se determina que la atención médica queda excluida de su cobertura, recuperaremos la cantidad pagada por esos beneficios. Usted deberá proporcionarnos todos los documentos necesarios para hacer valer nuestros derechos.

Beneficio	<a href="#">Servicio excluido</a>
<b>Servicios de salud conductual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación, tutoría y servicios con el propósito de diagnosticar o tratar una discapacidad del aprendizaje, trastorno conductual, disruptivo o de control de los impulsos.</li> </ul>
<b>Servicios dentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales generales.</li> <li>• Procedimientos que incluyen los dientes o sus estructuras de soporte.</li> <li>• Corrección de defectos oclusivos de la mandíbula, implantes dentales o injertos de crestas alveolares.</li> </ul>

Beneficio	<u>Servicio excluido</u>
<b><u>DME, dispositivos ortopédicos y prótesis</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento del tejido blando como preparación para procedimientos dentales o dentaduras postizas.</li> <li>• Vendas, almohadillas o pañales.</li> <li>• Equipos o dispositivos que no sean de índole médica, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los soportes usados para uso deportivo o recreativo</li> <li>○ Tapones para los oídos</li> <li>○ Medias elásticas y soportes</li> <li>○ Tirantes</li> </ul> </li> <li>• Jacuzzi/hidromasajes.</li> <li>• Alarmas de colchones y ropa de cama u orinarse en la cama.</li> <li>• Vehículos motorizados que pueden usarse como sillas de ruedas.</li> <li>• Compra o alquiler de equipos o suministros para uso doméstico común, tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Máquinas de depuración del aire o dispositivos de filtración</li> <li>○ Aire acondicionado</li> <li>○ Camas y sillas</li> <li>○ Almohadas cervicales o lumbares</li> <li>○ Barras de agarre</li> <li>○ Equipo de ejercicios físicos</li> <li>○ Asientos de inodoro elevados</li> <li>○ Bancos de ducha</li> <li>○ Camillas de tracción</li> <li>○ Purificadores de agua</li> </ul> </li> </ul>
<b><u>Terapias Experimentales o de investigación</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos, terapias y tecnología: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Antes de que el efecto a largo plazo sea conocido o demostrado; o</li> <li>○ Que no sean más efectivos que el tratamiento estándar.</li> </ul> </li> <li>• Nuevos procedimientos, servicios, suministros y medicamentos que no hayan sido revisados y aprobados por GlobalHealth.</li> </ul>
<b><u>Atención médica general o Servicios hospitalarios</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de cualquier tipo que sea excesivo o que no sea <u>Medicamente necesario</u>.</li> <li>• Servicios recibidos sin autorización cuando esta se requiera. Complicaciones que surjan de recibir estos servicios.</li> <li>• Tratamiento de cualquier tipo recibido antes de la fecha de inicio de la cobertura o después de que esta termine, incluso si está autorizado.</li> <li>• Atención o servicios prestados fuera del <u>Área de servicio</u> de GlobalHealth si la necesidad de dicha atención o servicios podría haberse previsto antes de abandonar el <u>Área de servicio</u>.</li> <li>• Servicios, aparte de los <u>Servicios hospitalarios</u> para la salud conductual, para los que usted no permite que se informe de ellos GlobalHealth.</li> <li>• Servicios relacionados con viajes, seguros, licencias, empleo, escuela, campamentos, deportes, arreglos para una boda o de adopción.</li> <li>• Artículos personales o de confort</li> <li>• Servicios recibidos fuera de los EE.UU. (50 estados y el Distrito de Columbia).</li> </ul>

Beneficio	<u>Servicio excluido</u>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargos por lesiones resultantes de una guerra o acto de guerra (declarada o no declarada) mientras presta servicio en el ejército o en una unidad auxiliar vinculada al ejército o trabaja en un área de guerra como voluntario o como parte de su trabajo.</li> <li>• Tratamiento de lesiones o enfermedades resultantes de un intento o comisión de un delito grave, o como resultado de estar involucrado en una ocupación ilegal.</li> <li>• Procedimientos, servicios, suministros o medicamentos voluntarios para mejoramiento personal, incluyendo entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Antienvjecimiento</li> <li>○ Desempeño atlético</li> <li>○ Motivos cosméticos</li> <li>○ Crecimiento del cabello</li> <li>○ Rendimiento sexual</li> </ul> </li> <li>• Cargos separados por citas perdidas o canceladas, sanción o cargos financieros, mantenimiento y/o registro de expedientes, copia de expedientes o servicios de <u>Gestión de casos</u>.</li> <li>• Tratamiento, suministros, medicamentos y dispositivos por los que no se cobró ningún cargo. Tratamiento, suministros, medicamentos y dispositivos por los que no se solicitaría pago alguno si usted no tuviera esta cobertura.</li> <li>• Atención médica bajo tutela judicial, servicios de relevo familiar, servicios de ama de casa o atención médica domiciliaria.</li> <li>• Tratamiento por lesiones resultantes de actividades extremas que incluyen, entre otras: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Salto base</li> <li>○ Salto con cuerda elástica</li> <li>○ Monta de toros</li> <li>○ Carreras de automóviles</li> <li>○ Paracaidismo</li> <li>○ Acrobacias de motocicleta</li> </ul> </li> <li>• Medicamentos y/o tratamientos alternativos utilizados en lugar de la terapia estándar, para tratar cualquier condición o enfermedad.</li> <li>• <u>Pruebas de detección</u> solicitadas únicamente por usted, como gammagrafías cardiacas publicitadas comercialmente.</li> </ul>
<b>Servicios de obstetricia e <u>Infertilidad</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de parto alternativos tales como parto en casa y uso de parteras y centros de maternidad.</li> <li>• Abortos provocados.</li> <li>• Gastos relacionados con la paternidad subrogada.</li> <li>• Monitoreo uterino en casa.</li> <li>• Fertilización in vitro, inseminación artificial, transferencia de embriones, reversión de la esterilización voluntaria, trasplante de óvulos, transferencia intratubárica de gametos ("GIFT"), transferencia intratubárica de cigotos ("ZIFT"), paternidad subrogada y gastos de semen de donantes.</li> </ul>

<b>Beneficio</b>	<b><u>Servicio excluido</u></b>
<b>Otra cobertura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para discapacidades relacionadas con el servicio militar al que usted tiene derecho legal y al que tiene un acceso razonable (es decir, servicios a través de una agencia gubernamental federal).</li> <li>• Servicios prestados como resultado de las leyes de Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation) o leyes similares.</li> <li>• Tratamiento cuyo costo es recuperable bajo cualquier otra cobertura, incluida la Ley de Compensación de Trabajadores, la Ley de Enfermedades Laborales (Occupational Disease) o cualquier agencia estatal o gubernamental.</li> </ul>
<b>Otros <u>Servicios excluidos</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios resultantes, en todo o en parte, de una condición médica, artículo o servicio excluido.</li> </ul>
<b>Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinesiología, terapia del movimiento o biorregulación.</li> <li>• Técnica Rolf.</li> <li>• Masaje terapéutico.</li> <li>• Acupuntura/acupresión.</li> <li>• Terapias recreativas incluyendo, entre otras: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zooterapia</li> <li>○ Musicoterapia</li> </ul> </li> </ul>
<b><u>Medicamentos recetados</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de medicina no preventiva, suplementos alimenticios, fórmulas, alimentos y productos disponibles sin receta (<u>OTC</u>).</li> <li>• Medicamentos <u>OTC</u> que son para lo mismo y tienen el mismo efecto que los <u>Medicamentos recetados</u>, incluso si los prescribe un médico.</li> <li>• Solución salina y medicamentos solubles para irrigación.</li> <li>• Medicamentos prescritos para una indicación, dosificación o duración de la terapia no aprobada por la <u>FDA</u>.</li> </ul>
<b>Reparación y reemplazo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos, lentes, dispositivos, electrodomésticos, equipos u otros artículos que se pierdan, vendan o roben.</li> <li>• Artículos que han sido dañados o destruidos debido a un uso o abuso indebido.</li> </ul>
<b>Trasplantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trasplantes de órganos artificiales o no humanos.</li> <li>• Trasplantes considerados experimentales, de investigación o no probados.</li> </ul>
<b>Transporte/alojamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte de ambulancia periódico y no urgente a menos que esté autorizado por GlobalHealth.</li> <li>• Alojamiento, comidas y costos de transporte.</li> </ul>
<b>Vista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de computadora de cualquier tipo, incluidos, entre otros, aquellos para ayudar con la terapia óptica.</li> <li>• Seguro para lentes de contacto.</li> <li>• LASIK, INTACS, queratotomía radial y otras cirugías refractivas.</li> <li>• Varios pares de anteojos en lugar de lentes bifocales o trifocales.</li> <li>• Lentes no prescritos.</li> <li>• Lentes especiales para implantes oculares multifocales.</li> </ul>
<b>Programas para perder peso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grapado gástrico, servicios de globo gástrico o cualquier tratamiento quirúrgico para la obesidad o para perder peso.</li> <li>• Programas comerciales para perder peso.</li> </ul>



# ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

## Elegibilidad

---

Su agencia de empleo determina su elegibilidad. En general, usted es elegible para inscribirse en GlobalHealth si:

- Vive o trabaja en nuestra [Área de servicio](#) ([Suscriptor](#) o cónyuge).
- Es ciudadano o nacional estadounidense o no ciudadano pero reside legalmente en los EE. UU.
  - Espera de forma razonable hacerse ciudadano o nacional, y
  - Reside legalmente presente durante todo el período para el que se solicita la [Inscripción](#).
- No está encarcelado.
- Cumple con los requisitos de elegibilidad definidos por su empleador.

El empleado es el [Suscriptor](#) del [Plan](#). El cónyuge y los hijos son [Dependientes](#).

Debe comunicarse con su Coordinador de seguros o Coordinador de beneficios para inscribirse durante el Período de opción o realizar cambios en su cobertura si se produce algún cambio en su situación familiar o la cobertura.

A menos que sea elegible para [COBRA](#), los [Dependientes](#) de un empleado solo pueden inscribirse si:

- El empleado también está inscrito en el mismo [Plan](#); y
- Cumplen con los requisitos de elegibilidad del empleador.

## Cónyuges

Su cónyuge puede inscribirse con nosotros, sujeto a los requisitos de elegibilidad del grupo, si vive o trabaja en nuestra [Área de servicio](#).

## Hijos

Sus hijos pueden ser [Dependientes](#) hasta el final del mes en que cumplan 26 años, ya sea que:

- Dependen de usted para obtener apoyo financiero;
- Viven con usted;
- Están en la escuela;
- Tienen un trabajo;
- Están casados;
- Son elegibles para otra cobertura; o
- Concurren dos o más de estos factores.

Consulte también las terminaciones por límite de edad en "[Terminación de la cobertura](#)" en la página 91.

## [Dependientes](#) discapacitados

Los [Dependientes](#) inscritos que alcancen la edad de 26 años pueden permanecer inscritos en el [Plan](#) si:

- Vive con usted o su cónyuge separado o divorciado;
- Es incapaz de tener un empleo autosuficiente debido a una discapacidad física o mental;
- Depende principalmente de usted para recibir apoyo y mantenimiento; y
- La discapacidad física o mental existía ininterrumpidamente antes de cumplir 26 años.

## **Dependientes de Dependientes**

Los Dependientes de sus Dependientes no están cubiertos. No cubrimos al cónyuge o hijos de su hijo Dependiente, incluidos los recién nacidos, más allá del ingreso Hospitalario periódico de 48/96 horas.

## **Área de servicio**

---

Nuestra Área de servicio incluye los 77 condados de Oklahoma en su totalidad.

Para poder inscribirse, los Suscriptor es y sus cónyuges deben vivir o trabajar en el Área de servicio. Si se encuentra fuera de nuestra Área de Servicio por más de seis meses, comuníquese con su Coordinador de seguros o Coordinador de beneficios. Se debería inscribir en otra compañía de seguros que tenga una Red de Proveedores en su nueva área. Hay un SEP durante el cual puede inscribirse en otro proveedor que incluya su nueva ubicación en su Área de servicio.

## **Dependientes Que viven fuera del área**

Los Dependientes menores de 26 años que viven fuera de nuestra Área de servicio se pueden inscribir. Deberá tener asignado un PCP de la Red que se encargue de su atención médica periódica o crónica. La cobertura Fuera de la red es solo para Servicios de emergencia y Atención médica de urgencia a no ser únicamente que autoricemos una cobertura específica Fuera de la red. Consulte "Facturación del saldo por un proveedor fuera de la red" en la página 94.

## **Períodos de Inscripción**

---

Para obtener cobertura, una persona elegible debe inscribirse en el Plan. Debe enviar su Inscripción a través de su empleador. Pague su Prima a través de su empleador. Deberemos recibir su Inscripción durante el Período de opción o dentro de los siguientes plazos.

### **Período de Inscripción abierta**

Puede inscribirse una vez al año durante el Período de opción. Este es el momento en que los empleados elegibles pueden:

- Inscribirse en la cobertura;
- Cambiar de Plan o cancelar la cobertura; y/o
- Agregar o quitar Dependientes de la cobertura.

### **Cambio a mitad de año**

Es posible que en determinadas circunstancias pueda inscribirse fuera del Período de opción. Deberá producirse uno de los Eventos admisibles indicados a continuación para ser elegible para realizar un cambio a mitad de año. Si se produce un evento, consulte a su Coordinador de seguros o Coordinador de beneficios para conocer si califica.

- Dispondrá de 30 días para inscribirse si se produce un cambio en su situación familiar o cobertura.
- Dispondrá de 60 días para inscribirse si se produce un cambio en la elegibilidad de Medicaid o CHIP. Consulte "Aviso de Medicaid y CHIP" en la página 120.

### Cambio en la situación familiar:

Su [Prima](#) cambiará si cambia su tipo de cobertura (por ejemplo, de empleado a empleado más cónyuge). Su Coordinador de seguros o Coordinador de beneficios le informará cuáles son sus opciones del [Plan](#).

<b>Tipo de <a href="#">Dependiente</a></b>	<b>Descripción</b>
<b>Niños adoptados</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cubrimos a los niños adoptados a partir de la fecha en que se trasladaron a casa.</li><li>• Queda sujeto a los "<a href="#">Servicios excluidos y limitaciones</a>" indicados en la página 79; cubrimos los costos médicos relacionados con el nacimiento del niño que tiene 18 meses o menos.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Envíenos copia de las facturas e historia clínica relacionadas con el nacimiento del niño.</li><li>○ Envíenos comprobante de que ha pagado o es responsable de pagar esas facturas y de que el costo no fue cubierto por otro <a href="#">Plan</a>, incluido Medicaid.</li></ul></li></ul>
<b>Niños de acogida (Foster System)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cubrimos a los niños de acogida desde la fecha en que se trasladaron a casa.</li></ul>
<b>Recién nacidos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cubrimos a su recién nacido desde la fecha de nacimiento.</li><li>• Cubrimos a los recién nacidos durante los primeros 31 días de vida para todos los servicios <a href="#">Médicamente necesarios</a>. Si no agrega a un recién nacido como <a href="#">Dependiente</a> durante los primeros 31 días de vida, la cobertura del recién nacido será cancelada el día 31.</li><li>• Usted puede hacer un cambio a mitad de año si se producen cambios en la elegibilidad de Medicaid o <a href="#">CHIP</a>. Si inscribe a su recién nacido en un plazo de 60 días, cubriremos al recién nacido desde su fecha de su nacimiento.</li><li>• Cubrimos a los recién nacidos hijos de <a href="#">Dependientes</a> durante la estadía de la madre aprobada de 48/96 horas.</li></ul>
<b>Nuevos <a href="#">Dependientes</a> fruto del matrimonio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si se casa, cubriremos a los nuevos miembros de la familia a partir del primer día del mes posterior a su boda.</li></ul>
<b>Orden de manutención médica infantil calificada</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cubrimos a los niños para cumplir con una Orden de manutención médica infantil calificada. Si se emite una orden referente a su hijo, contáctenos. Tenemos que seguir ciertos procedimientos.</li><li>• Deberá mantener inscrito a su hijo a menos que usted ya no califique como <a href="#">Miembro</a> del <a href="#">Plan</a> o nos envíe acreditación documental de que:<ul style="list-style-type: none"><li>○ La orden judicial o administrativa ha vencido; o</li><li>○ El niño está o estará inscrito en una cobertura médica de otra aseguradora. Debe entrar en vigor a más tardar el último día de cobertura en este <a href="#">Plan</a>. No puede haber lapsos en la cobertura.</li></ul></li></ul>

### Cambio en la cobertura:

Puede inscribirse cuando:

- Se muda del [Área de servicio](#) de su compañía de seguros.
- Pierde la cobertura de Medicaid.
- Pierde la cobertura limitada de Medicaid no reconocida como [Cobertura esencial mínima](#).

- Obtiene la residencia legal en los EE. UU. Consulte "[Elegibilidad](#)" en la página 85.
- Está inscrito en un [Plan](#) para el que no califica debido a errores en la [Inscripción](#).
- Usted rechazó por escrito la cobertura cuando era elegible por vez primera porque tenía entonces otra cobertura que ya no tiene debido a:
  - Usted o el miembro elegible de su familia ha agotado [COBRA](#) bajo otro [Plan](#) de salud grupal;
  - Las horas de trabajo del [Suscriptor](#) son canceladas o se reducen;
  - Se cancela cualquier otra cobertura de [Plan](#) de salud;
  - El empleador dejó de pagar la parte de su [Prima](#); o
  - Muerte, divorcio o separación legal del [Suscriptor](#).
- Ya no está encarcelado.
- Pierde la [Cobertura esencial mínima](#).
- Tiene circunstancias excepcionales, como en el caso de un hijo de un padre encarcelado.

Para solicitar un cambio a mitad de año u obtener más información, consulte a su Coordinador de seguros o Coordinador de beneficios.

## Cuándo comienza la cobertura

La cobertura de usted y sus [Dependientes](#) elegibles comienza a las 12:01 A.M. del día de entrada en vigor de su [Inscripción](#). Su empleador debe certificar su elegibilidad.

El período de la cobertura es desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre si se inscribió durante el Período de opción.

Si se inscribe en un [Plan](#) después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura grupal porque califica para un cambio a mitad de año o es un nuevo empleado, consulte a su Coordinador de seguros o Coordinador de beneficios para conocer cuándo comienzan sus beneficios. Sus beneficios terminan el 31 de diciembre.

## Continuidad y/o transición de la atención médica

Si le autorizamos la atención médica de transición a través de un [Proveedor fuera de la red](#), pagaremos como mínimo las cantidades [Usuales y acostumbradas](#) por sus servicios. Usted paga su [Copago Dentro de la red](#), pero el [Proveedor](#) puede enviarle una factura. Consulte "[Facturación del saldo por un proveedor fuera de la red](#)" en la página 94.

Ejemplos de situaciones que pueden requerir continuidad o transición de la atención médica:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afecciones de salud conductual durante el tratamiento activo</li> <li>• Está actualmente hospitalizado</li> <li>• Actualmente está tomando medicamentos para los que requerimos revisión por parte de <a href="#">UM</a></li> <li>• Está actualmente en una lista de</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• trasplante</li> <li>• <a href="#">Hospitalización</a> inminente</li> <li>• Embarazos de segundo o tercer trimestre</li> <li>• Enfermedad terminal</li> <li>• Sometido a quimioterapia o radioterapia</li> </ul> |
|--|--|

Estas disposiciones aprobadas terminan cuando:

- Usted se transfiere a un [Proveedor de la red](#);

- Usted alcanza limitaciones de beneficios; o
- La atención es excesiva o no es [Médicamente necesaria](#).

Las disposiciones se aplican solo a la condición médica y al [Proveedor](#) que aparecen en el formulario de solicitud. Un [Proveedor Dentro de la red](#) deberá tratar todas las demás condiciones médicas. Si necesita servicios de [Referencia](#), tenga en cuenta que solo podemos autorizar a [Proveedores Dentro de la red](#).

Otros que pueden ayudar con este proceso incluyen.

- Su médico o farmacéutico.
- El padre/madre de un hijo menor de 18 años.
- Su poder notarial con la autoridad que toma decisiones médicas. Tenemos que recibir copia firmada del formulario de poder notarial.
- Su representante autorizado. Consulte "[Designación de representante autorizado](#)" en la página 102. Tendrá que llenar el formulario si desea que compartamos su [PHI](#) con alguien más, por ejemplo:
  - Su padre/madre, si tienes 18 años o más.
  - Su cónyuge.
  - Su cuidador, amigo, vecino u otro.

Si no aprobamos la atención continua por parte del [Proveedor fuera de la red](#), usted puede [Apelar](#) la decisión. Consulte "[Apelaciones y quejas formales](#)" en la página 99.

### **Salud conductual y transición de la atención médica**

Si se va a inscribir en GlobalHealth cambiando de compañía de seguros médicos, usted puede ser elegible para seguir recibiendo atención médica de su actual [Proveedor](#).

Deberá llenar el [Formulario de Solicitud de Transición de la Atención Médica de GlobalHealth](#). Es necesario llenar este formulario, aun en caso de que su [PCP](#) sea un [Proveedor](#) de GlobalHealth. Algunos [Especialistas](#) y [Centros](#) actualmente encargados de su atención médica podrían salirse de nuestra [Red](#). Este formulario se encuentra en nuestro sitio web.

Para continuar su atención médica con su [Proveedor](#) actual, deberá obtener nuestra aprobación. La aprobación de su anterior proveedor de servicios médicos no es lo mismo que nuestra autorización.

Las solicitudes de atención médica continua se revisan caso por caso. Una vez que recibamos la solicitud, revisaremos su caso. Para poder considerar al [Proveedor](#) solicitado por usted, deberá haber estado recibiendo [Tratamiento](#) continuo durante los 90 días previos a la fecha de entrada en vigor de nuestra cobertura.

Le informaremos a usted y a su [Proveedor](#) en caso de que:

- Autoricemos los servicios continuados. Puede disponer de hasta 30 días de tratamiento continuo; o
- Traslademos su atención médica a uno de nuestros [Proveedores de la red](#). Le informaremos sobre su derecho a [Apelar](#) la decisión.

Si se aprueba la atención médica de transición, la cubriremos durante un máximo de 30 días. Si está embarazada, cubrimos la atención médica de transición hasta seis semanas después del parto, aun si superase los 30 días. Si permanece inscrito en el mismo [Plan](#) al terminar el año natural y empezar el siguiente, estos plazos seguirían sumando días sin empezar de cero.

### **Transición de la atención médica de [Medicamentos recetados](#)**

Si es nuevo en GlobalHealth, puede solicitar que cubramos:

- Medicamentos no incluidos en el formulario; o
- Medicamentos en el [Formulario](#) que tienen restricciones.

Debe presentar su solicitud durante los primeros 90 días desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Le recomendamos encarecidamente que colabore con su médico y el Departamento de Farmacia lo antes posible para pasar a nuestro *Formulario de Medicamentos*.

1. Llene el [Formulario de Solicitud de Transición de la Atención Médica de GlobalHealth - Recetas](#) de nuestro sitio web.
2. Verificaremos la terapia farmacológica anterior.
3. Le informaremos de nuestra decisión, sea o no a su favor. Si se aprueba, recibirá un surtido del medicamento recetado de 30 días por cada medicamento.

### **Salud conductual y continuidad de la atención médica**

Si usted es [Miembro](#) actual de GlobalHealth y su [Proveedor](#) abandona la [Red](#), en determinados casos podrá seguir recibiendo atención médica de ese [Proveedor](#). El tratamiento para la condición médica deberá haberse producido dentro de los 30 días anteriores.

Deberá estar en tratamiento activo. "Tratamiento activo" significa:

- Tratamiento en curso de una [Enfermedad o condición potencialmente mortal](#);
- Tratamiento en curso de una [Condición aguda grave](#);
- El segundo o tercer trimestre del embarazo hasta finalizar el período posparto; o
- El tratamiento continuo por el que un médico responsable u otro [Proveedor](#) certifica que cambiar a otro médico o [Proveedor](#) podría empeorar el estado de salud o el resultado esperado.

Si se aprueba la atención médica de continuidad, la cubriremos por un plazo de hasta 90 días. Si está embarazada, cubrimos la atención médica de continuidad hasta seis semanas después del parto, aún si superase los 90 días. Si permanece inscrito en el mismo [Plan](#) al terminar el año natural y empezar el siguiente, estos plazos seguirían sumando días sin empezar de cero.

Deberá obtener nuestra aprobación para continuar la atención médica. No cubriremos la atención continua cuando:

- El contrato del [Proveedor](#) fue rescindido debido a problemas de calidad en la atención médica.
- El [Proveedor](#) no cumplió con los requisitos reglamentarios u otros requisitos del contrato.

## **Cambios a la [Inscripción](#)**

---

Es responsabilidad de usted informarnos sobre cualquier cambio que afecte su elegibilidad. Los cambios que deberá reportar incluyen, entre otros:

- Números de seguridad social de nuevos [Dependientes](#);

- Si obtiene o pierde cualquier otra cobertura médica grupal;
- Mudarse fuera de nuestra [Área de servicio](#); o
- Cambio de:
  - Nombre
  - Número de
  - Situación de
  - Situación
  - Dirección postal y código postal
  - teléfono (casa y trabajo)
  - discapacidad
  - familiar
  - [PCP](#)
  - Medicare
  - Jubilación
  - Muerte
  - [COBRA](#)
  - Divorcio

Deberá realizar los cambios lo antes posible, pero siempre en el plazo de 30 días. Consulte "[Períodos de inscripción](#)" en la página 86 para conocer los plazos para los cambios a mitad de año. Llame a su Coordinador de seguros o Coordinador de beneficios.

Método de contacto	Información de contacto
Correo	GlobalHealth, Inc. Attn: Benefits, Enrollment, and Eligibility P.O. Box 2328 Oklahoma City, OK 73101-2328
Correo electrónico	<a href="mailto:ghenrollment@globalhealth.com">ghenrollment@globalhealth.com</a>

Hable con su Coordinador de seguros o Coordinador de beneficios sobre las opciones de cobertura si deja de trabajar debido a:

- Jubilación
- Despido temporal
- Discapacidad
- Terminación del empleo
- Permiso laboral

O bien, si se produce un evento que cambia la vida, como por ejemplo:

- Divorcio
- Su hijo [Dependiente](#) ya no es elegible debido a su edad
- Muerte del cónyuge

Consulte "[Derechos de la cobertura de continuación de COBRA](#)" en la página 113.

## Cambios en su [Plan](#) de GlobalHealth

Si alguna ley estatal o federal requiere algún cambio en los beneficios, podemos cambiar el contrato o ciertos beneficios. Le daremos un aviso por escrito de al menos 60 días. También le diremos cuándo comenzará el cambio.

GlobalHealth u OMES pueden realizar cambios en el contrato o los beneficios sin su consentimiento o acuerdo. Su empleador es responsable de informarle por escrito en un plazo de 72 horas de realizados los cambios en su [Plan](#).

## Terminación de la cobertura

Terminación es cuando se pone fin a su cobertura. Puede ocurrir por su propia decisión o no. En el segundo caso, le informaremos de ello, así como de los motivos. Le enviaremos un aviso por correo en un plazo de cinco días hábiles.

La cobertura finaliza a las 12:01 a.m. del día de la terminación. Si finaliza la cobertura de un [Dependiente](#), ello no afectará a la cobertura de otros miembros de la familia. Por el contrario, si finaliza la cobertura del [Suscriptor](#), también finalizará la membresía de todos los [Dependientes](#). Consulte "[Derechos de la cobertura de continuación de COBRA](#)" en la página 113.

A menos que se indique lo contrario, su cobertura finalizará cuando se produzca alguna de las circunstancias siguientes:

Motivo	Descripción	Cuándo termina la cobertura
<b>Límite de edad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los hijos son elegibles para la cobertura de <a href="#">Dependiente</a> hasta el final del mes en que cumplan 26 años.</li> <li>• Le enviaremos un aviso de que su cobertura está finalizando e información sobre cómo seleccionar un nuevo <a href="#">Plan</a>. Deberá recibir la notificación antes del mes en que se cancelará su inscripción.</li> <li>• Puede solicitar una cobertura continua para <a href="#">Dependientes</a> discapacitados.</li> </ul>	El último día del mes en que cumple 26 años
<b>Muerte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el <a href="#">Suscriptor</a> muere, finalizará la cobertura de ese <a href="#">Miembro</a> así como la de todos sus <a href="#">Dependientes</a>.</li> <li>• Si un <a href="#">Dependiente</a> muere, solo finaliza la cobertura de ese <a href="#">Miembro</a>.</li> </ul>	<p><a href="#">Miembro</a>: La fecha de la muerte</p> <p><a href="#">Dependiente</a>: El último día del mes en que fallece el <a href="#">Suscriptor</a></p>
<b>Elegibilidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su empleador define la elegibilidad para los empleados y <a href="#">Dependientes</a>.</li> <li>• Es responsabilidad de su empleador informarle de cuándo ya no es elegible.</li> </ul>	El último día del mes en que se pagó la <a href="#">Prima</a>
<b>El empleador solicitó terminaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su empleador toma decisiones de terminación para grupos del empleador.</li> <li>• Es responsabilidad de su empleador informarle de cuándo nos solicita que pongamos fin a la cobertura de su grupo. Deberán informarle al menos 60 días antes de que finalicen sus beneficios.</li> </ul>	El último día del mes en que se pagó la <a href="#">Prima</a>
<b><a href="#">Fraude</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos suspender su cobertura si comete <a href="#">Fraude</a>. Por ejemplo, es fraude entregar voluntariamente a otra persona su tarjeta de identificación de <a href="#">Miembro</a> para que esa persona pueda obtener servicios. Consulte "<a href="#">Fraude y abuso</a>" en la página 119.</li> <li>• Podemos adoptar medidas que afecten seriamente su cobertura. Estas medidas incluyen, entre otras: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pérdida retroactiva de cobertura.</li> <li>○ Pérdida de cobertura en el futuro.</li> <li>○ Denegación de beneficios.</li> <li>○ Recuperación de facturas ya pagadas.</li> </ul> </li> </ul>	La fecha de entrada en vigor puede variar

Motivo	Descripción	Cuándo termina la cobertura
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ También podemos denunciar el <a href="#">Fraude</a> a las autoridades penales competentes.</li> <li>● Le avisaremos por escrito al menos 30 días antes de poner fin a su cobertura. Eso le dará tiempo para apelar la decisión. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si resolvemos que la terminación es válida, le devolveremos el pago de su <a href="#">Prima</a> correspondiente a ese período en caso de haberla pagado. Puede solicitar una <a href="#">Revisión externa</a>.</li> </ul> </li> <li>● La terminación retroactiva de la cobertura puede extenderse hasta 30 días además del mes corriente. Eso significa que una terminación no puede superar los 60 días antes de que le informemos.</li> </ul>	
<b>Medicaid/CHIP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Oklahoma Health Care Authority define la elegibilidad.</li> </ul>	El día antes de que comience la nueva cobertura de Medicaid/ <a href="#">CHIP</a>
<b>Mudarse fuera del <a href="#">Área de servicio</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Deberá inscribirse en un <a href="#">Plan</a> que tenga una <a href="#">Red de Proveedores</a> en su nueva <a href="#">Área de servicio</a>.</li> </ul>	El último día del mes en que se pagó la <a href="#">Prima</a>
<b>Impago de la <a href="#">Prima</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No es elegible para un cambio a mitad de año por la pérdida de la <a href="#">Cobertura esencial mínima</a>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si su cobertura o la cobertura de sus <a href="#">Dependientes</a> es cancelada por impago de la <a href="#">Prima</a> de <a href="#">COBRA</a>; o</li> <li>○ Si su cobertura o la cobertura de sus <a href="#">Dependientes</a> es cancelada por no inscribirse en <a href="#">COBRA</a> dentro del plazo para elegir <a href="#">COBRA</a>.</li> </ul> </li> </ul>	El último día del mes en que se pagó la <a href="#">Prima</a>
<b>Error del <a href="#">Plan</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Podemos detectar que lo hemos inscrito cuando no era elegible.</li> </ul>	El mismo día que la fecha original de entrada en vigor

### Continuación de la cobertura

Es posible que pueda mantener la cobertura en el mismo [Plan](#) durante 63 días después de estos plazos. Deberá seguir pagando su [Prima](#).

La continuación de la cobertura puede no estar disponible:

- Si no realiza a tiempo los pagos de la [Prima](#);
- Si la cobertura grupal se cancela en su totalidad durante el período de continuación;
- Si tiene derecho a una cobertura similar de un tercero durante la continuación del período de cobertura; o
- Si hace un uso indebido intencional de su tarjeta de identificación de [Miembro](#) o comete un [Fraude](#).

### **Privilegio de conversión**

Si pierde su cobertura grupal de GlobalHealth, puede ser elegible para la continuación de la cobertura de [COBRA](#). Consulte a su Coordinador de seguros o Coordinador de beneficios.

Si desea comprar un [Seguro de salud](#) en el [Mercado](#) de [Seguros de salud](#) de la ley [ACA](#), visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov). Este es un sitio web que ofrece el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. para informar sobre el [Mercado](#), incluyendo cómo inscribirse.

### **Si usted está en el [Hospital](#) cuando se cancela la cobertura**

Puede continuar recibiendo beneficios mientras está hospitalizado y bajo el cuidado de un médico.

- Cubrimos a las mujeres que dan a luz hasta el parto y el alta.
- Si su cobertura se cancela porque su empleador rescinde el contrato, su cobertura terminará en la fecha de rescisión del contrato.
- Si su cobertura grupal se cancela porque nosotros rescindimos el contrato, su cobertura continuará hasta el alta del [Hospital](#) o el vencimiento de los beneficios según lo estipulado en su contrato.

Los servicios deben cumplir con los "[Requisitos de cobertura](#)" indicados en la página 35. Solo cubrimos servicios por la enfermedad, lesión o condición por la que usted está hospitalizado.

### **Insolvencia**

En el caso improbable de que nos declaremos insolventes, continuaremos ofreciéndole sus beneficios:

- Durante el período por el que se pagaron las [primas](#).
- Si está ingresado en un [Hospital](#) en la fecha de la insolvencia, hasta que le den el alta o hasta que finalicen sus beneficios.
- Si está embarazada, hasta el parto y el alta.

Consulte "[Aviso de protección proporcionada por la Asociación de garantía del seguro de vida y salud de Oklahoma](#)" en la página 125.

# RECLAMOS Y PAGO

## Responsabilidad del pago

Cuándo	Costo
<b>Usted es responsable de:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Sus <a href="#">Copagos</a> o <a href="#">Coseguro</a> por los <a href="#">Servicios cubiertos</a> aprobados hasta alcanzar el <a href="#">MOOP</a>.</li><li>El costo de los servicios prestados por un médico o un <a href="#">Centro</a> sin una <a href="#">Referencia</a> autorizada.</li><li>El costo de los servicios no incluidos en los beneficios de su <a href="#">Plan</a> de GlobalHealth.<ul style="list-style-type: none"><li>Atención médica no cubierta según lo expuesto en este <i>Manual del miembro</i>.</li><li>Se indica en la sección <a href="#">Servicios excluidos y limitaciones</a>.</li></ul></li><li><a href="#">Facturación del saldo por un proveedor fuera de la red</a>, aun cuando el servicio se ofrezca en un <a href="#">Centro</a> de la <a href="#">Red</a>.</li><li>Cargos completos facturados cuando:<ul style="list-style-type: none"><li>Los servicios no estén cubiertos;</li><li>Los servicios no fueron urgentes ni de emergencia, se recibieron <a href="#">Fuera de la red</a> y no fueron autorizados por nosotros; o</li><li>Usted recibió los servicios cometiendo <a href="#">Fraude</a>.</li></ul></li></ul>
<b>Usted no es responsable de:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>La cantidad que le debamos a un <a href="#">Proveedor</a> por los servicios <a href="#">Médicamente necesarios</a> aprobados que están cubiertos por su <a href="#">Plan</a>.</li><li>La cantidad solicitada como <a href="#">Facturación del saldo</a> (después de que hayamos pagado la <a href="#">Cantidad permitida</a> según el contrato), siempre que:<ul style="list-style-type: none"><li>Los servicios fueran <a href="#">Servicios cubiertos</a>;</li><li>Los servicios fueran aprobados por nosotros;</li><li>Los servicios fueran provistos por un <a href="#">Proveedor de la red</a>; y</li><li>Usted pagara su <a href="#">Costo compartido</a> requerido, si corresponde.</li></ul></li></ul>

## Facturación del saldo por un Proveedor fuera de la red

La [Facturación del saldo](#) se produce cuando un [Proveedor](#) le solicita que pague la diferencia entre el cargo facturado y la cantidad total que el [Proveedor](#) recibió de su [Costo compartido Dentro de la red](#) y nuestro pago. Los [Proveedores dentro de la red](#) no pueden facturarle el saldo. Los [Proveedores fuera de la red](#) pueden facturarle el saldo y es posible que usted tenga que pagar la diferencia.

### Situaciones especiales

Disponemos de una amplia [Red](#) de [Proveedores](#). Como regla general, deberá recibir su atención médica de estos [Proveedores](#). Sin embargo, hay algunas situaciones limitadas en que puede consultar a un [Proveedor fuera de la red](#). Usted paga su [Costo compartido](#) habitual. Nosotros pagamos como mínimo el reembolso [Usual y acostumbrado](#). No obstante, el [Proveedor](#) puede enviarle una factura si:

- Usted necesita recibir [Atención médica de urgencia](#) al encontrarse fuera de nuestra [Área de](#)

[servicio](#).

- Usted recibe tratamiento en [Servicios de emergencia](#) mientras se encuentra [Fuera de la red](#).
- No tenemos un [Proveedor](#) en nuestra [Red](#) para atender su condición y autorizamos una [Referencia](#) para un [Proveedor fuera de la red](#).
- Autorizamos la atención médica en un [Centro Dentro de la red](#) y usted recibe servicios auxiliares o tratamiento de un [Proveedor fuera de la red](#).
- Le hemos aprobado para acudir a un [Proveedor](#) a través del proceso de transición de la atención médica.

Si usted cree que un [Proveedor](#) le ha facturado el saldo por error, llámenos.

## Si recibe una factura

---

Si recibe una factura por servicios que ya pagó, envíe una factura detallada y un comprobante de pago. Asegúrese de enviarlos al lugar correcto. Debe hacer copia para usted de todo documento que envíe a Magellan Rx Management o a nosotros.

### Salud conductual y atención médica

Los [Proveedores de la red](#) nos facturan directamente por los servicios prestados. Sin embargo, si usted recibe atención médica de urgencia o de emergente fuera de nuestra [Red](#), es posible que reciba una factura de dichos [Proveedores](#).

Si la factura es por [Servicios de emergencia](#) que ya pagó, contáctenos para recibir instrucciones en el plazo de 120 días desde la fecha del servicio. Pagaremos de acuerdo con nuestro reembolso [Usual y acostumbrado](#).

### Decisión sobre la cobertura:

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos más información.

Revisaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura. Debe seguir lo indicado en "[Requisitos de cobertura](#)" en la página 35.

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas para recibirla, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó por el servicio, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio, enviaremos el pago directamente al [Proveedor](#).
- Si decidimos que la atención médica no está cubierta o que usted no siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando los motivos por los que no pagamos y una copia de los [Derechos de apelación](#) en el plazo de 30 días desde la recepción del [Reclamo](#). Consulte "[Apelaciones y quejas formales](#)" en la página 99.

### [Medicamentos recetados](#)

La farmacia por lo general factura directamente a Magellan Rx Management. Sin embargo, si usted surte una receta sin su tarjeta de identificación de [Miembro](#), la farmacia puede exigirle que pague. Si ocurre esto, llame a Magellan Rx Management. Deberá llenar un formulario de [Reclamo](#) en papel y enviar los recibos.

Método de contacto	Información de contacto
Llamada gratis	1-800-424-1789
TTY	711

<b>Método de contacto</b>	<b>Información de contacto</b>
<b>Correo</b>	Magellan Rx Management, LLC PO Box 85042 Richmond, VA 23261-5042

## Cuando está cubierto por más de un [Plan](#)

Debe informarnos si tiene otra cobertura médica.

Otra cobertura médica incluye:

- Cobertura de seguro grupal e individual y cobertura de [Suscriptor](#);
- Arreglos no asegurados de cobertura grupal o tipo grupal;
- Cobertura individual y grupal a través de [Planes](#) que ya no aceptan nuevos [Miembros](#);
- Cobertura tipo grupal;
- Los beneficios de atención médica de una cobertura a largo plazo, como la [Atención especializada de enfermería](#);
- Los beneficios médicos en la cobertura de automóvil "sin culpa" y la cobertura tradicional del tipo "con culpa";
- Medicare u otros beneficios gubernamentales, según lo permita la ley, excepto según lo dispuesto en un [Plan](#) estatal bajo Medicaid. Ese tipo de [Plan](#) puede estar limitado a beneficios de cirugía, médicos y [Hospitalarios](#) del programa gubernamental; y
- Cobertura de seguro individual y grupal y cobertura de [Suscriptor](#) que paga o reembolsa el costo de la atención dental.

Si tiene cobertura médica aparte de su [Plan](#) de GlobalHealth, ya sea como [Dependiente](#) o como [Suscriptor](#), coordinaremos los beneficios. Esto significa que determinaremos qué [Plan](#) pagará como principal (primero) y qué [Plan](#) pagará como secundario (segundo). Debe seguir lo indicado en "[Requisitos de cobertura](#)" en la página 35, tanto si paguemos como primero o segundo.

### **[COB](#) de la cobertura médica y de salud conductual**

Los beneficios que pagamos están sujetos a [COB](#). Aplicamos las reglas de [COB](#) de conformidad con las directrices de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros. Su caso podría ser diferente, como cuando se inscribe a un recién nacido en otra cobertura, distinta de GlobalHealth, en los primeros 31 días de vida.

<b>Disposiciones</b>	<b>Orden de las reglas de determinación de beneficios de <a href="#">COB</a></b>
<b>Solo un <a href="#">Plan</a> tiene disposiciones <a href="#">COB</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El <a href="#">Plan</a> sin una disposición de <a href="#">COB</a> paga primero.</li> <li>• El <a href="#">Plan</a> con una provisión de <a href="#">COB</a> paga el segundo.</li> </ul>
<b>Ambos <a href="#">Planes</a> tienen disposiciones <a href="#">COB</a></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El <a href="#">Plan</a> que cubre al <a href="#">Miembro</a> como <a href="#">Suscriptor</a> paga primero.</li> <li>• El <a href="#">Plan</a> que cubre al <a href="#">Miembro</a> como <a href="#">Dependiente</a> paga en segundo lugar.</li> </ul>
<b>Ambos <a href="#">Planes</a> tienen disposiciones de <a href="#">COB</a> - Hijo <a href="#">Dependiente</a> - Padres no separados o divorciados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La "Regla del cumpleaños": <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ El <a href="#">Plan</a> del padre/madre cuyo cumpleaños es el primero durante el año natural, sin importar cuál sea el año de nacimiento, paga primero.</li> </ul> </li> </ul>

Disposiciones	Orden de las reglas de determinación de beneficios de <b>COB</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si alguno de los <a href="#">Planes</a> no sigue la regla del cumpleaños, entonces se aplican las reglas del <a href="#">Plan</a> que <u>no</u> tiene la disposición de la regla del cumpleaños.</li> </ul>
<b>Ambos <a href="#">Planes</a> tienen disposiciones de <a href="#">COB</a> - Hijo <a href="#">Dependiente</a> - Padres separados o divorciados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Un hijo <a href="#">Dependiente</a> cuyos padres están separados o divorciados, y el padre/madre que tiene la custodia no se ha vuelto a casar: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El <a href="#">Plan</a> del padre/madre que tiene la custodia paga primero.</li> <li>○ El <a href="#">Plan</a> del padre/madre que no tiene la custodia paga en segundo lugar.</li> </ul> </li> <li>● Un hijo <a href="#">Dependiente</a> cuyos padres están divorciados y el padre/madre que tiene la custodia se ha vuelto a casar: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El <a href="#">Plan</a> del padre/madre que tiene la custodia paga primero.</li> <li>○ El <a href="#">Plan</a> del padrastro/madrastra paga en segundo lugar.</li> <li>○ El <a href="#">Plan</a> del padre/madre que no tiene la custodia del <a href="#">Dependiente</a> paga en tercer lugar.</li> </ul> </li> <li>● Un hijo <a href="#">Dependiente</a> cuyos padres están separados o divorciados y una sentencia judicial establece quién es responsable de los gastos de atención médica – el <a href="#">Plan</a> del padre/madre con la responsabilidad paga primero.</li> </ul>

Cuándo pagamos en segundo lugar:

1. El pagador principal paga su parte.
2. Usted paga su [Participación en el costo](#) del [Plan](#) de GlobalHealth, si corresponde.
3. Pagamos el resto de la factura hasta el límite de nuestra [Cantidad permitida](#).

Notificación:

Cuando necesitemos la verificación de otra cobertura para tramitar un [Reclamo](#), le pediremos que llene el *Formulario de Coordinación de Beneficios (COB)*. Envíe el formulario completo cuando se le solicite para que el [Reclamo](#) no se demore o se rechace. Podemos pedirle que llene un formulario cada año.

Método de contacto	Información de contacto
<b>Correo</b>	GlobalHealth, Inc. Benefits, Enrollment, and Eligibility PO Box 2328 Oklahoma City, OK 73101-2328
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:StateAnswers@globalhealth.com">StateAnswers@globalhealth.com</a>

**COB de la Cobertura de medicamentos recetados**

Si está cubierto por más de un [Plan](#), coordinaremos sus beneficios de medicamentos recetados. Dé ambas tarjetas de [Medicamentos recetados](#) al personal de la farmacia. El personal de la farmacia ingresará la información. Dígales quién paga primero. Usted paga su [Costo compartido](#) de ese [Plan](#). La cobertura secundaria recibirá la factura por el costo restante.

## Su [Plan](#) de GlobalHealth y Medicare

---

Si usted es beneficiario de Medicare, ya sea por sí mismo o su cónyuge, coordinaremos los beneficios con Medicare. Si los beneficios de Medicare pagan primero, pagaremos en segundo lugar los beneficios deduciendo la cantidad pagada por Medicare. Si tiene alguna pregunta sobre Medicare, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Debe seguir lo indicado en "[Requisitos de cobertura](#)" en la página 35, tanto si pagamos primero como en segundo lugar.

Cuando los beneficios de GlobalHealth son secundarios:

1. El pagador principal paga su parte.
2. Usted paga su [Participación en el costo](#) del [Plan](#) de GlobalHealth, si procede.
3. Pagamos el resto de la factura hasta el límite de nuestra [Cantidad permitida](#).

## La responsabilidad de terceros

---

### Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation)

Si se lesiona en el trabajo y precisa atención médica, deberá firmar un formulario de asignación de beneficios en el consultorio de su [Proveedor](#). Esto permite al [Proveedor](#) facturar a Compensación de Trabajadores. Nuestros beneficios no reemplazan ni duplican beneficios que usted obtenga al amparo de la ley de Compensación de Trabajadores. Deberá informar a su empleador sobre su condición para solicitar beneficios de Compensación de Trabajadores.

### Tercero

Si se lesiona por la acción u omisión de un tercero (como un accidente automovilístico) y tiene derecho a cobertura médica, usted acepta:

- Presentar un [Reclamo](#).
- Reembolsarnos el costo de la atención médica que pagamos si obtiene una recuperación monetaria o un acuerdo de conciliación.
- Que nuestro derecho al pago es el [Reclamo](#) de máxima prioridad frente a cualquier tercero. Esto significa que se nos pagará antes que a cualquier otro [Reclamo](#), incluido cualquier [Reclamo](#) por daños y perjuicios generales presentado por usted.

Podemos obtener dicho reembolso de los ingresos que usted pueda obtener a consecuencia de cualquier acuerdo de conciliación o sentencia, con independencia de que se trate de una compensación parcial o total.

Si usted exonera de responsabilidad a la parte responsable de un acto o negligencia ilícito, podremos retrasar o denegar el [Reclamo](#). No obstante, podemos renunciar a nuestra facultad de denegar el [Reclamo](#) en ciertos casos concretos.

Nota: Consulte "[Subrogación, recuperación de terceros y reembolso](#)" en la página 133.

### Notificar a GlobalHealth

Infórmenos de posibles situaciones de responsabilidad de terceros o de Compensación de Trabajadores lo antes posible para que podamos coordinar los beneficios.

## Si su reclamo es denegado

---

Si denegamos alguna parte de un Reclamo presentado para recibir un pago, revisaremos el Reclamo tras recibir por escrito una solicitud de Apelación. Consulte "Apelaciones y quejas formales" en la página 99.

## Recuperación de pagos de [Reclamos](#)

---

Si pagamos un [Reclamo](#) por servicios que usted haya recibido sin ser elegible para la cobertura en el momento de recibir los servicios, podemos solicitar el reembolso. En tal caso, usted es responsable de pagar al [Proveedor](#). El pago tiene que efectuarlo cuando le notifiquemos esta situación. Además, tenemos el derecho exclusivo de determinar que cualquier sobrepago, pago incorrecto o pago excesivo realizado por nosotros constituye una deuda contraída por usted que podemos reclamarle. El cobro de sus [Primas](#) o el pago de beneficios no implica una renuncia a nuestros derechos.

Pediremos a su [Proveedor](#) el reembolso en un plazo de 24 meses a partir de la fecha en que realizamos el pago, a menos que:

- El pago se haya realizado debido a un [Fraude](#) cometido por usted o por el [Proveedor](#) de atención médica; o
- Usted o el [Proveedor](#) de atención médica hayan acordado de otra manera efectuar el reembolso por el pago excesivo de un [Reclamo](#).

# APELACIONES Y QUEJAS FORMALES

## Quejas y Quejas formales

---

Usted puede presentar una queja formal poniéndose en contacto con nosotros. Una [Queja formal](#) es una queja que usted o su representante autorizado presentan por escrito.

Puede ser relativa a:

- Acceso
- Cualquier aspecto de las operaciones del [Plan](#)
- Actitud/servicio
- Facturación/aspectos financieros
- Políticas
- Métodos
- Calidad de la atención médica
- Calidad del consultorio del [Proveedor](#)
- Otro asunto

En las [Quejas formales](#) por escrito, incluya:

- Nombre y dirección del [Miembro](#);
- Número de identificación de [Miembro](#) de GlobalHealth;
- [Proveedor](#) de servicios, si corresponde;
- Una descripción de la queja formal y la resolución que desea conseguir; y
- copia de [Reclamos](#), expedientes u otra información relevante.

Si desea presentar una queja o [Queja formal](#), incluya toda la información que tenga sobre el asunto.

Le enviaremos una carta en el plazo de los cinco días posteriores a la recepción de su solicitud de [Queja formal](#), informándole de cuándo recibirá nuestra respuesta por escrito. La respuesta final le llegará en un plazo de 30 días, a menos que se especifique lo contrario.

Para obtener ayuda con las [Quejas formales](#) relacionadas con la discriminación, consulte "[Aviso de no discriminación](#)" en la página 123.

## Apelaciones de atención médica y salud conductual

---

Tiene derecho a [Apelar](#) cualquier decisión que tomemos que:

- Deniegue el pago de su [Reclamo](#);
- Deniegue su solicitud de cobertura de atención médica. Consulte "[Autorización previa al servicio](#)" en la página 28; o
- Cambie o reduzca un [Tratamiento](#) aprobado. Consulte "[Revisión concurrente](#)" en la página 30.

No puede [Apelar](#) si el cambio de beneficios se debe a que su [Plan](#) cambió o terminó.

Puede solicitar más explicaciones cuando deneguemos su [Reclamo](#) o solicitud de cobertura o no cubramos íntegramente su atención médica.

Llámenos si:

- No entiende el motivo de la denegación;
- No entiende por qué no cubrimos íntegramente la atención médica;

- No entiende por qué denegamos una solicitud de cobertura de atención médica;
- No puede encontrar la sección correspondiente en este *Manual del miembro* u otros documentos del [Plan](#);
- Desea una copia (sin cargo) de documentos, expedientes y otra información relevante para su [Reclamo](#);
- Desea una copia (sin cargo) de la directriz, los criterios o los fundamentos clínicos que utilizamos para tomar nuestra decisión; o
- No está de acuerdo con la denegación o la cantidad no cubierta y desea [Apelar](#).

Si su [Reclamo](#) fue denegado debido a información faltante o incompleta, usted o su [Proveedor](#) pueden reenviarnos el [Reclamo](#) con la información necesaria.

Su solicitud de [Apelación](#) debe presentarla por escrito **en un plazo de 180 días** desde la notificación de [Determinación adversa](#) e incluir lo siguiente:

- Nombre y dirección del [Miembro](#);
- Número de identificación del [Miembro](#) de GlobalHealth;
- [Proveedores](#) de servicios;
- Fecha del servicio si apela un [Reclamo](#) denegado;
- Descripción del servicio denegado y por qué se solicita la [Apelación](#); y
- Copias de la documentación para complementar la solicitud de [Apelación](#) (como [Reclamos](#), su historia clínica, declaraciones del médico y cualquier otra información relevante).

Puede obtener formularios de solicitud de [Apelación](#) en nuestro sitio web o comunicándose con nosotros. No está obligado a utilizar el formulario, pero su carta deberá incluir toda la información indicada en el formulario.

### **Revisión exhaustiva y justa**

Realizaremos una revisión exhaustiva y justa de su [Reclamo](#) o solicitud de cobertura de atención médica. La revisión la realizan personas asociadas con nosotros que no participaron en la denegación inicial. Puede proporcionarnos otras informaciones, evidencias o testimonios relacionados con su [Reclamo](#) o atención médica. Puede solicitar copia de la información de que disponemos relacionada con su [Reclamo\(s\)](#) o atención médica.

Le informaremos por escrito de nuestra decisión en un plazo de 30 días desde la recepción de su [Apelación](#). Le proporcionaremos cualquier evidencia nueva o adicional que utilicemos y le expresaremos los motivos, si usted lo solicita, de por qué la utilizamos. Lo haremos de forma gratuita. Puede preguntarnos quiénes son los médicos u otros expertos a quienes hayamos consultado, con independencia de que hayamos tenido en cuenta o no su consejo para dictar la determinación.

### **Proceso inicial de las [Apelaciones](#)**

Le enviaremos una carta informándole de la recepción de su solicitud en un plazo de cinco días hábiles. Esa carta le hará saber cuándo puede esperar una determinación por escrito de nuestra parte. Por lo general, resolvemos las [Apelaciones](#) en un plazo de 30 días desde la recepción de su solicitud. Si no recibe nuestra resolución en ese plazo, puede solicitar una [Revisión externa](#).

Podemos ampliar ese período en 15 días más, por una sola vez, siempre que:

- Resulte necesario por motivos que escapen nuestro control;
- Antes de que finalice el período inicial de 30 días le informaremos de por qué es necesario; y,
- Le informamos de la fecha prevista para la adopción de una resolución.

Si se precisa tiempo adicional porque no disponemos de suficiente información para resolver el [Reclamo](#), en el aviso se le comunicará qué información necesitamos, y dispondrá de 45 días, a partir de la recepción del aviso, para enviarnos la información.

Dependiendo de la índole de la [Determinación adversa](#), existen dos tipos diferentes de revisión interna:

1. [Revisión general](#) (por ejemplo, tramitación de [Reclamos](#) o errores administrativos).
2. [Revisión interna independiente](#) (por ejemplo, determinaciones adversas sobre cobertura o necesidad médica). Esta revisión es realizada por personas que no participaron en la resolución original.

### **[Apelación](#) Expeditiva**

Usted puede solicitar una revisión interna rápida de nuestra denegación siempre que:

- Padezca una condición médica que pondría en grave riesgo su vida o su salud o su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad si no recibe atención médica de inmediato; y,
- Ello implica:
  - Disponibilidad de atención médica;
  - Continuación de la estadía;
  - [Servicios de emergencia](#) y no ha sido dado de alta de un [Centro](#); o
  - Una estadía en el [Hospital](#).

Usted, o persona autorizada para actuar en su nombre, puede solicitarnos una revisión interna rápida. Envíe la solicitud a la dirección que figura en la página 4. O llámenos para solicitar una.

Si aceptamos tramitar su [Apelación](#) como revisión interna expeditiva, emitiremos una determinación en el plazo de 72 horas desde la recepción de su solicitud. Si su [Apelación](#) no cumple los requisitos para una revisión rápida, le informaremos de ello y tramitaremos la [Apelación](#) dentro del plazo ordinario.

### **[Revisión externa](#)**

Si denegamos su solicitud de recibir o pagar la atención médica, tiene derecho a que nuestra decisión sea revisada por profesionales de la salud independientes, que no tengan ninguna relación con nosotros, en caso de que nuestra decisión implique:

- La determinación de que el servicio o tratamiento es [Experimental o de Investigación](#).
- Adecuación.
- Entorno de la atención médica.
- La calidad del servicio o tratamiento médico.
- Grado de atención médica.
- Necesidad médica.

Deberá solicitar por escrito una [Revisión externa](#) en un **plazo de cuatro meses** a partir del aviso final de la determinación de la [Apelación](#).

Método de contacto	Información de contacto
N.º tel. local	(405) 521-2828
Llamada gratis	1-800-522-0071
Correo	Oklahoma Insurance Department ATTN: External Review Request Five Corporate Plaza 3625 NW 56th St, Suite 100 Oklahoma City, OK 73112-4511
Sitio web	<a href="http://www.ok.gov/oid/Consumers/External_Review_Process">www.ok.gov/oid/Consumers/External_Review_Process</a>

Si su solicitud cumple los requisitos para la [Revisión Externa](#), el Departamento de Seguros seleccionará al azar una organización [IRO](#) apta para realizar la [Revisión externa](#). Usted deberá autorizar la revelación de su historia clínica. La [IRO](#) necesita revisarla para poder tomar una decisión. La [IRO](#) le informará de su decisión en un plazo de **45 días** a partir de la recepción de la solicitud de revisión.

### **[Revisión externa](#) expeditiva**

Usted puede solicitar una [Revisión externa](#) rápida de nuestra denegación si:

- Padece una condición médica que pondría en riesgo su vida o su salud o su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad si no recibe tratamiento de inmediato
- Ello implica:
  - Disponibilidad de atención médica;
  - Continuación de la estadía;
  - [Servicios de emergencia](#) y no ha sido dado de alta de un [Centro](#);
  - Una estadía en el [Hospital](#); o
- Hemos determinado que la atención médica es [Experimental o de investigación](#). Su médico debe certificar por escrito que la atención médica sería significativamente menos efectiva si no se inicia de inmediato.

Para solicitar una [Revisión externa](#) expeditiva, llame al Departamento de Seguros de Oklahoma antes de enviar su documentación. Le darán instrucciones sobre la forma más rápida de enviar su solicitud y la información complementaria.

Si su solicitud es válida para [Revisión externa](#), el Comisionado de Seguros seleccionará aleatoriamente una organización [IRO](#). La [IRO](#) tomará una determinación en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud de [Revisión externa](#) expeditiva.

Nota: Es posible que no obtenga una [Revisión externa](#) rápida en caso de denegación de pago de servicios que usted ya haya recibido.

## **Avisos**

Le enviaremos por correo una determinación escrita sobre la [Apelación](#) tras alcanzarse cada fase del proceso de [Apelación](#), incluyendo otras posibilidades de [Apelación](#), cuando corresponda.

## **Designación de representante autorizado**

---

Otra persona puede presentar una [Apelación](#) en su nombre. Usted puede designar a un familiar, amigo, representante, abogado, médico u otra persona para que actúe como su representante autorizado. Si desea que alguien actúe en su nombre, deberá enviarnos una declaración por escrito que autorice a esa persona. Tanto usted como la persona autorizada deberán firmar y fechar la declaración. El formulario de [Designación de representante autorizado](#) se encuentra en nuestro sitio web o bien puede contactarnos. En caso de que el formulario sea tramitado por su representante, deberá figurar firmado en nuestros archivos para que la [Apelación](#), [Queja formal](#), [Solicitud de excepción](#) o solicitud de [Continuidad o transición de la atención médica](#) puedan seguir su curso.

## **Apelaciones de Medicamentos recetados**

---

Magellan Rx Management paga los [Reclamos](#) por sus [Medicamentos recetados](#), pero nosotros gestionamos todas las [Apelaciones](#) de [Medicamentos recetados](#). Consulte el proceso de [Apelación](#) a partir de la página 99.

## **Preguntas sobre las Apelaciones**

---

Si tiene alguna pregunta o desea una copia de la política de beneficios, directrices, protocolo u otros criterios utilizados para tomar una determinación, contáctenos. Su médico puede contactar a nuestro Director Médico para hablar de las denegaciones.

# PROGRAMAS ESPECIALES

## Gestión de la atención médica

---

Creemos que gestionar y navegar el sistema de la atención médica debería ser más sencillo.

Tenemos varios programas que pueden ayudarle a obtener la atención médica adecuada para usted. Cada uno de estos programas es el resultado del trabajo de un equipo:

- Usted;
- Su cuidador, si lo desea;
- Sus médicos; y
- Nuestro gestor de casos o farmacéutico.

Usted es la parte más importante del equipo.

- Comprenda su salud y ayude a decidir el mejor [Tratamiento](#).
- Acuda a sus visitas al médico y tome sus medicamentos.
- Lleve un estilo de vida saludable, como esforzarse por lograr sus metas de dieta y de ejercicio.

Trabajamos para ayudarle. Un administrador de casos:

- Llegará a conocerle a usted y sus necesidades médicas.
- Le ayudará a programar citas con su médico.
- Le ayudará a obtener otra atención médica que pueda necesitar.
- Responderá sus preguntas antes o después de su visita al médico.

Le inscribiremos si cumple con los criterios. O bien, usted o su médico pueden solicitar que le inscribamos. La participación es voluntaria, confidencial y disponible sin costo para usted. Usted puede salirse del programa en cualquier momento.

### [Gestión de casos complejos](#)

Si tiene una enfermedad grave o varias [Enfermedades crónicas](#), un administrador de casos le ayudará. El objetivo es promover resultados de salud rentables y de calidad.

Las enfermedades/afecciones médicas y de salud conductual que pueden ser aceptadas en el programa incluyen, entre otras:

- Necesidades médicas agudas, diagnósticos u [Hospitalizaciones](#);
- Problemas médicos complejos;
- Enfermedad mal controlada;
- Estadías frecuentes en el [Hospital](#);
- Múltiples visitas a la [ER](#); o
- Múltiples [Enfermedades crónicas](#).

Nuestro administrador de casos colabora con usted, sus médicos y/o [BHP](#) para:

- Crear un plan de atención médica;
- Ayudarle a navegar el sistema de la atención médica;
- Coordinar la atención médica;
- Contactar con usted regularmente y responder sus preguntas; y
- Sugerir recursos disponibles en la comunidad.

## Programa de prevención de la diabetes

Los administradores de casos trabajan con usted si es pre-diabético. Es decir, su nivel de azúcar en sangre es más alto de lo normal, pero aún no se le ha diagnosticado diabetes. Recibirá ayuda para:

- Llevar una dieta saludable;
- Tener un estilo de vida activo; y
- Perder peso.

El objetivo es evitar que se convierta en diabético. Al hacer estos cambios, puede reducir hasta la mitad su riesgo padecer de diabetes.

Nuestro administrador de casos le ayudará a encontrar e inscribirse en un Programa de prevención de la diabetes aprobado por los [CDC](#).

## Control de enfermedades

Los administradores de casos trabajan con usted y su médico para:

- Ralentizar el avance de la enfermedad y las complicaciones;
- Cambiar comportamientos y tomar mejores decisiones sobre el estilo de vida;
- Ayudarle a seguir las directrices y el plan de atención médica de su médico y tomar sus medicamentos según lo recetado;
- Administrar medicamentos y controlar los síntomas;
- Educar sobre [Medicina preventiva](#);
- Reducir las [Hospitalizaciones](#) y readmisiones innecesarias; y
- Prevenir errores con los medicamentos

Las enfermedades específicas son:

- [CAD](#);
- [COPD](#);
- [CHF](#);
- Depresión, ansiedad y diagnósticos de enfermedades mentales graves;
- Diabetes; y
- Consumo de sustancias.

Nuestro enfoque se centra en usted. Los esfuerzos pueden incluir:

- Gerente de cuidado asignado;
- Materiales educativos;
- Evaluación de riesgos para la salud;
- Llamadas para revisión de salud; y
- Evaluaciones después de salir del [Hospital](#) o [ER](#).

## Programa de gestión de terapias farmacológicas

Si toma varios medicamentos para [Enfermedades crónicas](#), puede beneficiarse de este programa. Nuestros farmacéuticos y personal le brindan un servicio personalizado. Las metas del programa son:

- Ralentizar la progresión de la enfermedad al apoyar el cumplimiento del tratamiento farmacológico;
- Eliminar los tratamientos farmacológicos repetidos;
- Reducir las interacciones de los medicamentos y los efectos secundarios; y
- Ayudarle a aprovechar al máximo sus beneficios informándole de las alternativas de menor costo.

Revisamos sus medicamentos para asegurarnos de que reciba una atención médica segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes si tiene más de un [Proveedor](#) que le recete medicamentos.

Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como:

- Errores con los medicamentos;
- Medicamentos que puedan no ser necesarios por estar tomando otro medicamento para tratar la misma enfermedad;
- Medicamentos que puedan no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo;
- Combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo; y
- Medicamentos que contengan ingredientes a los que es alérgico.

Si detectamos algún problema potencial, contactaremos con su [Proveedor](#) para corregirlo.

### Programa de difusión prenatal

La atención prenatal le ayuda a usted y a su bebé a mantenerse saludables. Su médico puede detectar y tratar problemas de salud con más anticipación o quizás evitar que se produzcan.

Hay muchas cosas que usted puede hacer para asegurarse de tener el mejor embarazo posible.

Acciones	Descripción
<b>Qué hacer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer y mantener sus visitas al médico prenatal. Hablar con su médico de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pruebas, análisis de laboratorio y vacunas.</li> <li>○ Clases de parto para usted y su pareja.</li> <li>○ Cuánto peso debes ganar</li> <li>○ Ejercicio.</li> <li>○ Cualquier pregunta que tenga</li> </ul> </li> <li>• Informarse. Leer libros, ver videos, ir a una clase de preparación para el parto y hablar con las mamás que usted conozca.</li> <li>• Tomar las vitaminas prenatales todos los días.</li> <li>• Descansar y dormir mucho.</li> <li>• Comer alimentos saludables y beber mucha agua.</li> <li>• Saber cómo controlar el estrés.</li> </ul>
<b>Qué <u>no</u> hacer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No consumir drogas, tomar alcohol ni fumar. Mantenerse alejada del humo de fumadores.</li> <li>• No empezar ni dejar de tomar medicamentos (incluidos los <a href="#">OTC</a> y productos herbales) sin consultar primero con su médico.</li> <li>• No hacerse una radiografía sin informar al médico o dentista de que está embarazada.</li> <li>• No comer carne o pescado crudo o poco cocinado. No comer pescado con mucho mercurio.</li> <li>• No usar productos químicos como insecticidas, solventes, plomo, mercurio y pintura aunque la etiqueta no incluya una advertencia de embarazo.</li> <li>• No acercarse a roedores (aunque sean mascotas) ni a la arena para gatos.</li> </ul>

## Gestión de casos

Hay muchas cosas en que pensar mientras está embarazada. Queremos ayudarle durante esta etapa. Tendrá su propio administrador de casos. Su administrador de casos contactará con usted cuando sepamos que está embarazada. O usted puede llamarnos si no quiere esperar.

Tenga en cuenta que la atención prenatal periódica no tiene costo para usted.

## QIP

El QIP nos ayuda a mejorar nuestras funciones y los servicios que recibe de los Proveedores de la red. Proporciona un enfoque sistemático e integrado para medir y mejorar la calidad. El programa QIP:

- Cumple con los requisitos legales.
- Sigue otros estándares, directrices y requisitos contractuales.
- Identifica problemas que nos sirven para mejorar. Grupos de trabajo compuestos por nuestros empleados, Miembros y Proveedores de la red:
  - Monitorear los indicadores de desempeño.
  - Analizar datos.
  - Implementar cambios para mejorar el desempeño y monitorear el progreso.

Los objetivos del QIP buscan:

- Mejorar los procesos, la seguridad del paciente y los resultados de la atención médica.
- Satisfacer las necesidades de los Miembros y Proveedores.
- Reducir el costo de la atención médica.

Puede pedir información sobre nuestro QIP y plan de trabajo. Llámenos y solicite hablar con el Departamento de calidad o envíe un correo electrónico a [quality@globalhealth.com](mailto:quality@globalhealth.com).

## NCQA

Nos comprometemos a brindar la mejor atención médica posible mejorando continuamente. Para demostrar nuestro compromiso con la calidad, GlobalHealth está acreditada por el NCQA. NCQA es una organización independiente, sin fines de lucro, cuya misión es mejorar la calidad de la atención médica en Estados Unidos. NCQA realiza auditorías y encuestas para asegurarnos de que la calidad de la atención médica está presente en todo lo que hacemos.

Usted marca la diferencia en nuestra acreditación de NCQA. Podemos invitarle a participar en encuestas. Nos ayudan a comprender sus necesidades y experiencia con nosotros.

## Encuesta de salud:

Le podemos enviar una HRA todos los años con preguntas sobre su salud actual. Si no la recibe, usted puede:

- Llenarla en línea;
- Descargar una copia de nuestro sitio web para enviarla por correo;
- Solicitar que le enviemos una HRA por correo; o
- Pedir ayuda para llenarla por teléfono.

Sus respuestas nos ayudan a saber cómo servirle de la mejor forma posible a usted y sus necesidades de atención médica. La información que nos dé será confidencial. Solo divulgamos la información

de la [HRA](#) a su [PCP](#) para que pueda abordar sus necesidades de salud. No se usará en su contra de ninguna manera ni le impedirá obtener atención médica.

Encuestas de satisfacción:

Distribuimos encuestas de satisfacción del [Miembro](#) para conocer su opinión sobre cómo atendemos sus necesidades nosotros y sus médicos. Esto puede incluir:

- Encuesta para nuevos [Miembros](#);
- Estudio de satisfacción del cliente; y/o
- [CAHPS](#)®.

Aunque no es obligatorio, es muy importante que las llene y nos las envíe de vuelta. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar.

Auditoría HEDIS®:

Realizamos una auditoría aprobada por el comité [NCOA](#) llamada [HEDIS](#)®. Analiza la [Medicina preventiva](#) ofrecida por nuestros [Proveedores de la red](#). Usted puede ayudar solicitando servicios de [Medicina preventiva](#).

Listas de verificación de visitas preventivas:

El siguiente cuadro muestra los servicios de [Medicina preventiva](#) que puede considerar y/o recibir durante sus visitas periódicas a su [PCP](#) u [OB/GYN](#) o que su recién nacido puede recibir en el [Hospital](#). Puede imprimir una copia en nuestro sitio web para llevarla con usted al médico.

No todos los servicios serán adecuados para usted. Su [PCP](#) u [OB/GYN](#) le recomendarán servicios. Los servicios pueden requerir más de una visita y/o [PA](#). Para obtener más información, consulte "[Beneficios de la medicina preventiva](#)" en la página 71.

<b>Población</b>	<b><a href="#">Medicina preventiva</a> a Tener en cuenta</b>
<b>Hombres – durante el examen periódico (anual)</b>	<input type="checkbox"/> Aneurisma aórtico abdominal <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol, medicamentos recetados o drogas ilegales <input type="checkbox"/> Consumo de aspirina <input type="checkbox"/> Presión arterial <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Cáncer colorrectal <input type="checkbox"/> Depresión, ansiedad, trauma y violencia doméstica/interpersonal <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dieta saludable y ejercicio físico <input type="checkbox"/> Prevención de caídas <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Próstata <input type="checkbox"/> Prevención de ITS

Población	<u>Medicina preventiva</u> a Tener en cuenta
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cáncer de piel</li> <li><input type="checkbox"/> Consumo de estatinas</li> <li><input type="checkbox"/> Sífilis</li> <li><input type="checkbox"/> Consumo de tabaco</li> <li><input type="checkbox"/> Tuberculosis</li> <li><input type="checkbox"/> Vista</li> </ul>
<b>Mujeres – durante el examen periódico (anual)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol, medicamentos recetados o drogas ilegales</li> <li><input type="checkbox"/> Consumo de aspirina</li> <li><input type="checkbox"/> Presión arterial</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer de mama y mamografías</li> <li><input type="checkbox"/> Colesterol</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer colorrectal</li> <li><input type="checkbox"/> Depresión, ansiedad, trauma y violencia doméstica/interpersonal</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes</li> <li><input type="checkbox"/> Dieta saludable y actividad física</li> <li><input type="checkbox"/> Prevención de caídas</li> <li><input type="checkbox"/> Ácido fólico</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis B</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis C</li> <li><input type="checkbox"/> VIH</li> <li><input type="checkbox"/> Vacunas</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón</li> <li><input type="checkbox"/> Obesidad</li> <li><input type="checkbox"/> Osteoporosis</li> <li><input type="checkbox"/> Prevención de ITS</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer de piel</li> <li><input type="checkbox"/> Consumo de estatinas</li> <li><input type="checkbox"/> Sífilis</li> <li><input type="checkbox"/> Consumo de tabaco</li> <li><input type="checkbox"/> Tuberculosis</li> <li><input type="checkbox"/> Vista</li> </ul>
<b>Mujeres - Durante visitas prenatales (cada 4 semanas – primeras 28 semanas, cada 2-3 semanas – 32 – 36 semanas, cada semana hasta el parto – desde las 37 semanas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol, medicamentos recetados o drogas ilegales</li> <li><input type="checkbox"/> Anemia</li> <li><input type="checkbox"/> Aspirina</li> <li><input type="checkbox"/> Presión arterial</li> <li><input type="checkbox"/> Análisis de sangre</li> <li><input type="checkbox"/> Lactancia materna</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes gestacional</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis B</li> <li><input type="checkbox"/> VIH/ITS</li> <li><input type="checkbox"/> Vacunas</li> <li><input type="checkbox"/> Incompatibilidad Rh</li> <li><input type="checkbox"/> Seguridad</li> <li><input type="checkbox"/> Consumo de tabaco</li> </ul>

Población	<u>Medicina preventiva</u> a Tener en cuenta
	<input type="checkbox"/> Ultrasonidos <input type="checkbox"/> Infección urinaria o de otro tipo <input type="checkbox"/> Peso
<b>Mujeres – Durante la visita ginecológica (anual)</b>	<input type="checkbox"/> BRCA <input type="checkbox"/> Quimioprevención del cáncer de mama <input type="checkbox"/> Cáncer de mama y mamografías <input type="checkbox"/> Cáncer de cuello uterino <input type="checkbox"/> Anticoncepción <input type="checkbox"/> Violencia doméstica e interpersonal <input type="checkbox"/> VIH/ITS <input type="checkbox"/> VPH
<b>Niños – Servicios a recién nacidos al nacer (<u>Paciente ingresado</u>)</b>	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo congénito <input type="checkbox"/> Medicación preventiva de la gonorrea en los ojos <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Estatura y peso <input type="checkbox"/> Hemoglobinopatías o drepanocitosis <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Fenilcetonuria (PKU)
<b>Niños – durante la visita de niño sano (al nacer y a las edades de 2, 4, 6, 9, 12, 15 y 18 meses, 2 a 6 años cada año, 8 a 18 años cada dos años)</b>	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol, medicamentos recetados o drogas ilegales <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Evaluaciones del comportamiento <input type="checkbox"/> Presión arterial <input type="checkbox"/> Displasia cervical <input type="checkbox"/> Salud dental <input type="checkbox"/> Depresión, ansiedad, trauma y violencia doméstica/interpersonal <input type="checkbox"/> Desarrollo <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Fluoruro <input type="checkbox"/> Dieta saludable y actividad física <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Estatura, peso e índice de masa corporal <input type="checkbox"/> Hematocrito o hemoglobina <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Hierro <input type="checkbox"/> Plomo <input type="checkbox"/> Antecedentes médicos <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Evaluación del riesgo bucal <input type="checkbox"/> Prevención de ITS <input type="checkbox"/> Cáncer de piel <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Intervenciones por consumo de tabaco <input type="checkbox"/> Tuberculina

<b>Población</b>	<b><a href="#">Medicina preventiva</a> a Tener en cuenta</b>
	<input type="checkbox"/> Vista

## Le ayudamos a tener una vida saludable

Estamos entusiasmados con nuestros recursos de salud y bienestar. Además de la línea de enfermería e información disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, puede consultar una amplia variedad de información y herramientas en [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com). Esperamos que use estos recursos para mejorar su salud y la de su familia.

### Línea de enfermería 24/7

Solo su médico puede diagnosticar, recetar o dar consejos médicos. No obstante, nuestra enfermera puede ayudarle a tomar decisiones confiables. No siempre es fácil decidir cuándo buscar atención médica de emergencia, tratar los síntomas usted mismo o acudir a un [PCP](#). Llame gratis al 1-877-280-2993 en cualquier momento. Si cree que es una emergencia, llama al 911.

La línea de enfermería le brinda:

- Las enfermeras usan directrices clínicamente probadas para ayudarle a decidir qué hacer.
- Acceso 24/7.

### GlobalHealth.com

Nuestro sitio web contiene enlaces a herramientas e información de salud interactivas. Muchos temas están disponibles en inglés y español.

<b>Categoría</b>	<b>Información disponible</b>
<b>MyGlobal® – Llámenos para configurar el inicio de sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contáctenos a través de mensajes seguros para: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Solicitar/reordenar tarjetas de identificación de <a href="#">Miembro</a>; y</li> <li>○ Cambiar de <a href="#">PCP</a>.</li> </ul> </li> <li>• Vea detalles del <a href="#">Plan</a> (beneficios, <a href="#">MOOP</a>, <a href="#">Costo compartido</a>).</li> <li>• Vea <a href="#">Reclamos</a> de <a href="#">Servicios médicos</a>.</li> <li>• Consulte <a href="#">Referencias</a>.</li> </ul>
<b>Mantenimiento de la salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lea acerca de: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comer saludablemente;</li> <li>○ La importancia del ejercicio y</li> <li>○ <a href="#">Pruebas de detección</a> de <a href="#">Medicina preventiva</a>. Consulte listas de verificación de prevención para todos los grupos de edad.</li> </ul> </li> <li>• Aproveche consejos y herramientas interactivas para incorporar una dieta saludable y ejercicio en la vida diaria.</li> <li>• Encuentre enlaces a directrices clínicas.</li> <li>• Realice cuestionarios para ver saber si va por el buen camino.</li> </ul>
<b>Mejora de la salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lea material educativo y use herramientas interactivas.</li> <li>• Encuentre enlaces a temas como: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abuso de Alcohol/drogas</li> <li>○ Dejar de consumir tabaco</li> <li>○ Cumplir con su plan de atención médica</li> <li>○ Estrés y depresión</li> </ul> </li> </ul>

Categoría	Información disponible
<b>Control de enfermedades a largo plazo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lea sobre <a href="#">Enfermedades crónicas</a> y cómo controlarlas. Conozca las opciones terapéuticas para hablar de ello con su médico.</li> <li>• Inscríbase en un programa patrocinado por GlobalHealth. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="#">Gestión de casos</a> complejos</li> <li>○ Programa de prevención de la diabetes</li> <li>○ Control de enfermedades</li> <li>○ Gestión de terapias farmacológicas</li> <li>○ Difusión prenatal</li> </ul> </li> </ul>
<b>Herramientas/calculadoras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La <a href="#">HRA</a> anual.</li> <li>○ Calculadora del índice de masa corporal ("BMI").</li> <li>○ Guía de medicamentos</li> </ul> </li> </ul>

### Directrices de práctica clínica

Utilizamos las directrices de práctica clínica de la agencia [AHRQ](#). Estas directrices incluyen, entre otras:

Directrices de práctica clínica	Enfermedad
<b>Medicina preventiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cáncer de mama</li> <li>• Cáncer colorrectal</li> <li>• Hipertensión</li> <li>• Evaluación de la obesidad</li> </ul>
<b>Afecciones médicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">COPD</a></li> <li>• Diagnóstico, evaluación y control de la <a href="#">CHF</a></li> <li>• Directrices de práctica clínica de la <a href="#">CAD</a></li> <li>• Diabetes mellitus</li> </ul>
<b>Salud conductual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación y control del <a href="#">TDAH</a></li> <li>• Tratamiento del <a href="#">ASD</a></li> <li>• Tratamiento y control de la depresión en adultos</li> </ul>

Tenemos directrices de salud preventivas basadas en la evidencia para todas las edades:

- Perinatal;
- Niños hasta los 24 meses de edad;
- Niños de 2 a 19 años de edad;
- Adultos de 20 a 64 años de edad; y
- Adultos de 65 años o más.

En nuestro sitio web, puede encontrar directrices de práctica clínica y directrices preventivas de salud.

### Dejar el tabaco

Usted o su [Dependiente](#) 18 años o más es elegible para recibir ayuda para dejar el tabaco. El consumo de tabaco se define como:

- Usar cualquier producto de tabaco que no sea para uso religioso o ceremonial; y
- Usar de promedio cuatro o más veces por semana en los últimos seis meses.

Los productos de tabaco incluyen:

- Productos similares a los dulces que contienen tabaco
- Cigarrillos
- Puros
- Tabaco sin humo
- Tabaco para fumar
- Tabaco para inhalar

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción</b>
<b>Promoción de la salud</b>	<p>El consumo de tabaco es una de las causas de muerte y enfermedad más prevenibles en Estados Unidos.</p> <p>Nuestros objetivos para dejar el tabaco son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir la cantidad de <a href="#">Miembros</a> que consumen productos de tabaco;</li> <li>• Aumentar el conocimiento de los programas para dejar el tabaco; y</li> <li>• Mejorar la salud general de los <a href="#">Miembros</a>.</li> </ul>
<b>Pasos para dejar el tabaco</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Encuentre <i>su</i> motivación</li> <li>2. Llame a su <a href="#">PCP</a>, <a href="#">BHP</a> o la línea de ayuda con el tabaco de Oklahoma para recibir asistencia y establecer su plan de abandono.</li> <li>3. Hable con su médico sobre medicamentos que lo ayuden a dejar el tabaco.</li> <li>4. Establezca una fecha para dejar el tabaco en las próximas dos semanas.</li> <li>5. Haga pequeños cambios. Por ejemplo: Tire los ceniceros que tenga en su casa, automóvil y oficina para que no sentir la tentación de fumar.</li> <li>6. No fume que su casa ni automóvil.</li> <li>7. Si tiene amigos que fuman, pídeles que no lo hagan en su presencia.</li> <li>8. Planifique cómo controlará las ansias de nicotina.</li> </ol> <p>Lo más importante a tener en cuenta es no dejar de intentarlo. Nuestro sitio web dispone de más consejos útiles.</p>
<b>Intentos de dejar el tabaco</b>	<p>Los estudios indican que la forma más efectiva de dejar de fumar implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería;</li> <li>• Apoyo social; y</li> <li>• Uso de medicamentos para dejar el tabaco</li> </ul> <p>La consejería y los medicamentos son efectivos para tratar la dependencia del tabaco. La combinación de ambos métodos es más efectiva que el uso de solo uno.</p> <p>Cubrimos dos intentos de dejar el tabaco por año. Se considera un intento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuatro sesiones de consejería para dejar el tabaco; y</li> <li>• Medicamentos para dejar el tabaco aprobados por la <a href="#">FDA</a> (incluidos los recetados y los <a href="#">OTC</a>).</li> </ul> <p>No necesita una <a href="#">PA</a>. Usted paga un tratamiento distinto o medicamentos no genéricos.</p>
<b>Consejería</b>	<p>Puede asistir a sesiones de consejería individual, grupal o telefónica de una duración mínima de 10 minutos a través de su <a href="#">PCP</a> o <a href="#">BHP</a>.</p>

Beneficio	Descripción
	<p>También puede llamar a la línea de ayuda con el tabaco de Oklahoma al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669). Hablará con un experto capacitado en dejar el tabaco. Esa persona diseñará un plan para usted.</p>
<b>Recetas</b>	<p>Los productos para dejar el tabaco se limitan a dos tratamientos completos de 90 días por año con cualquier producto para dejar el tabaco aprobado por la <a href="#">FDA</a>. Su <a href="#">PCP</a> o <a href="#">BHP</a> le prescribirá una receta. Este beneficio está disponible para usted y sus <a href="#">Dependientes</a> inscritos que tengan al menos 18 años de edad.</p> <p>Los medicamentos cubiertos aparecen en el <a href="#">Formulario</a> e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bupropion SR 150 mg (genérico de Zyban<sup>®</sup>).</li> <li>• Chantix<sup>™</sup> (vareniclina);</li> <li>• Inhalador Nicotrol<sup>®</sup> (nicotina); y</li> <li>• Nebulizador nasal Nicotrol<sup>®</sup> (nicotina).</li> </ul> <p>También cubrimos los productos <a href="#">OTC</a> aprobados por la <a href="#">FDA</a> con una receta prescrita por su médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chicle;</li> <li>• Inhaladores;</li> <li>• Pastillas;</li> <li>• Nebulizadores nasales; y</li> <li>• Parches de nicotina.</li> </ul> <p>Su <i>Formulario de medicamentos</i> le informará de si el medicamento forma parte de los <a href="#">Servicios preventivos</a> sin costo para usted. Sin embargo, si su <a href="#">Proveedor</a> nos informa de que necesita un medicamento no preventivo como parte de sus intentos de dejar el tabaco, cubriremos ese medicamento sin costo alguno. Consulte "<a href="#">Solicitudes de excepción</a>" en la página 31.</p> <p>No todos los productos que se pueden usar para dejar el tabaco están incluidos. Por ejemplo, no cubrimos los cigarrillos electrónicos (e-cigarettes).</p>
<b>Inscripción</b>	<p>Puede inscribirse contactándonos o visitando nuestro sitio web.</p>

# DIVULGACIONES Y AVISOS LEGALES

Muchos de estos documentos están en nuestro sitio web.

## Voluntades anticipadas

---

Un documento de voluntades anticipadas informa a los médicos y otras personas sobre sus deseos de recibir, rechazar o suspender la atención médica que le mantiene con vida. Puede incluir un testamento vital, la asignación de un representante de salud o ambos.

### ¿Quién puede tener un documento de voluntades anticipadas?

Cualquier persona sana y con al menos 18 años de edad puede tener este documento. Se aplica cuando se informa de ello a su médico y usted ya no puede tomar decisiones sobre los tratamientos para mantenerle con vida.

Usted puede cancelar este documento de forma parcial o completa en cualquier momento:

- Cuando usted informa a su médico u otro [Proveedor](#); o
- Por un testigo de la revocación.

No es necesario tener un documento de voluntades anticipadas. Usted decide si lo quiere.

### Información útil

- Si ingresa en un [Hospital](#), entregue una copia al [Hospital](#).
- Pida a su médico que lo incluya en su historia clínica.
- Guarde una segunda copia en un lugar seguro donde pueda encontrarla fácilmente.
- Si ha designado a un representante de atención médica, entregue una copia.
- Mantenga una pequeña tarjeta en su bolso o cartera que indique que tiene un documento de voluntades anticipadas y dónde se encuentra. Indique quién es su representante de atención médica si lo tiene.

Para obtener más información, consulte a su [PCP](#) o contáctenos.

## Derechos de la cobertura de continuación de [COBRA](#)

---

Esta disposición puede no aplicarse a la cobertura de su [Plan](#). Consulte con su empleador para conocer si su [Plan](#) está sujeto a los reglamentos de [COBRA](#).

Sección	Descripción
Introducción	El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el resumen de la descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

Sección	Descripción
	<p><b>Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles.</b> Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros médicos, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.</p>
<p><b>¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?</b></p>	<p>La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como “evento específico”. Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un “beneficiario que cumple con los requisitos”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de COBRA (<i>elija una opción e ingrese la información adecuada</i>: deben pagar o no deben pagar) la cobertura de continuación de COBRA.</p> <p>Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sus horas de empleo se reducen; o</li> <li>• su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.</li> </ul> <p>Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• su cónyuge muere;</li> <li>• las horas de empleo de su cónyuge se reducen;</li> <li>• el empleo de su cónyuge termina por un motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;</li> <li>• su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o</li> <li>• se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.</li> </ul> <p>Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el empleado cubierto muere;</li> <li>• las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;</li> </ul>

Sección	Descripción
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• el empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;</li> <li>• el empleado cubierto adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);</li> <li>• los padres se divorcian o se separan legalmente; o el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como “hijo dependiente.”</li> </ul>
<p><b>¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?</b></p>	<p>El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solamente después de que se le informe al administrador del Plan que ha ocurrido un evento específico. El empleador debe notificar los siguientes eventos habilitantes al administrador del Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;</li> <li>• la muerte del empleado;</li> <li>• <i>(agregue si el Plan ofrece cobertura médica para jubilados: el inicio de una solicitud de declaración de quiebra con respecto al empleador;);</i> o</li> <li>• el hecho de que el empleado adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).</li> </ul>
<p><b>Usted debe dar aviso de algunos eventos habilitantes</b></p>	<p><b>Para los otros eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo Dependiente para la cobertura como hijo Dependiente), deberá notificar de ello al empleador en un plazo de 60 días desde la fecha en que se produce el evento habilitante.</b></p>
<p><b>¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?</b></p>	<p>Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.</p> <p>La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.</p> <p>También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse.</p> <p><b><i>Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA</i></b></p> <p>Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de</p>

Sección	Descripción
	<p>continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.</p> <p><i>Extensión por un segundo evento específico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA</i></p> <p>Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento específico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex empleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.</p>
<p><b>¿Hay otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?</b></p>	<p>Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un “período de inscripción especial”. Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en <a href="http://www.healthcare.gov">www.healthcare.gov</a>.</p>
<p><b>Si tiene preguntas</b></p>	<p>Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área, o visite <a href="http://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a>. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite <a href="http://www.HealthCare.gov">www.HealthCare.gov</a>.</p>
<p><b>Informe a su plan si cambia de dirección</b></p>	<p>Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe</p>

Sección	Descripción
	conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.
<b>Información de contacto del Plan</b>	Puede obtener información sobre el <u>Plan</u> y la cobertura de continuación de <u>COBRA</u> enviando una solicitud a su empleador.

## Avisos de divulgación de cobertura acreditable

### Aviso de divulgación de cobertura acreditable de [Miembros](#) elegibles para Medicare

#### Aviso Importante Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. GlobalHealth ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el [Inserte el Nombre del Plan] en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

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

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para subscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

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

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con GlobalHealth no puede ser afectada. [La Entidad que proporciona este aviso de divulgación debe insertar una explicación sobre las provisiones y opciones, bajo el plan de la entidad en particular, que tienen disponibles los individuos con Medicare cuando son elegibles a la Parte D de Medicare (ejemplo, ellos pueden quedarse con la cobertura del plan si escogen la Parte D y este plan coordinará la cobertura con la Parte D de Medicare. La cobertura bajo el plan de la entidad terminará para el individuo y sus dependientes si escogen la cobertura con la Parte D de Medicare). Vea las páginas 7-9 de la Guía CMS “Aviso de Divulgación de la Cobertura Acreditable para los individuos elegibles a la Parte D de Medicare” (disponible por Internet en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>, que explica las opciones y provisiones que tienen disponibles bajo el plan de la entidad para los beneficiarios cuando son elegibles a la Parte D.]

Si cancela su cobertura actual con GlobalHealth y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes no puedan obtener su cobertura de nuevo.

¿Cuándo usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con GlobalHealth y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas ...

Llame a nuestra oficina para más información. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con GlobalHealth cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas ...

Revise el manual “Medicare y Usted” para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares.

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)

- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325- 0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

## Derechos de la ley [ERISA](#)

Puede optar a ciertos derechos y protecciones al amparo de [ERISA](#). Estos derechos solo se aplican a los [Miembros](#) inscritos a través de un [Plan](#) de salud grupal regido por [ERISA](#). Consulte al [Administrador del plan](#) (su empleador) para saber si su [Plan](#) de salud grupal se rige por [ERISA](#).

[ERISA](#) establece que todos los participantes en el [Plan](#) tendrán derecho a:

Derecho	Descripción
<b>Recibir información sobre su <a href="#">Plan</a> y beneficios</b>	<p>Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del <a href="#">Administrador del plan</a> y en otros lugares especificados, como lugares de trabajo y sindicatos, todos los documentos que rigen el <a href="#">Plan</a>, incluidos los contratos de seguro y los convenios colectivos.</p> <p>Obtener, previa solicitud al <a href="#">Administrador del plan</a>, copia de los documentos que rigen el funcionamiento del <a href="#">Plan</a>, incluidos los contratos de seguro, los convenios colectivos y los documentos actualizados del <a href="#">Plan</a>. El <a href="#">Administrador del plan</a> puede cobrarle un precio razonable por las copias.</p> <p>Recibir un resumen del informe financiero anual del <a href="#">Plan</a>. Por ley, el <a href="#">Administrador del plan</a> debe proporcionar a cada participante una copia de este informe anual resumido.</p> <p><u>Continuar la cobertura del <a href="#">Plan</a> de salud grupal</u>            Continúe la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o <a href="#">Dependientes</a> si se produce una pérdida de cobertura bajo el <a href="#">Plan</a> como resultado de un evento habilitante. Es posible que usted o sus <a href="#">Dependientes</a> tengan que pagar dicha cobertura. Consulte "<a href="#">Derechos de la cobertura de continuación de COBRA</a>" en la página 113.</p>
<b>Acciones prudentes de los fiduciarios del <a href="#">Plan</a></b>	<p>Además de crear derechos para los participantes del <a href="#">Plan</a>, <a href="#">ERISA</a> impone obligaciones a las personas que son responsables del funcionamiento del <a href="#">Plan</a> de beneficios para empleados. Las personas que dirigen su <a href="#">Plan</a>, denominados "fiduciarios" del <a href="#">Plan</a>, tienen la obligación de hacerlo con prudencia y en interés de usted y de otros participantes y beneficiarios del</p>

Derecho	Descripción
	<p><a href="#">Plan</a>. Ninguna persona, ni su empleador, ni su sindicato puede despedirle o discriminarle en forma alguna para evitar que reciba un beneficio o ejerza los derechos estipulados en la ley <a href="#">ERISA</a>.</p>
<p><b>Hacer valer sus derechos</b></p>	<p>Si su <a href="#">Reclamo</a> de beneficios es denegado o ignorado, en todo o en parte, usted tiene derecho a saber cuál es el motivo, obtener sin cargo copia de los documentos relacionados con la decisión y <a href="#">Apelar</a> cualquier denegación, dentro de los plazos correspondientes. De conformidad con la ley <a href="#">ERISA</a>, hay medidas que usted puede tomar para hacer valer los derechos antedichos. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del <a href="#">Plan</a> o el último informe anual del <a href="#">Administrador del plan</a> y no los recibe en un plazo de 30 días, puede interponer una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir al <a href="#">Administrador del plan</a> que le facilite dichos documentos y le pague hasta \$110 por día hasta que los reciba, a menos que los documentos no se hayan enviado por razones ajenas a la voluntad del <a href="#">Administrador del plan</a>. Si ha formulado un <a href="#">Reclamo</a> de beneficios que se deniega o se ignora, parcial o totalmente, podrá interponer una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión o la falta de decisión del <a href="#">Plan</a> en relación al estatus habilitante de una orden de relaciones domésticas o de apoyo médico infantil, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En caso de que los fiduciarios del <a href="#">Plan</a> hicieran un uso indebido del dinero del <a href="#">Plan</a>, o si fuera discriminado por hacer valer sus derechos, puede recurrir al Departamento de Trabajo de EE.UU. o bien presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si gana, el tribunal puede ordenar a la persona demandada que pague estos costos y tarifas. Si pierde, el tribunal puede ordenar que usted pague los costos y honorarios, por ejemplo, si considera que su <a href="#">Reclamo</a> es infundado.</p>
<p><b>Recibir respuesta a sus preguntas</b></p>	<p>Si tiene alguna pregunta sobre su <a href="#">Plan</a>, debe comunicarse con el <a href="#">Administrador del plan</a>. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos reconocidos por <a href="#">ERISA</a>, o si necesita ayuda para obtener documentos de su <a href="#">Administrador del plan</a>, debe comunicarse con la oficina más cercana de <a href="#">EBSA</a>, Departamento de Trabajo de EE.UU., que figura en su directorio telefónico, o con la División de Asistencia y Consultas Técnicas: Division of Technical Assistance and Inquiries, <a href="#">EBSA</a>, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue NW, Washington, DC 20210. También puede obtener determinadas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo <a href="#">ERISA</a> llamando a la línea directa de publicaciones de la ley <a href="#">EBSA</a>.</p>

## Fraude y Abuso

"Fraude" es:

- Llevar a cabo, o intentar llevar a cabo, *a sabiendas y voluntariamente*, un plan para defraudar un programa de beneficios de atención médica; u
- Obtener por medio de una falsedad o simulación un beneficio al que no se tenga derecho.

"Abuso" es:

- Pedir que costeemos artículos y servicios a los que no tiene derecho.
- Tergiversar hechos *de forma inconsciente o involuntaria* por parte de usted o de su [Proveedor](#) para obtener pagos.

Fuente	Ejemplos
<a href="#">Proveedores de salud</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facturación o cobro por los servicios que cubrimos (distintos de su <a href="#">Costo compartido</a>).</li><li>• Ofrecerle dádivas o dinero para obtener atención médica que no necesita.</li><li>• Ofrecerle servicios, equipos o suministros gratis a cambio de utilizar su número de identificación de <a href="#">Miembro</a> GlobalHealth.</li><li>• Dispensarle atención médica que no necesita.</li><li>• Facturarnos por servicios que no se prestaron.</li></ul>
<a href="#">Miembros</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vender o prestar su tarjeta de identificación de <a href="#">Miembro</a> a otra persona.</li><li>• Mentir a un <a href="#">Proveedor</a> para obtener artículos o servicios que no son <a href="#">Médicamente necesarios</a>.</li></ul>

### Cómo reportar [Fraudes](#) y [Abusos](#)

Hemos adquirido el compromiso de detectar y prevenir el [Fraude](#) y el [Abuso](#). Usted nos puede ayudar informándonos de las sospechas que tenga de [Fraude](#) y/o [Abuso](#). Llame y deje un mensaje en nuestra línea directa las 24 horas. Proporcione todos los detalles que pueda. Si lo desea, puede permanecer en el anonimato.

Método de contacto	Información de contacto
Llamada gratis	1-877-280-5852
Correo electrónico	<a href="mailto:compliance@globalhealth.com">compliance@globalhealth.com</a>

## Renovabilidad garantizada

Su empleador puede optar por mantener el mismo [Plan](#) de salud grupal todos los años, excepto cuando:

- No se paga la [Prima](#);
- Su empleador comete [Fraude](#);
- Su grupo no sigue las reglas de participación y/o contribución;
- GlobalHealth ya no ofrece [Planes](#) grupales grandes;
- Todos los empleados participantes se mudan fuera del [Área de servicio](#); o
- La membresía de la asociación vence, en caso de haberse inscrito a través de una asociación.

Además, puede optar por volver a inscribirse cada año si su empleador elige mantener el mismo [Plan](#), excepto cuando:

- Usted comete [Fraude](#); o
- Usted se muda fuera del [Área de servicio](#).

## Aviso de Medicaid y CHIP

Asistencia con la [Prima](#) bajo Medicaid y [CHIP](#).

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o [CHIP](#) y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, es posible que su estado disponga de un programa de asistencia con la [Prima](#) para ayudarle a pagar la cobertura. Estos estados usan fondos de sus programas de Medicaid o [CHIP](#) para ayudar a las personas que son elegibles para esos programas, y además tienen acceso a un [Seguro de salud](#) a través de su empleador. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o [CHIP](#), tampoco serán elegibles para los programas de asistencia con la [Prima](#). Es también posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de [Seguros médicos](#). Para más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus [Dependientes](#) ya están inscritos en Medicaid o [CHIP](#) y viven en Oklahoma, puede comunicarse con la oficina estatal de Medicaid o [CHIP](#) para conocer si hay ayudas disponibles para ayudarle con la [Prima](#).

Si usted o sus [Dependientes](#) NO están actualmente inscritos en Medicaid o [CHIP](#), y cree que usted o alguno de sus [Dependientes](#) podría ser elegible para uno de estos programas, puede comunicarse con la oficina estatal de Medicaid o [CHIP](#) o llamar AHORA al 1-877-KIDS NOW o visitar [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para saber cómo inscribirse. Si califica, puede preguntarle al estado si dispone de algún programa para ayudarle a pagar las [primas](#) de un [Plan](#) patrocinado por un empleador.

Una vez que se determine que usted o sus [Dependientes](#) son elegibles para la asistencia con la [Prima](#) bajo Medicaid o [CHIP](#), y también elegibles bajo el [Plan](#) de su empleador, su empleador deberá permitirle inscribirse en su [Plan](#) en caso de no estar inscrito. Esto se conoce como oportunidad de "[Inscripción](#) especial" y deberá solicitar la cobertura en un plazo de 60 días desde la fecha en que se determine su elegibilidad para recibir asistencia con la [Prima](#). Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el [Plan](#) de su empleador, puede comunicarse electrónicamente con el Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llamando gratis al número 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en Oklahoma, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las [Primas](#) del [Plan](#) de salud de su empleador. Debe comunicarse con la Autoridad de servicios de atención médica de Oklahoma (Oklahoma Health Care Authority) para obtener más información sobre la elegibilidad.

Método de contacto	Información de contacto
Sitio web	<a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a>
Llamada gratis	1-888-365-3742

Para ver si otros estados tienen un programa de asistencia con la [Prima](#), o para obtener más información sobre los derechos especiales de [Inscripción](#), puede comunicarse con:

Departamento	Información de contacto
Departamento de Trabajo de EE.UU.	Departamento de Trabajo de EE.UU. Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado <a href="http://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a> 1-866-444-EBSA (3272)

Departamento	Información de contacto
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.	Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid <a href="http://www.cms.hhs.gov">www.cms.hhs.gov</a> 1-877-267-2323, Opción 4 del Menú, Ext. 61565

## Derechos y Responsabilidades del Miembro

### Sus derechos

Como socio nuestro, de su médico y de otros Proveedores, usted o su representante legal tienen derecho a:

- Obtenga información sobre nosotros, nuestros servicios, sus Proveedores y sus derechos y responsabilidades como Miembro.
- Ser tratado con dignidad y respeto.
- Privacidad y tratamiento confidencial de toda la información personal.
- Colaborar con los Proveedores para tomar decisiones sobre su atención médica.
- Una conversación abierta de todas las opciones terapéuticas para su condición, con independencia del costo de la atención o la cobertura de beneficios.
- Expresar quejas sobre nosotros o su atención médica. Apelar cualquier decisión desfavorable siguiendo el proceso de Apelación y Quejas formales.
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades del Miembro.
- Preguntar sobre cualquier problema de atención médica, solicitar consejería médica u obtener más información sobre los tratamientos para tomar una decisión informada o rechazar un Tratamiento.
- Comprender su condición, estado de salud y los medicamentos que le receten: qué son, para qué sirven, cómo tomarlos de forma adecuada y los posibles efectos secundarios.
- Saber cómo funciona su Plan. Obtener los documentos del Plan.
- Acudir a su PCP para que le proporcione Referencias a Especialistas cuando sea Medicamento necesario o urgente.
- Usar los Servicios de emergencia cuando usted, como Persona prudente, actúa razonablemente creyendo que existe una Condición de emergencia.
- Información sobre acuerdos de pago de Proveedores, así como explicaciones de los beneficios o determinaciones de la tramitación de Reclamos.
- Confiar en que los problemas sean examinados y tratados de manera justa.

Usted tiene derecho a ejercer estos derechos con independencia de su raza, origen nacional, sexo, orientación sexual, estado civil o circunstancias culturales, económicas, educativas o religiosas.

### Sus responsabilidades

Usted o su representante legal tiene la responsabilidad de:

- Entregar la información, en la medida de lo posible, que:
  - Sus Proveedores necesitan para ofrecer atención médica; y
  - Nosotros necesitamos para determinar el pago de la atención médica.
- Cumplir con los planes de atención médica que usted y sus Proveedores hayan acordado.
- Comprender sus problemas de salud y ayudar a crear objetivos terapéuticos, tanto como le sea posible.

- Mostrar su tarjeta de identificación de [Miembro](#) al recibir [Servicios médicos](#).
- Llegar a sus citas a tiempo. Comunicarse lo antes posible al consultorio de su médico en caso de necesitar cancelar o reprogramar sus citas.
- Informar a su [PCP](#) y a nosotros en un plazo de 48 horas, o tan pronto como sea posible, siempre que usted:
  - Esté hospitalizado;
  - Reciba atención médica de emergencia; o
  - Reciba [Atención médica de urgencia](#) fuera del área.
- Pagar su [Costo compartido](#) cuando reciba servicios.
- Comprender los [Servicios cubiertos](#), las políticas y los procedimientos. Leer los documentos de su [Plan](#).
- Hacer preguntas si no comprende sus beneficios u opciones de atención médica.

## MHPAEA

La ley [MHPAEA](#) exige que los [Planes](#) de salud grupal ofrecidos por empleadores y las compañías de [Seguros médicos](#) ofrezcan una mayor paridad entre los beneficios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias y los beneficios médicos/quirúrgicos. Los Departamentos de Trabajo, del Tesoro y de Salud y Servicios Humanos (denominados conjuntamente los Departamentos), aplican la ley [MHPAEA](#) en colaboración con los estados.

### MHPAEA y su reglamento de implementación:

- Establecen que las necesidades financieras (como los [Copagos s](#)), y las limitaciones cuantitativas de tratamiento (tales como límites de visitas), aplicables a los beneficios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias no pueden ser, por lo general, más restrictivas que los requisitos o limitaciones aplicados a los beneficios médicos/quirúrgicos.
- Incluyen requisitos para garantizar la paridad de las limitaciones terapéuticas no cuantitativas ("NQTL") (como los estándares de gestión médica).
  - Los reglamentos de los Departamentos estipulan que de acuerdo con las condiciones del [Plan](#) tal como está escrito y en la práctica, cualquier trámite, estrategia, estándares probatorias u otros factores utilizados por un [Plan](#) o aseguradora para aplicar una NQTL a los beneficios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias deberán ser homologables con los trámites, estrategias, estándares probatorios u otros factores utilizados para aplicar las limitaciones a los beneficios médicos/quirúrgicos, y no aplicarse de forma más restrictiva.
  - Concretamente, la revisión y autorización de los servicios para tratar la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias serán gestionadas de manera que sean homologables con la revisión y autorización de los servicios médicos/quirúrgicos.
  - Si tomamos la decisión de denegar o reducir la autorización de un servicio, recibirá una carta explicando el motivo de la denegación o reducción.
  - Le enviaremos a usted o a su [Proveedor](#) una copia de los criterios utilizados para tomar esa decisión en un plazo de 30 días desde la recepción de su solicitud.

Los [Planes](#) de GlobalHealth cumplen con los requisitos de la ley [MHPAEA](#). Si tiene dudas sobre nuestro cumplimiento con la ley [MHPAEA](#), puede comunicarse con el Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o por internet en <http://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html>.

## Cobertura esencial mínima y Estándar de valor mínimo

### Cobertura esencial mínima

Este [Plan](#) cumple con los requisitos de [Cobertura esencial mínima](#) ("MEC"). Y también satisface el [Requisito de responsabilidad individual](#) de la ley [ACA](#). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, "IRS") en [www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families/individual-shared-responsibility-provision](http://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families/individual-shared-responsibility-provision).

Enviamos el Formulario 1095-B a los [Suscriptores](#), que contiene la información que necesita para presentar su declaración de impuestos, con indicación de los miembros de la familia que gozan de cobertura y en qué períodos de tiempo. También enviamos estos formularios al IRS. Llame al número de teléfono que figura en el formulario si tiene alguna pregunta.

### Estándar de valor mínimo

La ley [ACA](#) establece un valor mínimo para los [Planes](#) de salud. El [Estándar de valor mínimo](#) es del 60% (valor actuarial). La cobertura de este [Plan](#) cumple con este estándar.

Un nombre de metal, como Platino, Oro, Plata o Bronce, no es el valor de la cantidad real de los gastos que pagará. Su costo variará según los servicios que use y el [Plan](#) que elija. Los nombres de metal solo reflejan una estimación del valor actuarial de un [Plan](#).

## Aviso de no discriminación

Cumplimos con las leyes estatales y federales de los derechos civiles. No tratamos a las personas de manera diferente por motivo de:

- Raza;
- Origen étnico;
- Nacionalidad;
- Religión;
- Sexo o identidad sexual;
- Orientación sexual;
- Edad;
- Discapacidad física o mental;
- Estado de salud;
- Condición (incluye enfermedades físicas y mentales);
- Historial de [Reclamos](#);
- Atención médica recibida;
- Antecedentes médicos;
- Información genética;
- Evidencia de asegurable (incluidas las afecciones médicas o enfermedades causadas por actos de violencia doméstica);
- Fuente de pago; o
- Ubicación geográfica dentro del [Área de servicio](#).

A todos los [Miembros](#) se les aplican las mismas reglas de elegibilidad y tarifas básicas de las [Primas](#). Es posible que tengamos variaciones en la gestión, los trámites o los beneficios. Estas variaciones deberán:

- Estar basadas en una gestión médica razonable; o
- Ser parte de un programa de bienestar.

### **Sección 1557 del procedimiento de [Quejas formales](#) de la ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio**

La política de GlobalHealth es no discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Hemos adoptado un procedimiento interno de [Quejas formales](#) que permite la resolución inmediata y equitativa de las quejas que se funden en cualquier acción prohibida por la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (42 U.S.C. 18116) y su reglamento de

implementación en 45 CFR parte 92, promulgado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. La Sección 1557 prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en ciertos programas y actividades de salud. La Sección 1557 y sus reglamentos de implementación se pueden examinar en la oficina del Coordinador de la Sección 1557 que ha sido designado para coordinar los esfuerzos de GlobalHealth para cumplir con la Sección 1557.

Método de contacto	Información de contacto
Correo	Compliance Attorney 210 Park Avenue, Ste. 2800 Oklahoma City, OK 73102-5621
Correo electrónico	<a href="mailto:compliance@globalhealth.com">compliance@globalhealth.com</a>
Fax	(405) 280-5894

Cualquier persona que crea que alguien ha sido objeto de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad puede presentar una [Queja formal](#) de acuerdo con este procedimiento. Contraviene la ley que tomemos represalias contra cualquier persona que denuncie la discriminación, presente una [Queja formal](#) o participe en la investigación de una [Queja formal](#).

Procedimiento:

- Las [Quejas formales](#) deben enviarse al Coordinador de la Sección 1557 en el plazo de 60 días desde la fecha en que la persona que presenta la [Queja formal](#) tenga conocimiento de la presunta acción discriminatoria.
- Una queja debe presentarse por escrito, con el nombre y dirección de la persona que la presenta. La queja debe indicar el problema o la presunta acción discriminatoria y la reparación o remedio que se persigue.
- El Coordinador de la Sección 1557 (o la persona designada por este) llevará a cabo una investigación de la queja. Esta investigación puede ser informal, pero será exhaustiva, brindando a todas las personas interesadas la oportunidad de presentar pruebas relevantes para la queja. El Coordinador de la Sección 1557 mantendrá nuestros archivos y expedientes relacionados con dichas [Quejas formales](#). En la medida de lo posible, y de acuerdo con la ley aplicable, el Coordinador de la Sección 1557 tomará las medidas adecuadas para preservar la confidencialidad de los archivos y expedientes relacionados con las [Quejas formales](#) y los compartirá solo con quienes necesiten conocerlos.
- El Coordinador de la Sección 1557 emitirá una decisión por escrito sobre la [Queja formal](#), basada en las pruebas practicadas, en un plazo máximo de 30 días después de su presentación, incluyendo un aviso al demandante de su derecho a emprender otras acciones administrativas o legales.
- La persona que presenta la [Queja formal](#) puede [Apelar](#) la decisión del Coordinador de la Sección 1557 dirigiendo escrito al Oficial de cumplimiento o a la persona designada por este en el plazo de 15 días desde la recepción de la decisión del Coordinador de la Sección 1557. El Oficial de cumplimiento, o la persona designada por este, emitirá una decisión por escrito en respuesta a la [Apelación](#) en un plazo máximo de 30 días desde su presentación.

La disponibilidad y la utilización de este procedimiento de [Quejas formales](#) no impide emprender otras acciones administrativas o legales, incluida la presentación de una queja por discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad ante un tribunal o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Se puede

presentar electrónicamente una queja por discriminación a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

Método de contacto	Información de contacto
Por teléfono	1-800-368-1019 (llamada gratuita) 800-537-7697 (TDD)
Correo	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201

Los formularios de queja están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Este tipo de quejas se debe presentar en un plazo de 180 días desde la fecha en que se produjo la pretendida acción discriminatoria.

Proveeremos lo necesario para garantizar que las personas con discapacidades o con un dominio limitado del inglés reciban ayuda y servicios auxiliares o de asistencia lingüística, respectivamente, si fuera necesario para participar en este proceso de [Queja formal](#). Dichas provisiones pueden incluir, entre otros, el suministro de intérpretes calificados, el suministro de cintas grabadas de material para personas con [Visión parcial](#) o la garantía de disponer de un lugar libre de barreras para celebrar el proceso. Contáctenos para obtener ayuda con estas provisiones.

## Aviso de protección proporcionada por la Asociación de Garantía de Seguros Médicos y Vida de Oklahoma

Este aviso contiene un breve resumen de la Asociación de Garantía de [Seguros Médicos](#) y de Vida de Oklahoma (la "Asociación") y la protección que brinda a los asegurados. Esta red de protección social fue creada al amparo de la ley de Oklahoma, que determina qué sujetos gozan de cobertura, las situaciones cubiertas y el precio de la cobertura. La Asociación se fundó para garantizar la protección en el caso improbable de que su compañía de seguros de vida, anualidades o [Seguros médicos](#) devenga insolvente no pudiendo cumplir con sus obligaciones y sea absorbida por su Departamento de Seguros. En tal caso, la Asociación se encargará, por lo general, de dar continuidad a la cobertura y de pagar los [Reclamos](#), de conformidad con la ley de Oklahoma, con fondos de las cuotas pagadas por otras compañías de seguros.

Las protecciones básicas ofrecidas por la Asociación son:

- Seguro de vida
  - \$300,000 en beneficios por muerte
  - \$100,000 en valores de rescate o retiro de efectivo
- [Seguro médico](#)
  - \$500,000 en beneficios de seguro [Hospitalario](#), médico y quirúrgico
  - \$300,000 en beneficios de seguro de ingresos por discapacidad
  - \$300,000 en beneficios de seguro de atención médica a largo plazo
  - \$100,000 en otros tipos de beneficios de [Seguros médicos](#)
- Anualidades
  - \$300,000 en valores de retiros y efectivo

La cantidad máxima de protección para cada individuo, con independencia del número de pólizas o contratos, es de \$300,000, excepto con los beneficios médicos, quirúrgicos y [Hospitalarios](#), cuya cantidad máxima que se pagará es de \$500,000.

**Nota: Ciertas políticas y contratos pueden no estar cubiertos o estar parcialmente cubiertos.** Por ejemplo, la cobertura no se amplía a ninguna parte de una póliza o contrato que la aseguradora no garantice, como ciertas adiciones de inversión al valor de la cuenta de una póliza variable de seguro de vida o un contrato variable de anualidades. También hay varios requisitos de residencia y otras limitaciones bajo la ley de Oklahoma.

Para obtener más información sobre las protecciones antedichas, visite el sitio web de la Asociación en [www.oklifega.org](http://www.oklifega.org), o póngase en contacto con:

Departamento	Información de contacto
<b>Asociación de Garantía de Seguros médicos y de Vida de Oklahoma</b>	Oklahoma Life & Health Insurance Guaranty Association 201 Robert S. Kerr, Ste 600 Oklahoma City, OK 73102 (405) 272-9221
<b>Departamento de Seguros de Oklahoma</b>	Oklahoma Department of Insurance 3625 NW 56th St, Ste 100 Oklahoma City, OK 73112 1-800-522-0071 o (405) 521-2828

**La ley de Oklahoma no permite a las compañías y corredores de seguros valerse de la existencia de la Asociación o de su cobertura para recomendarle a usted contratar algún tipo de seguro. Al elegir una compañía de seguros, no debe poner su confianza en la cobertura de la Asociación. En caso de contradicción entre este aviso y la ley de Oklahoma, prevalecerá esta última.**

## **PII**

**PII** es información que se puede usar para identificar o rastrear la identidad de una persona. Se puede usar también combinada con otras informaciones relacionadas con una persona concreta. Está protegida por leyes estatales y federales.

Cualquier persona que reciba la información que usted tiene la obligación de proporcionarle solo podrá utilizarla, y en la medida que sea necesario, para garantizar el funcionamiento eficiente de su cobertura de salud. Podemos recibir la información directamente de otra persona o de una agencia gubernamental.

No compartiremos la información **PII** con ninguna otra persona, excepto para llevar a cabo los trámites necesarios de su cobertura de salud, habiendo dado usted su consentimiento para que su información sea utilizada o divulgada, y según lo permita la ley.

### **Aviso de la ley Gramm-Leach-Bliley ("GLBA")**

Lea atentamente este aviso de privacidad. Explica las reglas que seguimos cuando recopilamos información personal no pública. Las compañías financieras, incluidas las de seguros, deciden cómo compartir la información de usted. Las leyes estatales y federales dictan que debemos informarle de cómo recopilamos, compartimos y protegemos su información.

Sección	Descripción
<b>Qué información personal podemos recopilar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre</li> <li>• Número de teléfono</li> <li>• Ocupación</li> <li>• Número de Seguro Social</li> <li>• Dirección</li> <li>• Fecha de nacimiento</li> <li>• Antecedentes médicos y financieros</li> <li>• Información sobre <a href="#">Reclamos</a> de seguros</li> </ul>
<b>Cuándo recopilamos la información</b>	<p>Recopilamos su información personal cuando usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se inscribe en el seguro</li> <li>• Presenta un <a href="#">Reclamo</a></li> <li>• Recibe atención médica que nosotros pagamos</li> <li>• Paga sus <a href="#">Primas</a></li> <li>• Nos da su información de contacto</li> </ul>
<b>Otras fuentes que podemos usar</b>	<p>Recopilamos información personal sobre usted enviada por otros, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otras compañías de seguros</li> <li>• Proveedores de servicios</li> <li>• Profesionales de la salud</li> <li>• Organizaciones de apoyo de seguros</li> <li>• Agencias de notificación del consumidor</li> </ul>
<b>Qué información personal usamos y compartimos</b>	<p>Para fines comerciales cotidianos, podemos compartir toda la información personal de usted que recopilamos de filiales y compañías no afiliadas (empresas que no están bajo nuestra propiedad común, como nuestros proveedores de servicios), para cualquier propósito que permita la ley. Por ejemplo, podemos usar su información personal y compartirla con otras personas para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudarnos a operar nuestra empresa;</li> <li>• Tramitar sus transacciones;</li> <li>• Mantener su cuenta(s);</li> <li>• Administrar su <a href="#">Plan</a> de beneficios;</li> <li>• Responder a las órdenes judiciales y las investigaciones o evaluaciones legales o reglamentarias;</li> <li>• Informar a las agencias crediticias;</li> <li>• Apoyar o mejorar nuestros programas o servicios, incluidos nuestros programas de bienestar y gestión de la atención médica;</li> <li>• Ofrecerle otros productos y servicios;</li> <li>• Realizar investigaciones;</li> <li>• Auditar nuestro negocio;</li> <li>• Ayudarnos a prevenir casos de <a href="#">Fraude</a>, lavado de dinero, terrorismo y otros delitos verificando lo que sabemos sobre usted; y</li> <li>• Vender una parte o todo nuestro negocio o fusionarnos con otra compañía.</li> </ul>

Sección	Descripción
	<p>También podemos compartir su información personal con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales de la atención médica;</li> <li>• Aseguradoras, incluidas las reaseguradoras;</li> <li>• Aseguradoras de sucesiones o administradores de <a href="#">Reclamos</a> que administran su <a href="#">Plan</a> de beneficios; y</li> <li>• Empresas que nos ayudan a recuperar sobrepagos, pagar <a href="#">Reclamos</a> o revisar coberturas.</li> </ul>
<b>Para nuestro marketing</b>	Podemos compartir información con nuestros corredores y proveedores de servicios para ofrecerle nuestros productos y servicios.
<b>Para el marketing conjunto con otras compañías financieras</b>	Podemos compartir su información personal con otras compañías financieras para hacer marketing conjunto. El marketing conjunto se produce cuando existe un acuerdo formal entre compañías financieras no afiliadas que conjuntamente respaldan, patrocinan o comercializan productos o servicios financieros para usted.
<b>¿Cómo protegemos su información personal?</b>	<p>Para proteger la información personal contra el acceso y uso no autorizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizamos medidas de seguridad razonables, incluidos archivos seguros, autenticación de usuario, cifrado, tecnología de firewall y software de detección;</li> <li>• Revisamos las prácticas de seguridad de datos de las empresas con las que compartimos su información personal; y</li> <li>• Damos acceso a información personal a las personas que la necesitan para hacer su trabajo.</li> </ul>
<b>¿Cómo puede usted ver y corregir su información personal?</b>	<p>Por lo general, usted tiene derecho a revisar la información personal que recopilamos para proporcionarle productos de seguros y servicios si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo solicita por escrito; y</li> <li>• Envía la carta a la dirección indicada abajo.</li> </ul> <p>Cuando nos escriba, incluya en la carta su nombre completo, dirección, número de teléfono y número de identificación de <a href="#">Miembro</a>.</p> <p>Si la información que solicita incluye información médica, podemos proporcionársela a través de su <a href="#">Proveedor</a> de atención médica. Debido a la sensibilidad legal de la información, no le enviaremos nada que hayamos recopilado en relación con un <a href="#">Reclamo</a> o un proceso legal.</p> <p>Si usted cree que la información personal que tenemos es incorrecta, escríbanos y explique por qué cree que es incorrecta. Si estamos de acuerdo con usted, corregiremos nuestros expedientes. Si no estamos de acuerdo con usted, puede enviarnos una declaración que incluiremos en su información personal cuando la proporcionemos a personas ajenas a GlobalHealth.</p>
<b>Derechos adicionales</b>	Usted puede tener derechos adicionales recogidos en leyes estatales u otras leyes aplicables.

Sección	Descripción
recogidos en otras leyes de privacidad	
Preguntas o inquietudes sobre este aviso de GLBA	<p>Escribanos a:</p> <p>GlobalHealth, Inc.  Attn: Privacy Officer  210 Park Avenue, Ste 2800  Oklahoma City, OK 73102-5621</p>

También podemos compartir información personal de antiguos [Miembros](#) del modo descrito anteriormente. Las leyes federales no le permiten limitar el intercambio de información personal como se describe arriba.

## PHI

Su información médica identificable está protegida por leyes estatales y federales.

De conformidad con las leyes estatales y federales, usted tiene derecho a acceder a su [PHI](#) (información médica protegida), o a restringir su divulgación. También puede solicitar informe sobre las divulgaciones de su [PHI](#). Póngase en contacto con nosotros para recibir los formularios.

Cuando se cambia de [PCP](#), es necesario obtener una autorización firmada de divulgación de información para transferir su historia clínica. El consultorio de su actual [PCP](#) puede proporcionarle el formulario. En nuestro sitio web, también puede encontrar el formulario de *Autorización estándar de Oklahoma para usar y compartir Información de salud protegida*.

La historia clínica y/o información médica pueden recopilarse y utilizarse para:

- Revisión clínica.
- Estudios de calidad y satisfacción.
- Investigación de quejas y/o [Apelaciones](#).
- Detección de [Fraudes](#)
- Revisiones estatales, federales o de acreditación.
- Otros asuntos requeridos por la ley.

### **Aviso de prácticas de privacidad (“NPP”)**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y/O DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (“PHI”). LÉALO ATENTAMENTE.**

GlobalHealth, Inc. ("GlobalHealth") ha adquirido el compromiso de proteger la privacidad y confidencialidad de la Información médica protegida ("PHI") de nuestros [Miembros](#) en cumplimiento de la normativa estatal y federal aplicable, incluida la ley de Portabilidad y Responsabilidad de [Seguros de salud](#) de 1996 ("HIPAA") y la Ley de Tecnología de Información Médica para la Salud Clínica y Económica ("HITECH").

Sección	Descripción
<b>Cómo GlobalHealth puede utilizar o divulgar su información médica</b>	Para <a href="#">tratamientos</a> . Podemos utilizar y/o divulgar su <a href="#">PHI</a> a un <a href="#">Proveedor</a> de atención médica, <a href="#">Hospital</a> u otro <a href="#">Centro</a> para organizar o facilitar el tratamiento.

Sección	Descripción
	<p><u>Para pagos.</u> Podemos usar y/o divulgar su <a href="#">PHI</a> para el pago de <a href="#">Reclamos</a> de médicos, <a href="#">Hospitales</a> y otros <a href="#">Proveedores</a> de atención médica por los servicios prestados a usted que están cubiertos por su <a href="#">Plan</a> de salud; para determinar su elegibilidad para los beneficios; para coordinar los beneficios; para determinar la necesidad médica; para cobrar <a href="#">Primas</a>; para dar explicaciones de los beneficios a la persona que se suscribe al <a href="#">Plan</a> de salud en que usted participa; y para otras funciones relacionadas con los pagos.</p> <p><u>Para operaciones de atención médica.</u> Podemos utilizar y/o divulgar <a href="#">PHI</a> sobre usted para fines operativos del <a href="#">Plan</a> de salud. Por ejemplo: gestión de riesgos, seguridad del paciente, mejora de la calidad, auditoría interna, revisión de la utilización, revisión médica o revisión externa por especialistas, certificación, cumplimiento normativo, entrenamiento interno, acreditación, licencias, credenciales, investigación de reclamos, mejora del desempeño, etc.</p> <p><u>Negocios y servicios relacionados con la salud.</u> Podemos usar y divulgar su <a href="#">PHI</a> para informarle sobre productos, beneficios o servicios de salud relacionados con su tratamiento, gestión de la atención médica o tratamientos alternativos, terapias, <a href="#">Proveedores</a> o entornos de atención médica.</p> <p><u>Cuando lo permita o exija la ley.</u> Podemos usar y/o divulgar su información según lo permita o exija la ley. Por ejemplo, podemos revelar información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A una agencia reguladora para actividades que incluyen, entre otras, concesión de licencias, certificación, acreditación, auditorías, investigaciones, inspecciones e informes de dispositivos médicos;</li> <li>• Para la aplicación de la ley al recibir una orden judicial, orden de registro, citación u otro proceso similar;</li> <li>• En respuesta a una orden judicial válida, citación, requerimiento u orden administrativa relacionada con una demanda, controversia u otro proceso legal;</li> <li>• A las agencias de salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;</li> <li>• Para actividades de supervisión de la salud llevadas a cabo por agencias tales como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ("CMS"), el Departamento de Salud del Estado, el Departamento de Seguros, etc.;</li> <li>• Por motivos de seguridad nacional, como la protección del Presidente de Estados Unidos o la realización de operaciones de inteligencia;</li> <li>• Para cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con la Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation);</li> <li>• Para coordinación de beneficios del seguro o de Medicare, cuando proceda;</li> </ul>

Sección	Descripción
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando sea necesario para prevenir o mitigar una amenaza grave e inminente a una persona o al público en general y dicha divulgación se hace a alguien que puede prevenir o mitigar la amenaza (incluido el objetivo de la amenaza); y</li> <li>• En el transcurso de cualquier procedimiento administrativo o judicial, cuando lo exija la ley.</li> </ul> <p><u>Socios comerciales.</u> Podemos usar y/o divulgar su <a href="#">PHI</a> a socios comerciales con quienes tengamos contratos para ofrecer servicios en nuestro nombre, incluyendo asesores, contadores, abogados, auditores, organizaciones de información de salud, proveedores de historias clínicas electrónicas y almacenamiento de datos, etc. Solo haremos estas divulgaciones en caso de haber recibido una garantía satisfactoria de que el socio comercial salvaguardará adecuadamente la información <a href="#">PHI</a> de usted.</p> <p><u>Representante personal/autorizado.</u> Podemos usar y/o divulgar su <a href="#">PHI</a> a su representante autorizado.</p> <p><u>Familia, amigos, cuidadores.</u> Podemos divulgar su <a href="#">PHI</a> a un familiar, cuidador o amigo que le acompañe a sus visitas o esté involucrado en su atención médica o tratamiento, o que ayude a pagar su atención médica o tratamiento. Si usted no puede o no está disponible para aceptar u objetar dicha divulgación, usaremos nuestro buen juicio para comunicarnos con su familia u otras personas.</p> <p><u>Emergencias.</u> Podemos usar y/o divulgar su <a href="#">PHI</a> si es necesario en caso de emergencia y si ello es necesario para su tratamiento de emergencia.</p> <p><u>Militares/veteranos.</u> Si usted es miembro o veterano de las fuerzas armadas, podemos divulgar su <a href="#">PHI</a> a requerimiento de las autoridades militares.</p> <p><u>Presos.</u> Si usted está preso en una institución correccional o está bajo custodia policial, podemos divulgar su <a href="#">PHI</a> a la institución correccional o a la policía.</p> <p><u>Recordatorios de citas.</u> Podemos usar o divulgar su <a href="#">PHI</a> para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o atención médica. Esto puede hacerse a través de correo postal, correo electrónico o llamada telefónica. Si no está en casa, podemos dejar un mensaje en el contestador automático o a la persona que conteste el teléfono.</p> <p><u>Recordatorios de medicamentos y surtidos.</u> Podemos utilizar y/o divulgar su <a href="#">PHI</a> para recordarle que surta sus recetas, informarle del equivalente</p>

Sección	Descripción
	<p>genérico de un medicamento o recomendarle que tome sus medicamentos recetados.</p> <p><u>Conjunto de datos limitados.</u> Si usamos su <a href="#">PHI</a> para crear un "conjunto de datos limitado", podemos dar esa información a otros para fines de investigación, medidas de salud pública u operaciones de atención médica. Las personas/entidades que reciben el conjunto de datos limitado deberán adoptar medidas razonables para proteger la privacidad de su información.</p> <p><u>Cualquier otro uso.</u> Divulgaremos su <a href="#">PHI</a> para fines no descritos en este aviso solamente si usted nos da su autorización por escrito. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (cuando corresponda), usos y divulgaciones de <a href="#">PHI</a> para fines publicitarios o de recaudación de fondos, y divulgaciones que constituyen una venta de la <a href="#">PHI</a> requieren su autorización por escrito.</p> <p>NOTA: La información autorizada para la divulgación puede incluir historias clínicas que indiquen la presencia de alguna enfermedad contagiosa o no contagiosa que obligatoriamente tenga que ser reportada de conformidad con las leyes estatales.</p>
<p><b>Sus derechos de información médica</b></p>	<p><u>Derecho de revisión y copia</u>  Usted tiene el derecho de revisar y copiar su <a href="#">PHI</a> según lo dispuesto por la ley. Este derecho no se aplica a las notas de psicoterapia. Su solicitud debe presentarla por escrito y podemos cobrarle por dichas copias el precio permitido por la legislación estatal y federal. En determinadas circunstancias, podemos denegar su solicitud de revisión y copia de su historia clínica. Si se le deniega el acceso, puede <a href="#">Apelar</a> ante nuestro Oficial de Privacidad.</p> <p><u>Derecho a comunicación confidencial</u>  Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su <a href="#">PHI</a> por medios o en lugares alternativos. Por ejemplo, puede solicitar recibir nuestras comunicaciones en una dirección o número de teléfono distinto. Su solicitud debe presentarla por escrito e indicar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Nos reservamos el derecho de denegar su solicitud si no es razonable o no es posible cumplirla.</p> <p><u>Derecho a la justificación de las revelaciones</u>  Usted tiene derecho a solicitar la justificación de determinadas divulgaciones de su <a href="#">PHI</a> a terceros, excepto las realizadas para tratamientos, pagos o atención médica o las operaciones y divulgaciones del <a href="#">Plan</a> de salud que le hayamos hecho a usted, con su autorización o de conformidad con este Aviso. Para recibir una justificación, deberá enviar su solicitud por escrito e indicar el período de tiempo específico solicitado. Puede solicitar una justificación de hasta seis años previos a la fecha de su solicitud (tres años si su <a href="#">PHI</a> es una historia clínica electrónica). Si solicita</p>

Sección	Descripción
	<p>más de una justificación en un período de 12 meses, podemos cobrarle los costos de proporcionarle la lista. Le notificaremos el costo y usted podrá desistir de su solicitud antes de incurrir en el costo.</p> <p><u>Derecho a solicitar restricciones de usos o divulgaciones</u>  Usted tiene el derecho de solicitar restricciones o limitaciones de ciertos usos y divulgaciones de su <a href="#">PHI</a> a terceros a menos que las leyes exijan o permitan dicha divulgación. Su solicitud debe hacerla por escrito y especificar (1) qué información quiere limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambas cosas; y (3) a quién quiere que se apliquen las restricciones. No estamos obligados a estimar su solicitud. Si la estimamos, haremos todo lo posible para satisfacer su solicitud, a menos que la información sea necesaria para que usted reciba tratamiento de emergencia o que la divulgación ya se haya producido o que lo exijan las leyes. Cualquier acuerdo de restricciones deberá ser firmado por una persona autorizada por nosotros a tales efectos.</p> <p><u>Derecho a solicitar cambios en su <a href="#">PHI</a></u>  Tiene derecho a solicitar cambios en su <a href="#">PHI</a> si considera que su historia clínica es incorrecta o está incompleta. Deberá presentar su solicitud por escrito e indicar los motivos de los cambios. Denegaremos su solicitud si: (1) no está por escrito o no incluye el motivo que sustenta la solicitud; (2) la información no fue creada por nosotros o no es parte de la historia clínica que custodiamos; (3) la información no es parte de la historia susceptible de ser revisada y copiada por usted, o (4) la información contenida en la historia es correcta y completa. Si denegamos su solicitud de modificación, tiene derecho a presentar una declaración de disconformidad ante nuestro Oficial de privacidad.</p> <p><u>Derecho a ser notificado de una infracción</u>  Usted tiene derecho a recibir notificaciones de cualquier infracción de seguridad de su <a href="#">PHI</a>.</p> <p><u>Derecho a revocar autorizaciones</u>  Puede revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, pero solo tendrá efecto respecto de usos o divulgaciones futuros y no respecto de divulgaciones que ya hayan sido realizadas de acuerdo con su autorización o cuando no se requiera autorización.</p> <p><u>Derecho de recibir una copia de este aviso</u>  Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso previa solicitud.</p> <p><u>Cambios a este Aviso</u>  GlobalHealth se reserva el derecho de modificar este aviso y hacer que las nuevas disposiciones sean aplicables para toda la <a href="#">PHI</a> que custodiamos.</p>

Sección	Descripción
<b>Para reportar una infracción de privacidad</b>	<p>Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad o considera que se han infringido sus derechos, puede comunicarse con nuestro Oficial de privacidad en:</p> <p><b>ATTN: Privacy Officer</b>  <b>GlobalHealth, Inc.</b>  <b>210 Park Avenue</b>  <b>Suite 2800</b>  <b>Oklahoma City, OK 73102-5621</b></p> <p><b>Llame gratis al 1-877-280-5852</b></p> <p>También puede reportar una infracción a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de la Región VI: Region VI U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 1301 Young ST, Suite 1169, Dallas, TX 75202. No se le penalizará ni se tomarán medidas contra usted por presentar una queja.</p>
<b>Fecha de entrada en vigor</b>	4/1/2013.

**Divulgación de la información [PHI](#) a los patrocinadores del [Plan](#)**

Podemos divulgar su [PHI](#) al patrocinador de su [Plan](#) de salud grupal (es decir, el empleador del [Suscriptor](#)). Sin embargo, solo la divulgaríamos en caso de que:

- Se hayan adaptado los documentos de su [Plan](#) grupal para cumplir con los requisitos de la ley [HIPAA](#); y
- El patrocinador de su [Plan](#) haya certificado por escrito que cumplirá con la ley [HIPAA](#).

Si se cumplen estos requisitos, podemos divulgar su [PHI](#) al patrocinador del [Plan](#), sin autorización de usted, cuando sea necesario para tratamientos, pagos y atención médica.

Si el patrocinador de su [Plan](#) decide no obtener la [PHI](#), podemos enviar un "resumen de la información médica", que incluye datos de [Reclamos](#) de los cuales eliminamos cierta información para que el patrocinador del [Plan](#) no pueda identificar a un participante en particular del [Plan](#). Por ejemplo, su:

- Nombre;
- Número de seguro social;
- Dirección;
- Número de teléfono; y
- Número de identificación de [Miembro](#).

También podemos dar información al patrocinador del [Plan](#) sobre la inscripción o cancelación de la inscripción de alguna persona del [Plan](#).

Si tiene preguntas, comuníquese con su [Administrador del plan](#).

## Derechos en virtud de la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

Según la ley federal, los [Planes](#) de salud grupales y las compañías de [Seguros médicos](#) que ofrecen cobertura de [Seguro médico](#) grupal no pueden, por lo general, restringir ninguna estadía en el [Hospital](#) en relación con el parto de la madre o con el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto natural o a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, el [Plan](#) o aseguradora puede pagar por una estadía más corta si el [Proveedor](#) especialista (por ejemplo, su médico, enfermera obstétrica o asociado médico), después de consultar con la madre, da de alta a esta e o al recién nacido con anterioridad.

Asimismo, de acuerdo con la ley federal, los [Planes](#) y aseguradoras no pueden establecer un nivel de beneficios o costos de desembolso para el tiempo de estadía que exceda las 48 horas (o 96 horas) que suponga una atención menos favorable para la madre o recién nacido en relación a la atención dispensada durante el período de estadía inicial.

Además, un [Plan](#) o aseguradora no puede, de acuerdo con la ley federal, exigir que un médico u otro [Proveedor](#) de atención médica obtenga autorización para prescribir una duración de la estadía de hasta 48 horas (o 96 horas). Sin embargo, para utilizar ciertos [Proveedores](#) o [Centros](#), o para reducir sus costos de desembolso, es posible que necesite obtener una precertificación. Para obtener información sobre precertificaciones, contáctenos.

## Subrogación, recuperación de terceros y reembolso

Sección	Descripción
<b>Beneficios sujetos a esta disposición</b>	<p>Esta disposición se aplica a los beneficios incluidos en todas las secciones de este <a href="#">Plan</a> para:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Personas Cubiertas (o <a href="#">Miembros</a>) y <a href="#">Dependientes</a>, beneficiarios de <a href="#">COBRA</a>, miembros de la familia y cualquier otra persona que pueda recuperar costos en nombre de una Persona Cubierta o beneficiario, incluidos, entre otros, el patrimonio de una Persona Cubierta o beneficiario fallecido (referidos conjuntamente como "Persona Cubierta"); y</li><li>• Todos los demás agentes, abogados, representantes y personas que actúen en representación de una Persona Cubierta, de común acuerdo con ella o bajo su dirección (a veces referidos como "Representantes de la Persona Cubierta") con respecto a dichos beneficios.</li></ul>
<b>Cuándo se aplica esta disposición</b>	<p>Una Persona Cubierta puede incurrir en gastos médicos o de otro tipo relacionados con lesiones o enfermedades causadas por la acción u omisión de Otra Parte, incluidos médicos u otros <a href="#">Proveedores</a>, por acciones u omisiones incluyendo, entre otras, negligencia profesional. La Otra Parte puede ser responsable civil o legalmente responsable del pago de los cargos incurridos en relación con tales Lesiones o Enfermedades. En tal caso, la Persona Cubierta puede formular un <a href="#">Reclamo</a> contra la Otra Parte para obtener el pago de los cargos médicos u otros cargos.</p>

Sección	Descripción
<b>Términos definidos</b>	<p>La "<u>Otra Parte</u>" se refiere a cualquier individuo o entidad, distinto del <a href="#">Plan</a>, que sea responsable civil o legalmente responsable de pagar los gastos, la compensación o los daños y perjuicios relacionados con las lesiones o enfermedades de una Persona Cubierta. La Otra Parte incluirá a la parte o partes que causaron las lesiones o enfermedades (primera o tercera); la aseguradora, garante u otro indemnizador de la parte o partes que causaron las lesiones o enfermedades; la propia aseguradora de una Persona Cubierta, tal como una cobertura en caso de responsables sin seguro o con infraseguro, cobertura de pagos médicos, cobertura en caso de causantes exentos de responsabilidad, seguro de propietario de vivienda, de arrendatario o cualquier otra aseguradora de responsabilidad civil; una aseguradora de compensación de trabajadores (workers' compensation); de negligencia médica o fondo similar; y cualquier otra persona, corporación o entidad que sea responsable civil o legalmente responsable del pago en relación con las lesiones o la enfermedad.</p> <p>"<u>Recuperación</u>" significa cualquier dinero, fondo, propiedad, compensación, así como todos sus derechos, o daños pagados o disponibles por la Otra Parte a la Persona Cubierta a través de pagos de seguros, de pagos derivados de acuerdos de conciliación, de pagos de primero o tercero, de sentencias judiciales, reembolsos u otros (con independencia de cómo se caractericen, designen o asignen esos fondos) para compensar las pérdidas causadas por las lesiones o la enfermedad o relacionadas con ellas.</p> <p>"<u>Reembolso</u>" o "<u>Reembolsar</u>" significa la devolución al <a href="#">Plan</a> de los beneficios médicos u otros beneficios pagados o pagaderos por la atención y el tratamiento médicos de la enfermedad o lesión y por cualquier otro gasto incurrido por el <a href="#">Plan</a> en relación con los beneficios pagados o pagaderos.</p> <p>"<u>Subrogación</u>" o "<u>Subrogar</u>" significa el derecho del <a href="#">Plan</a> de perseguir los <a href="#">Reclamos</a> de la Persona Cubierta contra un Tercero por cargos médicos o de otro tipo pagados por el <a href="#">Plan</a>.</p>
<b>Condiciones y acuerdos</b>	<p>Los beneficios son pagaderos solo después de que la Persona Cubierta acepte y cumpla con los términos y condiciones de este <a href="#">Plan</a>. La Persona Cubierta acuerda que la aceptación de los beneficios constituye una notificación implícita de esta sección. Como condición para recibir los beneficios de este <a href="#">Plan</a>, la Persona Cubierta y cada una de las partes obligadas acuerdan:</p> <p>a) Que en caso de que una Persona Cubierta bajo este <a href="#">Plan</a> y/o los Representantes de la Persona Cubierta reciban cualquier Recuperación u otros beneficios resultantes de cualquier lesión, accidente, evento o incidente por los que la Persona cubierta tenga, pueda tener o reivindique algún <a href="#">Reclamo</a> o derecho de recuperación sustentado en cualquier teoría jurídica o de equidad, daño legal, contrato, ley, regulación, ordenanza u otra cosa contra cualquier otra persona, entidad o fuente, incluyendo, sin limitación, terceros, aseguradoras,</p>

Sección	Descripción
	<p>seguros y/o cobertura de seguro (por ejemplo, cobertura de accidentes contra conductores sin seguro o infraseguro, cobertura de lesiones personales, cobertura de pagos médicos, compensación de trabajadores, etc.), cualquier pago o pago hecho por el <a href="#">Plan</a> a la Persona Cubierta por tales beneficios se realizará con la condición y con el acuerdo y conocimiento de que el <a href="#">Plan</a> será reembolsado por la Persona Cubierta y los Representantes de la Persona Cubierta en la medida que lo determine una sentencia de acuerdo conciliatorio u otra resolución, pero sin exceder el monto de la Recuperación o las cantidades recibidas por la Persona Cubierta de dicha Otra Parte y o fuente a través de cualquier acuerdo, sentencia de acuerdo de conciliación u otra cosa.</p> <p>b) Que el <a href="#">Plan</a> se subrogará a todos los derechos de Recuperación que la Persona Cubierta tenga contra la Otra Parte potencialmente responsable de realizar cualquier pago a la Persona Cubierta como resultado de cualquier lesión, daño, pérdida o enfermedad que haya sufrido la Persona Cubierta en la medida establecida por los beneficios proporcionados o que proporcionará el <a href="#">Plan</a> a la Persona Cubierta o en nombre de la Persona Cubierta con respecto a esa enfermedad, lesión, daño o pérdida inmediatamente después del pago o provisión del <a href="#">Plan</a> de cualquier beneficio a la Persona Cubierta o en nombre de la Persona Cubierta. Los derechos de recuperación, subrogación y reembolso del <a href="#">Plan</a> recogidos en este documento existen incluso cuando una parte presuntamente culpable o responsable de cualquier pérdida, lesión, daño o enfermedad que padezca la Persona Cubierta no admita su responsabilidad y con independencia de la designación o caracterización otorgada a los fondos que la Persona Cubierta recibe o acepta recibir de esa parte o del representante de esa parte;</p> <p>c) Notificar al <a href="#">Administrador del Plan</a> de GlobalHealth si una Persona Cubierta tiene un posible derecho a recibir el pago de otra persona; firmar y entregar de inmediato un acuerdo de Reembolso al <a href="#">Administrador del Plan</a> si así lo solicita este o sus representantes; y, proporcionar otras informaciones y asistencias razonables que pueda solicitar el <a href="#">Administrador del Plan</a> con respecto al <a href="#">Reclamo</a> o posible <a href="#">Reclamo</a>. El <a href="#">Administrador del Plan</a> puede determinar, a su exclusivo criterio y en interés del <a href="#">Plan</a>, que es mejor pagar o no pagar, antes de que se haya firmado el acuerdo de Subrogación y Reembolso, los beneficios médicos u otros beneficios por las lesiones o enfermedades. Sin embargo, y en cualquier caso, el <a href="#">Plan</a> seguirá teniendo derecho a la Subrogación y al Reembolso de acuerdo con las condiciones de esta Sección;</p> <p>d) Ejercer como fiduciario ficto, y mantener en fideicomiso ficto para beneficio del <a href="#">Plan</a> toda Recuperación de un tercero, comprometiéndose a no disponer de las Recuperaciones sin el consentimiento previo y por escrito del <a href="#">Plan</a>, ni a perjudicar o dañar los derechos preferentes del <a href="#">Plan</a> a tal Recuperación, con independencia de cómo se caracterice, designe o asigne la Recuperación. La Persona Cubierta acepta</p>

Sección	Descripción
	<p>mantener, como fideicomisario (o co-fideicomisario) en fideicomiso para beneficio del <a href="#">Plan</a>, toda Recuperación y fondos que la Persona Cubierta reciba en pago o como compensación por cualquier lesión, enfermedad, daño y pérdida sufrida por la Persona Cubierta y resultante de cualquier evento, incidente, accidente, lesión, enfermedad o acción. Tal Recuperación o fondos recibidos por la Persona Cubierta, en su nombre, con su consentimiento, o bajo su dirección, o que la Persona Cubierta tenga derecho a recibir o dirigir el pago, o sobre los que la Persona Cubierta (o Representantes de la Persona Cubierta) tenga o ejerza el control, serán considerados y tratados como activos del <a href="#">Plan</a>. Si no se mantienen en fideicomiso dicha Recuperación y fondos o si no se cumple con estas condiciones del <a href="#">Plan</a>, se considerará un incumplimiento del deber fiduciario de la Persona Cubierta (o de los Representantes de la Persona Cubierta) con respecto al <a href="#">Plan</a>. El <a href="#">Plan</a> tiene un derecho de subrogación o reembolso antes de que la fuente responsable pague a la Persona Cubierta la Recuperación y fondos, de los que no se pueden sustraer los honorarios o costos de los abogados. El <a href="#">Plan</a> puede, a su entera discreción, ejercer sus derechos de subrogación y/o de reembolso. El <a href="#">Plan</a> también tiene derecho a cualquier Recuperación y fondos que la Persona Cubierta reciba o tenga derecho a recibir con independencia de que el pago represente o no una indemnización íntegra a la Persona Cubierta. El <a href="#">Plan</a> renuncia expresamente a todas las normas y doctrinas de fondos comunes y de indemnización integral y/o cualquier otra norma o doctrina que perjudique o interfiera con los derechos <a href="#">Plan</a> indicados en este documento. El <a href="#">Plan</a> tendrá derecho a que la Persona Cubierta le rinda cuentas de todas las Recuperaciones, fondos y actividades que se describen en el este documento;</p> <p>e) Restituir al <a href="#">Plan</a> todo beneficio pagado o pagadero a la Persona Cubierta, o en nombre de esta, cuando dichos beneficios los pague o determine la Otra Parte;</p> <p>f) Transferir al <a href="#">Plan</a> la titularidad de todos los beneficios pagados o pagaderos por causa de dicha enfermedad o lesión. La Persona Cubierta reconoce que el <a href="#">Plan</a> aspira a hacer suya la Recuperación de la Persona Cubierta, y que los derechos de Subrogación del <a href="#">Plan</a> tendrán absoluta preferencia como <a href="#">Reclamo</a> de toda Recuperación, de la cual recibirá el pago antes que cualquier otro <a href="#">Reclamo</a> de la Persona Cubierta como resultado de la enfermedad o lesión, con independencia de si la Persona cubierta ha sido indemnizada en su integridad;</p> <p>g) Que se otorgue al <a href="#">Plan</a> el primer derecho y preferencia, así como un primer derecho de retención, del 100% de toda Recuperación en la extensión de los beneficios pagados o por pagar y los gastos incurridos por el <a href="#">Plan</a> para hacer cumplir esta disposición; y tal derecho de retención es un activo del <a href="#">Plan</a>. El primer derecho de retención del <a href="#">Plan</a> tiene preferencia sobre cualquier derecho que se tenga de primer pago, sobre el Reembolso de cualquier Recuperación que la Persona</p>

Sección	Descripción
	<p>Cubierta obtenga o que pueda tener derecho a obtener, con independencia de si la Persona Cubierta se ha restituido o ha sido compensada por cualquiera de sus daños o gastos, incluyendo los honorarios o costos de sus abogados;</p> <p>h) Que la Persona Cubierta también se obliga a notificar al <a href="#">Plan</a> de su intención de perseguir o investigar cualquier <a href="#">Reclamo</a> para recuperar daños y perjuicios u obtener una compensación relacionada con cualquier supuesto por el que la Persona Cubierta haya obtenido o vaya a obtener algún beneficio del <a href="#">Plan</a>. Se exigirá a la Persona Cubierta que proporcione toda la información que le pida el <a href="#">Plan</a> o su representante con respecto a dicho <a href="#">Reclamo</a>. La Persona Cubierta también se obliga a mantener informado al <a href="#">Plan</a> sobre los hechos y comunicaciones que pudieran afectar los derechos del <a href="#">Plan</a>;</p> <p>i) Abstenerse, sin obtener la aprobación por escrito del <a href="#">Plan</a>, de liberar a la Otra Parte que pueda ser responsable o estar obligada frente a la Persona Cubierta por la lesión o condición médica;</p> <p>j) Notificar por escrito al <a href="#">Plan</a> cualquier propuesta de acuerdo de conciliación y obtener del <a href="#">Plan</a> el consentimiento por escrito antes de firmar un acuerdo de conciliación;</p> <p>k) Sin limitar lo anterior, el <a href="#">Plan</a> se subrogará en todos los <a href="#">Reclamos</a>, causas, acciones o derechos que la Persona Cubierta tenga o pueda tener contra la Otra Parte por medio de los cuales la Persona Cubierta <a href="#">Reclame</a> un derecho a los beneficios bajo este <a href="#">Plan</a>, con independencia de cuál sea su clasificación o caracterización;</p> <p>l) Si la Persona Cubierta (o el tutor o patrimonio) decide perseguir a la Otra Parte, la Persona Cubierta acepta incluir el <a href="#">Reclamo</a> de subrogación del <a href="#">Plan</a> en esa acción, y si no lo hace, se presumirá legalmente que el <a href="#">Plan</a> queda incluido en dicha acción o Recuperación;</p> <p>m) En caso de que la Persona Cubierta decida no perseguir a la Otra Parte, la Persona Cubierta autoriza al <a href="#">Plan</a> a perseguir, demandar, comprometer o resolver cualquier <a href="#">Reclamo</a> a su nombre, a firmar todos los documentos necesarios para perseguir dichos <a href="#">Reclamos</a> en su nombre, y se obliga a cooperar plenamente con el <a href="#">Plan</a> en el devenir de tales <a href="#">Reclamos</a>. Dicha cooperación incluirá el deber de proporcionar información y firmar y entregar cualquier declaración jurada u otro instrumento legal que documente los derechos de Subrogación que tiene el <a href="#">Plan</a>. La Persona Cubierta (o el tutor o patrimonio) se obliga a no llevar a cabo actos perjudiciales contra los derechos de Subrogación del <a href="#">Plan</a> ni a obstaculizar en modo alguno la acción emprendida por el <a href="#">Plan</a> para recuperar su <a href="#">Reclamo</a> de Subrogación. Esto incluye cualquier intento de la Persona Cubierta (o de su abogado u otro agente) encaminado a que los pagos se caractericen como de naturaleza no médica, o de dirigir o consentir que se realicen pagos a otras personas (por ejemplo, a parientes o en nombre de ellos, abogados, agentes, representantes o amigos).</p>

Sección	Descripción
	<p>n) El <a href="#">Plan</a> no pagará, no compensará ningún Reembolso ni será responsable de los honorarios o costos relacionados con perseguir un <a href="#">Reclamo</a> a menos que el <a href="#">Plan</a> acepte hacerlo por escrito. El derecho del <a href="#">Plan</a> al primer Reembolso no se reducirá por ningún motivo, incluidos los honorarios de los abogados, los costos, la compensación de culpas, los límites de cobrabilidad o responsabilidad, o cualquier otro motivo.</p> <p>o) El <a href="#">Administrador del plan</a> conserva la discreción exclusiva y final para interpretar los términos y condiciones del documento del <a href="#">Plan</a>. El <a href="#">Administrador del plan</a> puede modificar el <a href="#">Plan</a> a su entera discreción en cualquier momento y sin previo aviso. Este derecho de Subrogación obligará al tutor o tutores de la Persona Cubierta, al patrimonio, albacea, representantes personales y herederos.</p> <p>p) Que el <a href="#">Administrador del plan</a> puede, a su entera discreción, exigir a la persona cubierta o a su abogado la firma de un acuerdo de subrogación/recuperación reconociendo y aceptando los derechos del <a href="#">Plan</a> previstos en el presente documento como condición a cualquier pago de beneficios y como condición para cualquier pago de beneficios futuros por otras enfermedades o lesiones.</p>
<p><b>Cuando una persona cubierta retiene un abogado</b></p>	<p>Si la Persona Cubierta retiene un abogado, el <a href="#">Administrador del plan</a> puede, a su entera discreción, exigir a este que firme un acuerdo de subrogación/recuperación mediante el cual reconozca y acepte los derechos del <a href="#">Plan</a> como condición para cualquier pago de beneficios y como condición para cualquier pago de beneficios futuros por otras enfermedades o lesiones. Además, el abogado de la Persona Cubierta debe reconocer y aceptar el hecho de que el <a href="#">Plan</a> excluye la operatividad de las doctrinas de la "indemnización integral" y del "fondo común", de modo que el abogado debe aceptar no hacer valer ninguna de estas doctrinas en sus acciones para perseguir la Recuperación de terceros. El <a href="#">Plan</a> no pagará los honorarios y costos del abogado de la Persona Cubierta relacionados con la recuperación de fondos, ni reducirá su prorrateo de Reembolso para el pago de los honorarios y costos del abogado de la Persona Cubierta. Los honorarios de los abogados se detraerán de la recuperación una vez que el <a href="#">Plan</a> haya recibido el reembolso completo. Bajo las condiciones de esta disposición, el abogado que recibe una Recuperación de terceros tiene la obligación ineludible de ofrecer inmediatamente la Recuperación al <a href="#">Plan</a>. El abogado de la Persona Cubierta que recibe una Recuperación y no la ofrece inmediatamente al <a href="#">Plan</a> se considerará que mantiene la Recuperación en fideicomiso ficto para el <a href="#">Plan</a>, porque ni la Persona Cubierta ni su abogado son titulares legítimos de la Recuperación, que no debería estar en posesión hasta que el <a href="#">Plan</a> haya sido completamente reembolsado.</p> <p>Además, el <a href="#">Plan</a> puede también exigir que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i. La Persona Cubierta utilice los servicios de abogados, representantes o agentes que ejecuten un Acuerdo de Reembolso sin hacer valer las doctrinas de "indemnización integral" y "fondo común", y</li> </ol>

Sección	Descripción
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ii. La Persona cubierta acepte poner fin a cualquier relación con otra persona que se niegue a hacer lo anterior, o en otro caso los beneficios no serán pagaderos de acuerdo con el <a href="#">Plan</a> en relación con ese asunto.</li> <li>iii. El <a href="#">Plan</a> también tiene derecho preferente a recibir los primeros fondos de los pagos recibidos por la Persona Cubierta hasta que el <a href="#">Plan</a> haya sido reembolsado por todas las sumas gastadas. La Persona Cubierta deberá firmar y entregar los instrumentos y documentos que le sean solicitados de forma razonable por el <a href="#">Plan</a> y deberá hacer lo necesario para proteger en su integridad todos los derechos <a href="#">del Plan</a>. La Persona Cubierta se abstendrá de hacer nada que perjudique los derechos del <a href="#">Plan</a> al reembolso y Subrogación, incluyendo, entre otras acciones, cualquier intento por parte de la Persona Cubierta u otros de recibir pagos que se caractericen como de naturaleza no médica (por ejemplo, por malestar emocional, dolor y sufrimiento, vergüenza, angustia psíquica, pérdida conyugal, etc.) o para dirigir o consentir que se realicen pagos a otras personas (por ejemplo, a parientes o en nombre de ellos, abogados, agentes, representantes o amigos).</li> </ul>
<b>Cuando la Persona Cubierta es menor de edad o fallecida</b>	Las disposiciones de esta sección se aplican a los progenitores, fideicomisario, tutor u otro representante de una Persona Cubierta menor de edad y al heredero o representante personal del patrimonio de una Persona Cubierta fallecida, con independencia de la ley aplicable y de si el representante tiene o no acceso o control sobre la Recuperación.
<b>Cuándo una Persona Cubierta incumple lo establecido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) (i) Si el acuerdo de Subrogación no se firma y entrega debidamente según lo estipulado en esta disposición; (ii) si no se proporciona información y colaboración al <a href="#">Administrador del plan</a> cuando este lo solicita; o, (iii) si no se cumple a tiempo con alguna otra disposición u obligación de esta Sección, no se pagará ningún beneficio conforme al <a href="#">Plan</a> con respecto a los costos incurridos relacionados con dicha enfermedad o lesión.</li> <li>b) Si una Persona Cubierta, como resultado de su enfermedad o lesión, no Reembolsa al <a href="#">Plan</a> todos los beneficios pagados o por pagar en virtud de una Recuperación de terceros recibida según lo dispuesto en este <a href="#">Plan</a>, o no cumple con cualquier otra disposición u obligación de esta Sección, la Persona Cubierta será responsable de todos los gastos (ya sean honorarios o costos) asociados con la pretensión del <a href="#">Plan</a> de recuperar dicho dinero o bienes de la Persona Cubierta; y el <a href="#">Plan</a> tendrá derecho a compensar y aplicar cualquier beneficio que en el futuro pudiera deberse por cualquier causa a la Persona Cubierta, así como a los miembros de la familia Cubierta, o a cualquier otra persona que directa o indirectamente hubiera actuado o cooperado para interferir, menoscabar o anular los derechos o intereses del <a href="#">Plan</a> contra dichos reembolsos que deberían haberse realizado al <a href="#">Plan</a>, así como suspender o poner fin a la cobertura adicional hasta que el <a href="#">Plan</a> recupere dichos reembolsos. Este derecho de Reembolso obligará al tutor o tutores de la</li> </ul>

Sección	Descripción
	<p>Persona Cubierta, al patrimonio, albacea, representantes personales y herederos.</p> <p>c) Además, la Persona Cubierta será totalmente responsable de las acciones de sus Representantes, abogados, agentes, miembros de la familia y de todos aquellos que actúen en nombre de la Persona Cubierta, junto con ella o bajo su dirección, con respecto a las obligaciones del <a href="#">Plan</a> o de la Persona Cubierta recogidas en este documento. La Persona Cubierta será responsable de garantizar que dichas personas cooperen y cumplan con las obligaciones de la Persona Cubierta recogidas en este documento. Si la Persona Cubierta, sus agentes, abogados o cualquier otro de sus representantes no coopera totalmente con cualquier Subrogación, reembolso o acción encaminada a obtener la devolución de los pagos, o directa o indirectamente frustrara, obstaculizase, dificultase o interfiriese tales acciones, la Persona Cubierta será responsable de rendir cuentas y pagar al <a href="#">Plan</a> los honorarios y costos de abogados incurridos por o en nombre del <a href="#">Plan</a> en relación con dichas acciones.</p> <p>d) Además, el <a href="#">Plan</a> puede, a discreción de su responsable último, dar por terminada la participación de la Persona Cubierta en el <a href="#">Plan</a> o la participación de cualquier otra persona que directa o indirectamente haya actuado o cooperado para interferir, perjudicar o anular los derechos o intereses del <a href="#">Plan</a>. En caso de que se formule algún <a href="#">Reclamo</a> relativo a que alguna parte del texto, condición o disposición establecida en esta Subrogación y Derecho de Reembolso del <i>Manual del miembro</i> resulte ambigua o poco clara, o si surge alguna pregunta sobre el significado o finalidad de cualquiera de sus condiciones, el <a href="#">Plan</a>, a través de su responsable último, ostenta la facultad y discreción exclusivas para comprender, interpretar y resolver todas las controversias relacionadas con la interpretación de dichas partes del texto, condiciones o disposiciones.</p> <p>e) Los derechos de Subrogación y Reembolso del <a href="#">Plan</a> descritos en este documento son esenciales para garantizar el carácter equitativo del <a href="#">Plan</a> y su solidez financiera, y para garantizar que los fondos se recuperen y estén disponibles para el beneficio colectivo de todas las Personas Cubiertas bajo el <a href="#">Plan</a>.</p>

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

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios de conformidad con la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer ("WHCRA") de 1998.

La cobertura se proporcionará de la manera que usted y su médico determinen, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr la simetría entre ambas;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios estarán sujetos a los mismos [Copagos](#) y [Coseguro](#) aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por este [Plan](#). Consulte "[Beneficios](#)" en la página 34 para conocer su [Deducible](#) y [Participación en el costo](#) para los servicios correspondientes. Si desea obtener más información sobre los beneficios de la ley WHCRA, comuníquese con su [Administrador del plan](#).

# PREGUNTAS FRECUENTES

Estas preguntas frecuentes están sujetas a los "[Requisitos de cobertura](#)" indicados en la página 35 y a los "[Servicios excluidos y limitaciones](#)" que aparecen en la página 79.

Tema	Preguntas y Respuestas
<b>Quiropraxia</b>	<p>P. ¿Cubre el <a href="#">Plan</a> las visitas al quiropráctico?</p> <p>R. Sí.</p>
<b>Suministros para diabetes</b>	<p>P. ¿Están cubiertos mis suministros para la diabetes?</p> <p>R. Sí.</p>
<b>Cobertura de <a href="#">Dependientes</a></b>	<p>P. Si me inscribo en GlobalHealth, ¿está cubierto mi hijo que vive en otro estado?</p> <p>R. Sí, los <a href="#">Dependientes</a> deben establecer una relación con un <a href="#">PCP</a> de nuestra <a href="#">Red</a>. Cubrimos <a href="#">Atención médica de urgencia</a> y emergencias <a href="#">Fuera de la Red</a>. No cubrimos la atención médica periódica <a href="#">Fuera de la Red</a>. Todos los servicios <a href="#">Fuera de la Red</a> distintos de los <a href="#">Servicios de emergencia</a> o de la <a href="#">Atención médica de urgencia</a> deben ser preautorizados por GlobalHealth.</p> <p>P. ¿Qué pasa con los <a href="#">Dependientes</a> mayores de 18 años?</p> <p>R. Cubrimos a los hijos elegibles hasta el final del mes en que cumplan 26 años de edad.</p>
<b>Emergencias y <a href="#">Atención médica de urgencia</a></b>	<p>P. Cuando voy a la <a href="#">ER</a>, ¿se exime mi copago si soy ingresado en el <a href="#">Hospital</a>?</p> <p>R. Sí.</p> <p>P. ¿Qué sucede si me enfermo cuando estoy fuera del <a href="#">Área de servicio</a>? ¿Estoy cubierto en tal caso?</p> <p>R. La <a href="#">Atención médica de urgencia</a> y de emergencia están cubiertas. En una verdadera emergencia, vaya inmediatamente al <a href="#">Centro</a> más cercano para recibir atención médica. Llame al <a href="#">PCP</a> y a GlobalHealth en un plazo de 48 horas de recibir la atención. Cuando se necesita <a href="#">Atención médica de urgencia</a> el mismo día y no le es posible ver a su <a href="#">PCP</a>, acuda directamente a un centro de <a href="#">Atención médica de urgencia</a>. Un <a href="#">Proveedor fuera de la red</a> le puede facturar el servicio. Un <a href="#">Proveedor Dentro de la red</a> no le puede facturar el servicio.</p> <p>P. ¿Qué sucede si necesito ir al médico durante el fin de semana? ¿O me enfermo después del horario de trabajo?</p> <p>R. Llame a su <a href="#">PCP</a> para que le dé instrucciones. O acuda directamente a un centro de <a href="#">Atención médica de urgencia</a> de la <a href="#">Red</a> en caso de que no le sea posible esperar a que abra el consultorio de su <a href="#">PCP</a>.</p>
<b>Oído</b>	<p>P. ¿Cubre el <a href="#">Plan</a> los audífonos?</p> <p>R. Sí. Consulte <a href="#">Servicios de audiología – audífonos y dispositivos</a> en la página 52.</p>
<b>Ingreso en el <a href="#">Hospital</a></b>	<p>P. ¿Cubre mi copago de <a href="#">Hospital</a> las visitas al médico en el <a href="#">Hospital</a>?</p> <p>R. Sí.</p>

Tema	Preguntas y Respuestas
	<p>P. ¿Cubre el <a href="#">Plan</a> habitaciones privadas en el <a href="#">Hospital</a>?</p> <p>R. Cuando es <a href="#">Médicamente necesario</a>.</p> <p>P. ¿Qué <a href="#">Hospitales</a> forman parte de su <a href="#">Red</a>?</p> <p>R. Vienen indicados en el <i>Directorio de proveedores</i>. Puede hacer una búsqueda en nuestro sitio web.</p>
<b>Salud mental</b>	<p>P. ¿Cubre el <a href="#">Plan</a> los servicios de salud mental?</p> <p>R. Sí. No tiene que acudir a su <a href="#">PCP</a>. Consulte "<a href="#">Beneficios de salud conductual</a>" en la página 36.</p> <p>P. ¿Cómo puedo saber quiénes son los <a href="#">Proveedores</a> de salud mental?</p> <p>R. Hay una lista de ellos en el <i>Directorio de proveedores</i>.</p>
<b><a href="#">Red</a></b>	<p>P. ¿Cómo puedo saber si mi <a href="#">Especialista</a> forma parte de la <a href="#">Red</a>?</p> <p>R. Consulte el <i>Directorio de proveedores</i> o visite nuestro sitio web.</p>
<b><a href="#">PCP</a></b>	<p>P. ¿Tengo que elegir uno de los médicos de la <a href="#">Red</a>?</p> <p>R. Sí. Usted elige su <a href="#">PCP</a> durante la <a href="#">Inscripción</a>. Cada miembro de la familia puede elegir un <a href="#">PCP</a> distinto, incluido el pediatra de los hijos. Tiene a su disposición los <i>Directorios</i> y también puede consultar nuestro sitio web.</p> <p>P. ¿Puedo cambiar de <a href="#">PCP</a> o me tengo que quedar con el mismo todo el año?</p> <p>R. Sí, puede cambiar de <a href="#">PCP</a> en cualquier momento durante el año, y el cambio es efectivo de inmediato. Puede hacer los cambios en nuestro sitio web. Si necesita acudir a un <a href="#">PCP</a> antes de recibir su nueva tarjeta de identificación de <a href="#">Miembro</a>, contáctenos.</p>
<b>Condiciones médicas preexistentes</b>	<p>P. ¿Acepta el <a href="#">Plan</a> las condiciones médicas preexistentes?</p> <p>R. Sí.</p>
<b>Recetas</b>	<p>P. ¿Están cubiertas las recetas dentales?</p> <p>R. Sí.</p> <p>P. ¿Qué es un <i>Formulario de Medicamentos</i>?</p> <p>R. El <i>Formulario de Medicamentos</i> es una lista de los medicamentos más comúnmente recetados y aprobados por nosotros. Es una lista preferida. Debido a que el desarrollo del <i>Formulario de medicamentos</i> es un proceso continuo, esta lista está sujeta a cambios.</p> <p>P. ¿Tiene el <a href="#">Plan</a> un servicio de envíos por correo?</p> <p>R. Sí, a través de Magellan Rx Management. Las recetas de entrega a domicilio consisten en un surtido de 90 días. Es posible que haya descuentos.</p> <p>P. ¿Dónde puedo surtir mis recetas?</p>

Tema	Preguntas y Respuestas
	<p>R. Disponemos de más de 800 farmacias participantes en todo el estado de Oklahoma. Magellan Rx Management, nuestro administrador de beneficios farmacéuticos, tiene una <a href="#">Red</a> nacional disponible para usted.</p>
<p><a href="#">Medicina preventiva</a></p>	<p>P. ¿Está cubierta la <a href="#">Medicina preventiva</a>?</p> <p>R. Cubrimos todos los <a href="#">Servicios preventivos</a> cubiertos por la ley <a href="#">ACA</a> sin costo para usted cuando los ofrece un <a href="#">Proveedor de la red</a>. Para conocer la lista actual de servicios, consulte "<a href="#">Beneficios de la medicina preventiva</a>".</p> <p>P. ¿Cómo obtengo <a href="#">Servicios preventivos</a>?</p> <p>R. Comience por su <a href="#">PCP</a>. El médico ofrece la mayoría de los servicios o, en caso de que fuera necesario, nos envía una <a href="#">Referencia</a>. No obstante, usted tiene acceso directo a su <a href="#">OB/GYN</a> para los servicios que este ofrece y también a un centro de imágenes de la <a href="#">Red</a> para hacerse las mamografías.</p>
<p><a href="#">Referencias</a></p>	<p>P. ¿Necesito una <a href="#">Referencia</a> para acudir a un <a href="#">Especialista</a>?</p> <p>R. Sí. Salvo los servicios que recibe de su <a href="#">OB/GYN</a>, su <a href="#">PCP</a> es responsable de administrar toda su atención médica. Este nos enviaría una <a href="#">Referencia</a> en caso de ser necesario. Para los procedimientos también se debe obtener una <a href="#">PA</a>.</p>
<p><b>Pérdida de peso y cirugía cosmética</b></p>	<p>P. ¿Cubre el <a href="#">Plan</a> el bypass gástrico u otra cirugía para la obesidad?</p> <p>R. No.</p> <p>P. ¿Cubre el <a href="#">Plan</a> la cirugía cosmética?</p> <p>R. Solo en determinadas circunstancias. Consulte la página 47.</p>
<p><b>Cobertura mundial</b></p>	<p>P. ¿Estoy cubierto en todo el mundo?</p> <p>R. No.</p>

# ACRÓNIMOS

Acrónimo	Significado
ACA	Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010 enmendada por la Ley de Reconciliación de Salud y Educación de 2010
ADHD	Trastorno de déficit de atención con hiperactividad
AHRQ	Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de Salud
ASD	Trastorno del espectro autista
BHCM	Gestor de casos de salud conductual certificado
BHP	<a href="#">Proveedor de salud conductual</a>
CAD	Arteriopatía coronaria
CAHPS® <sup>1</sup>	Evaluación del Consumidor de <a href="#">Proveedores</a> y Sistemas de Salud
CDC	Centros para el control de enfermedades
CHF	Insuficiencia cardíaca congestiva o insuficiencia cardíaca crónica
CHIP	Programa de <a href="#">Seguro médico</a> infantil
COB	Coordinación de beneficios
COBRA	Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985
COPD	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
CVD	Enfermedad cardiovascular
DEA	Administración para el Control de Drogas
DME	<a href="#">Equipo médico duradero</a>
EBSA	Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados
ER	Sala de emergencias
ERISA	Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974
FDA	Administración de Medicamentos y Alimentos de EE.UU.
HEDIS® <sup>2</sup>	Sistemas de información de datos de eficacia de la atención médica
HIPAA	Ley de Portabilidad y Responsabilidad de <a href="#">Seguros de Salud</a> de 1996
HRA	Valoración de riesgos para la salud
HRSA	Administración de recursos y servicios de salud
IRO	<a href="#">Organización de Revisión Independiente</a>
LADC	Consejero de Alcohol y Drogas con Licencia
LBP	<a href="#">Profesional de salud</a> Conductual con Licencia
LCSW	Trabajador Social Clínico con Licencia
LMFT	Terapeuta Matrimonial y Familiar con Licencia
LPC	Consejero Profesional con Licencia
MHPAEA	Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de Paul Wellstone y Pete Domenici de 2008
MOOP	Desembolso máximo o <a href="#">Límite de desembolso</a>
NCQA	Comité Nacional de Garantía de Calidad
OB/GYN	Obstetra/ginecólogo

<b>Acrónimo</b>	<b>Significado</b>
<b>OTC</b>	De venta libre
<b>PA</b>	<a href="#">Preautorización</a> o autorización previa
<b>PCP</b>	<a href="#">Médico de atención primaria</a>
<b>PHI</b>	Información médica protegida
<b>PII</b>	Información de identificación personal
<b>P&amp;T</b>	Farmacia y Terapéutica
<b>QIP</b>	Programa de mejora de la calidad
<b>RTC</b>	Centro de tratamiento residencial
<b>SEP</b>	<a href="#">Período especial de inscripción</a>
<b>UM</b>	<a href="#">Gestión de la utilización</a>
<b>USPSTF</b>	Grupo de Trabajo de <a href="#">Servicios preventivos</a> de Estados Unidos

<sup>1</sup>[CAHPS®](#) es una marca registrada de [AHRQ](#).

<sup>2</sup>[HEDIS®](#) es una marca registrada de [NCQA](#).

# GLOSARIO

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Abuso</b>	Supone solicitar el pago de artículos y servicios cuando no se tiene derecho a ello. A diferencia del <a href="#">Fraude</a> , el individuo o la entidad no ha falseado hechos a sabiendas o intencionalmente para obtener el pago.
<b>Administración de la utilización ("UM")</b>	Proceso de supervisión del uso, entrega y rentabilidad de los servicios.
<b>Administrador del plan</b>	La persona identificada como responsable de la administración del <a href="#">Plan</a> . Podría ser el empleador, un comité de empleados, un ejecutivo de la compañía o alguien contratado para tal fin. No se refiere a GlobalHealth.
<b>Año del plan</b>	Los 12 meses que cubre su contrato, o el período de tiempo desde su fecha de entrada en vigor hasta finalizar el <a href="#">Año del plan</a> de su grupo, si se inscribió más tarde.
<b>Apelación</b>	Una solicitud para que GlobalHealth revise una decisión que deniega parcial o totalmente un beneficio o pago.
<b>Área de servicio</b>	Un área geográfica, según lo aprobado por el Departamento de Seguros de Oklahoma, en la que GlobalHealth coordina los servicios médicos básicos, <a href="#">Hospitalarios</a> y de salud complementarios.
<b>Atención ambulatoria en hospital</b>	Atención médica en un <a href="#">Hospital</a> que por lo general no requiere estadía de una noche.
<b>Atención especializada de enfermería</b>	Servicios prestados o supervisados a domicilio, o en una residencia de ancianos, por enfermeras con licencia. La <a href="#">Atención especializada de enfermería</a> no es lo mismo que "servicios de atención especializada", que son servicios realizados por terapeutas o técnicos (en lugar de enfermeras con licencia) en domicilio o en una residencia de ancianos.
<b>Atención médica de urgencia</b>	Cuidar una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero sin llegar a la gravedad que requiere la <a href="#">Atención médica en la sala de emergencias</a> .
<b>Atención médica domiciliaria</b>	Servicios y suministros de atención médica que recibe en su domicilio según las órdenes de su médico. Los servicios pueden prestados por enfermeras, terapeutas, trabajadores sociales u otros <a href="#">Proveedores</a> de atención médica autorizados. La <a href="#">Atención médica domiciliaria</a> no incluye por lo general ayuda con tareas que no son médicas, como cocinar, limpiar o manejar.
<b>Atención médica en sala de emergencias/Servicios de emergencia</b>	Servicios para verificar una <a href="#">Condición de emergencia</a> y dar tratamiento para evitar que la <a href="#">Condición de emergencia</a> empeore. Estos servicios se pueden prestar en la sala de emergencias de un <a href="#">Hospital</a> autorizado u otro lugar que ofrezca atención médica para <a href="#">Condiciones médicas de emergencia</a> .
<b>Cantidad permitida</b>	Es la cantidad máxima que GlobalHealth pagará por los servicios de atención médica cubiertos. Puede llamarse "gasto elegible", "asignación de pago" o "tarifa negociada".

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Centro</b>	Cualquier edificio, o área de un edificio, en el que se ofrecen servicios médicos.
<b>Centro especializado de enfermería</b>	Un <a href="#">Centro</a> o unidad de <a href="#">Hospital</a> que se dedica principalmente a proporcionar, además de alojamiento en habitaciones y comidas, <a href="#">Atención especializada de enfermería</a> 24 horas al día bajo la supervisión de un médico con licencia. GlobalHealth tiene contratos con <a href="#">Centros</a> calificados que están certificados bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (certificado por Medicare).
<b>Centro no preferido</b>	<a href="#">Centro</a> que tiene contrato con GlobalHealth para prestación de servicios con un descuento. Usted pagará el <a href="#">Costo compartido</a> más alto si acude a estos <a href="#">Centros</a> en lugar de a un <a href="#">Centro preferido</a> .
<b>Centro preferido</b>	<a href="#">Centro</a> que tiene contrato con GlobalHealth para prestarle servicios con un descuento. Usted pagará el <a href="#">Costo compartido</a> más bajo por acudir a esto <a href="#">Centros</a> . También se llama " <a href="#">Centro quirúrgico ambulatorio</a> ".
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>	Instalaciones públicas o privadas autorizadas que cuentan con un equipo facultativo organizado de médicos en <a href="#">Centros</a> permanentes que están equipados y operan con el propósito principal de realizar procedimientos quirúrgicos, <a href="#">Servicios del médico</a> continuos y servicios de enfermería profesional registrados cuando un paciente está en el <a href="#">Centro</a> y que no proporcionan servicios ni recursos para que los pacientes permanezcan durante la noche.
<b>Cirugía reconstructiva</b>	Cirugía y tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo afectada por defectos de nacimiento, accidentes, lesiones o condiciones médicas.
<b>Cobertura de medicamentos recetados</b>	Cobertura ofrecida por un <a href="#">Plan</a> que ayuda a pagar los <a href="#">Medicamentos recetados</a> . Si el <a href="#">Formulario</a> del <a href="#">Plan</a> utiliza "Grados" (niveles), los <a href="#">Medicamentos recetados</a> se agrupan por tipo o costo. La cantidad que usted pagará en concepto de <a href="#">Participación en el costo</a> será diferente para cada "Grado" de <a href="#">Medicamentos Recetados</a> cubiertos.
<b>Cobertura esencial mínima</b>	Cobertura de salud que cumplirá con el <a href="#">Requisito de responsabilidad individual</a> . La <a href="#">Cobertura esencial mínima</a> incluye por lo general <a href="#">Planes</a> , <a href="#">Seguro médico</a> disponible a través del <a href="#">Mercado</a> u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, <a href="#">CHIP</a> , TRICARE y otras coberturas concretas. Todos los <a href="#">Planes</a> de GlobalHealth ofrecen <a href="#">Cobertura esencial mínima</a> .
<b>COBRA</b>	Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria. Es la ley federal que exige que ciertos <a href="#">Planes</a> de salud grupales otorguen a los empleados y a determinados miembros de su familia la oportunidad de continuar su cobertura de atención médica en tarifas grupales en casos específicos en los que de otra manera la cobertura llegaría a su fin.
<b>Complicaciones del embarazo</b>	Condiciones médicas debidas al embarazo, parto o alumbramiento que requieren atención médica para evitar daños graves a la salud de la madre o del feto. Las náuseas matutinas y una cesárea que no es de emergencia no son, por lo general, <a href="#">Complicaciones del embarazo</a> .

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Condición aguda grave</b>	Una enfermedad o condición que requiere atención médica compleja y continua que está actualmente recibiendo el paciente, como quimioterapia, radioterapia o visitas postoperatorias.
<b>Condición crónica</b>	Una condición médica continua o persistente durante un período prolongado de tiempo que requiere tratamiento continuo.
<b>Condición médica de emergencia</b>	Una enfermedad, lesión, síntoma (incluido dolor fuerte) o una condición médica que sea lo suficientemente grave para que su salud corra un grave peligro si no recibe atención médica de inmediato. Si no recibe atención médica inmediata, podría esperarse razonablemente que ocurriera alguna de las situaciones siguientes: 1) Su salud correría un grave peligro; o 2) Usted tendría graves problemas con sus funciones corporales; o 3) Una parte u órgano de su cuerpo sufriría daños graves.
<b>Copago</b>	Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, normalmente al recibir el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.
<b>Copago dentro de la red</b>	Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por servicios de atención médica cubiertos a <a href="#">Proveedores</a> que tienen contrato con GlobalHealth. Los <a href="#">Copagos dentro de la red</a> son por lo general más baratos que los <a href="#">Copagos fuera de la red</a> . GlobalHealth no tiene un <a href="#">Costo compartido</a> diferente basado en la <a href="#">Red</a> . Usted solo tiene cobertura para los servicios ofrecidos en nuestra <a href="#">Red</a> , a excepción de la atención médica de urgencia o de emergencia.
<b>Copago fuera de la red</b>	Una cantidad fija (por ejemplo, \$30) que usted paga por servicios de atención médica cubiertos que recibe de <a href="#">Proveedores</a> que <i>no</i> tienen contrato con GlobalHealth. Los <a href="#">Copagos fuera de la red</a> son por lo general más caros que los <a href="#">Copagos dentro de la red</a> . GlobalHealth no tiene un <a href="#">costo compartido</a> diferente basado en la <a href="#">red</a> . Usted solo tiene cobertura para los servicios ofrecidos en nuestra <a href="#">Red</a> , a excepción de la atención médica de urgencia o de emergencia.
<b>Coseguro</b>	Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, calculada como un porcentaje (por ejemplo, 20%) de la <a href="#">Cantidad permitida</a> por el servicio. Por lo general, usted paga el <a href="#">Coseguro</a> más los <a href="#">Deducibles</a> que adeuda. (Por ejemplo, si la <a href="#">Cantidad permitida</a> de GlobalHealth para una visita al consultorio es de \$100 y usted ha cumplido con su <a href="#">Deducible</a> , su pago de <a href="#">Coseguro</a> del 20% sería de \$20). GlobalHealth pagará el resto de la <a href="#">Cantidad permitida</a> .
<b>Coseguro dentro de la red</b>	Su parte (por ejemplo, el 20%) de la <a href="#">Cantidad permitida</a> por servicios de atención médica cubiertos. Su parte es por lo general menor para los <a href="#">Servicios cubiertos Dentro de la red</a> . GlobalHealth no tiene un <a href="#">Costo compartido</a> diferente basado en la <a href="#">Red</a> . Usted solo tiene cobertura para los servicios ofrecidos en nuestra <a href="#">Red</a> , a excepción de la atención médica de urgencia o de emergencia.

Término	Definición
<b>Coseguro fuera de la red</b>	La parte (por ejemplo, 40%) de la <a href="#">Cantidad permitida</a> por servicios de atención médica cubiertos que usted paga a los <a href="#">Proveedores</a> que <i>no</i> tienen contrato con GlobalHealth. El <a href="#">Coseguro fuera de la red</a> es normalmente más caro que el <a href="#">Coseguro dentro de la red</a> . GlobalHealth no tiene un <a href="#">Costo compartido</a> diferente basado en la <a href="#">Red</a> . Usted solo tiene cobertura para los servicios ofrecidos en nuestra <a href="#">Red</a> , a excepción de la atención médica de urgencia o de emergencia.
<b>Costo compartido</b>	La parte del costo de los servicios, el tratamiento y los suministros que usted paga. Esto incluye <a href="#">Deducibles</a> , <a href="#">Copagos</a> y <a href="#">Coseguro</a> .
<b>Costos periódicos</b>	Los <a href="#">Costos periódicos</a> relacionados con un <a href="#">Ensayo clínico aprobado</a> que sean costos relacionados con la atención médica razonable y necesaria que generalmente se brinda sin un ensayo clínico, incluidos los costos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de complicaciones derivadas de la participación en el ensayo clínico. Los <a href="#">Costos rutinarios</a> no incluyen el costo de un medicamento o artículo de investigación, ni los costos de los artículos y servicios proporcionados únicamente para la recopilación y el análisis de los datos.
<b>Deducible</b>	La cantidad que usted podría deber durante un período de cobertura (generalmente un año) por los servicios de atención médica cubiertos antes de que GlobalHealth comience a pagar. Se aplica un <a href="#">Deducible</a> general a todos o casi todos los artículos y servicios cubiertos. Un <a href="#">Plan</a> con un <a href="#">Deducible</a> general puede también tener distintos <a href="#">Deducibles</a> que se apliquen a servicios específicos o grupos de servicios. Un <a href="#">Plan</a> puede tener solamente distintos <a href="#">Deducibles</a> . (Por ejemplo, si su <a href="#">Deducible</a> es de \$1,000, GlobalHealth no pagará nada hasta que haya pagado su <a href="#">Deducible</a> de \$1,000 por los servicios de atención médica cubiertos sujetos a <a href="#">Deducible</a> ). Es posible que el <a href="#">Deducible</a> no se aplique a todos los servicios. No todos los <a href="#">Planes</a> GlobalHealth tienen <a href="#">Deducible</a> .
<b>Dentro de la red</b>	Un <a href="#">Proveedor</a> o <a href="#">Centro</a> que tiene contrato con GlobalHealth para ofrecer servicios a una tarifa con descuento para los <a href="#">Miembros</a> . Los <a href="#">Proveedores de la red</a> vienen indicados en el <i>Directorio de proveedores</i> o en la Búsqueda de proveedores de nuestro sitio web. Consulte también <a href="#">Red</a> .
<b>Dependiente</b>	Todo cónyuge o hijo menor de 26 años (incluidos los hijastros, los hijos acogidos y los adoptivos a partir de la fecha en que se trasladaron al hogar familiar) del <a href="#">Suscriptor</a> . GlobalHealth cubre a los <a href="#">Dependientes</a> cuando cumplen con los requisitos de elegibilidad y de <a href="#">Prima</a> .
<b>Determinación adversa</b>	Cuando una admisión, disponibilidad de atención médica, estadía continua u otro servicio de atención médica, que son beneficios cubiertos, una vez revisados y fundamentados en la información proporcionada, se determina que no cumple con los requisitos del <a href="#">Plan</a> de necesidad médica, adecuación, entorno de atención médica, grado de atención o efectividad, y que por tanto los servicios solicitados o el pago de estos son denegados, reducidos o cancelados.

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Determinación de cobertura local ("LCD")</b>	Documento publicado por los Contratistas de Medicare que detalla las condiciones o códigos de diagnóstico que respaldan la necesidad médica de un servicio o procedimiento. Especifica en qué circunstancias clínicas un servicio se considera razonable y necesario.
<b>Determinación de cobertura nacional ("NCD")</b>	Desarrollado por CMS para describir las circunstancias en que Medicare cubrirá servicios, procedimientos o tecnologías específicos a nivel nacional. A menudo, las NCD se aclaran mediante la creación de una LCD (a nivel del contratista local).
<b>Enfermedad o condición potencialmente mortal</b>	Cualquier enfermedad o condición susceptible de causar la muerte del paciente a menos que se interrumpa la evolución de dicha enfermedad o condición.
<b>Ensayo clínico aprobado</b>	Ensayo clínico patrocinado por una organización confiable y realizado de acuerdo con las regulaciones federales, incluidas las relacionadas con la protección de sujetos humanos. El ensayo debe tener un propósito terapéutico y no está diseñado únicamente para identificar o evaluar la fisiopatología de la enfermedad.
<b>Equipo médico duradero ("DME")</b>	Equipos y suministros ordenados por un <a href="#">Proveedor</a> de atención médica para uso diario o prolongado. <a href="#">DME</a> puede incluir: Equipos de oxígeno, sillas de ruedas y muletas.
<b>Especialista</b>	Un <a href="#">Proveedor</a> que se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones médicas
<b>Estándar de valor mínimo</b>	Un estándar básico para medir el porcentaje de costos permitidos que cubre el <a href="#">Plan</a> . Si su empleador le ofrece un <a href="#">Plan</a> que pague al menos el 60% del total de los costos permitidos de beneficios, dicho <a href="#">Plan</a> ofrece un valor mínimo y es posible que usted no califique para recibir créditos fiscales para pagar la <a href="#">Prima</a> y reducciones de la <a href="#">Participación en el costo</a> para contratar un <a href="#">Plan</a> del <a href="#">Mercado</a> . Todos los <a href="#">Planes</a> de GlobalHealth cumplen con el <a href="#">Estándar de valor mínimo</a> .
<b>Esterilidad</b>	La incapacidad de concebir o de dar a luz a un recién nacido vivo después de un año o más de relaciones sexuales regulares sin utilizar métodos anticonceptivos y tener una condición constatada reconocida por un médico con licencia, que sea un <a href="#">Proveedor de la red</a> , como causa de la <a href="#">Infertilidad</a> .
<b>Evento habilitante</b>	Un cambio en su vida, como casarse, tener un bebé o perder su cobertura de salud, puede hacerle elegible para un <a href="#">Período especial de inscripción</a> , lo que le permite inscribirse en un <a href="#">Seguro médico</a> fuera del período anual de <a href="#">Inscripción abierta</a> .
<b>Experimental o de Investigación</b>	Los procedimientos y/o artículos que GlobalHealth determine que no están aprobados por la <a href="#">FDA</a> y/o no son generalmente aceptados por la comunidad médica.

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Facturación del saldo</b>	Cuando un <a href="#">Proveedor</a> le envía una factura por el saldo restante que su <a href="#">Plan</a> no cubre. Esta cantidad es la diferencia entre la cantidad real facturada y la <a href="#">Cantidad permitida</a> de GlobalHealth. Por ejemplo, si el cargo del <a href="#">Proveedor</a> es de \$200 y la <a href="#">Cantidad permitida</a> de GlobalHealth es de \$110, el <a href="#">Proveedor</a> puede facturarle los \$90 restantes. Esto ocurre con mayor frecuencia cuando se acude a un <a href="#">Proveedor fuera de la red</a> . Un <a href="#">Proveedor de la red</a> <i>no</i> le podrá facturar los <a href="#">Servicios cubiertos</a> .
<b>Formulario</b>	Lista de medicamentos que cubre su <a href="#">Plan</a> . Un <a href="#">Formulario</a> puede incluir la cantidad que le corresponde a usted pagar por cada medicamento. Su <a href="#">Plan</a> puede distribuir los medicamentos en diferentes niveles de <a href="#">Participación en el costo</a> o en <a href="#">Grados</a> . Por ejemplo, un <a href="#">Formulario</a> puede incluir <a href="#">Grados</a> de medicamentos genéricos y de medicamentos de marca y las distintas cantidades de <a href="#">Participación en el costo</a> que se aplican a cada <a href="#">Grado</a> . Su <i>Formulario de medicamentos</i> usa <a href="#">Grados</a> .
<b>Fraude</b>	El engaño intencional por parte de usted o de un <a href="#">Proveedor</a> proporcionando información falsa a GlobalHealth, o el uso indebido intencional de su tarjeta de identificación de <a href="#">Miembro</a> .
<b>Fuera de la red</b>	<a href="#">Proveedor</a> de atención médica que no tiene contrato con GlobalHealth para ofrecer servicios a los <a href="#">Miembros</a> .
<b>Gestión de casos</b>	El proceso para evaluar, planificar, implementar, coordinar, supervisar y contrastar opciones para satisfacer sus necesidades de atención médica en función de los beneficios y recursos necesarios para promover un resultado de calidad para usted.
<b>Grado</b>	Grupos de medicamentos que se distribuyen en niveles de descripción y precios. Los medicamentos se asignan a los distintos niveles según su uso, costo y efectividad clínica. Cuanto más alto sea el <a href="#">Grado</a> , más pagará usted con una mayor <a href="#">Participación en el costo</a> .
<b>Hospital</b>	<a href="#">Centro</a> dedicado principalmente y de forma continua a proporcionar y dirigir la atención médica y el tratamiento de las personas enfermas o lesionadas en régimen de <a href="#">Paciente ingresado</a> y que genera un costo. GlobalHealth tiene contratos con <a href="#">Hospitales</a> autorizados del estado de Oklahoma.
<b>Hospitalización</b>	Atención médica en un <a href="#">Hospital</a> que requiere el ingreso como <a href="#">Paciente ingresado</a> y que por lo general requiere una estadía de una noche. Algunos <a href="#">Planes</a> pueden considerar la estadía de una noche para observación como atención médica de <a href="#">Paciente ambulatorio</a> en lugar de atención médica de <a href="#">Paciente ingresado</a> .
<b>Inscripción</b>	El evento por el que una persona se convierte en <a href="#">Miembro</a> del <a href="#">Plan</a> . Un <a href="#">Miembro</a> está inscrito cuando GlobalHealth acepta el formulario de <a href="#">Inscripción</a> enviado por el <a href="#">Suscriptor</a> . GlobalHealth y el grupo del empleador deben acatar las condiciones del contrato y el grupo del empleador debe pagar las <a href="#">Primas</a> dentro del plazo.
<b>Inscripción abierta</b>	El período de tiempo determinado por GlobalHealth y el grupo del empleador del <a href="#">Suscriptor</a> durante el que todos los empleados elegibles y miembros de su familia elegibles pueden inscribirse en GlobalHealth.

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Límite de desembolso</b>	<p>La cantidad máxima que usted podría llegar a pagar durante un período de cobertura (normalmente un año); es su parte de los costos de los <a href="#">Servicios cubiertos</a>.</p> <p>Después de llegar a este límite, GlobalHealth comienza a pagar el 100% de la <a href="#">Cantidad permitida</a>. Este límite le ayuda a planificar sus costos de atención médica. Este límite nunca incluye el pago de la <a href="#">Prima</a>, los cargos de facturación de saldos o los costos de atención médica que su <a href="#">Plan</a> no cubre. Esto recibe el nombre de "desembolso máximo" o "<a href="#">MOOP</a>".</p>
<b>Límite máximo de desembolso</b>	<p>Cantidad anual que el gobierno federal establece como la cantidad máxima cuyo pago se puede exigir a cada persona o familia en concepto de <a href="#">Participación en el costo</a> durante el <a href="#">Año del plan</a> por servicios cubiertos <a href="#">Dentro de la red</a>. Se aplica a la mayor parte de los tipos de <a href="#">Planes</a> y seguros médicos. Esta cantidad puede ser mayor que los <a href="#">Límites de desembolso</a> establecidos en su <a href="#">Plan</a>. También se conoce como "<a href="#">MOOP</a>".</p>
<b>Medicamento necesario</b>	<p>Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección, lesión, enfermedad, o sus síntomas, incluida la habilitación, y que cumplan con los estándares aceptados de la medicina.</p>
<b>Medicamento especial</b>	<p>Un tipo de <a href="#">Medicamento recetado</a> que, en general, requiere un control especial o un monitoreo y evaluación constantes por parte de un profesional de la salud, o es relativamente difícil de dispensar. Por lo general, los <a href="#">Medicamentos especiales</a> son los medicamentos más costosos que hay en un <a href="#">Formulario</a>.</p>
<b>Medicamentos recetados</b>	<p>Medicamentos y fármacos que por ley requieren una receta.</p>
<b>Medicina preventiva (Servicio preventivo)</b>	<p>Atención médica periódica, que incluye <a href="#">Pruebas de detección</a>, chequeos y consejería a pacientes, para prevenir o detectar lesiones, afecciones, enfermedades u otros problemas de salud.</p>
<b>Médico de atención primaria ("PCP")</b>	<p>Un médico, incluyendo M.D. (médico) o D.O. (médico de medicina osteopática) que presta o coordina distintos servicios de atención médica para usted.</p>
<b>Mercado</b>	<p>El <a href="#">Mercado</a> de <a href="#">Seguros médicos</a> donde los individuos, las familias y las pequeñas empresas pueden conocer qué <a href="#">Planes</a> se ofrecen, comparar <a href="#">Planes</a> según los costos, beneficios y otras características importantes, solicitar y recibir ayuda financiera con <a href="#">Primas</a> y <a href="#">Costos compartidos</a> en función de los ingresos, elegir un <a href="#">Plan</a> e inscribirse en la cobertura. También conocido como "Intercambio". En algunos estados, el <a href="#">Mercado</a> lo gestiona el propio estado y en otros lo hace el gobierno federal. Asimismo, el <a href="#">Mercado</a> ayuda en algunos estados a los consumidores elegibles a inscribirse en otros programas, incluidos Medicaid y el Programa de <a href="#">Seguro médico</a> infantil ("<a href="#">CHIP</a>"). Disponible en línea, por teléfono y en persona.</p>
<b>Miembro</b>	<p>Cualquier <a href="#">Suscriptor</a> elegible o <a href="#">Dependiente</a> del <a href="#">Suscriptor</a>.</p>

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Miembro calificado</b>	Usted califica para participar en un <a href="#">Ensayo clínico aprobado</a> si (1) es elegible para participar en el ensayo de acuerdo con su protocolo; y (2) un <a href="#">Proveedor de la red</a> que le haya referido al ensayo concluye que su participación sería apropiada, o usted proporciona información médica y científica que establece que su participación es apropiada.
<b>Miembro de la familia inscrito</b>	Un miembro de la familia inscrito en GlobalHealth que cumple con todos los requisitos de elegibilidad del grupo del empleador del <a href="#">Suscriptor</a> y de GlobalHealth, y por el que GlobalHealth ha recibido <a href="#">Primas</a> . Un miembro elegible de la familia es un miembro de la familia que cumple con todos los requisitos de elegibilidad del grupo del empleador del <a href="#">Suscriptor</a> y de GlobalHealth.
<b>Organización de Revisión Independiente ("IRO")</b>	Una entidad que lleva a cabo <a href="#">Revisiones externas</a> de <a href="#">Determinaciones adversas</a> y <a href="#">Determinaciones adversas</a> finales.
<b>Ortesis y prótesis</b>	Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, así como piernas, brazos y ojos artificiales y prótesis mamarias externas después de una mastectomía. Estos servicios incluyen: Ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios causados por rotura, desgaste o cambio en el estado físico del paciente.
<b>Paciente ambulatorio</b>	Paciente al que se está diagnosticando y ofreciendo tratamiento y atención médica, pero que no ha sido ingresado ni se le ha asignado una cama en un <a href="#">Centro</a> de atención médica.
<b>Paciente ingresado</b>	Paciente que ingresa y se le asigna una cama en un <a href="#">Centro</a> de atención médica mientras se le diagnostica y recibe tratamiento y atención.
<b>Participación en el costo</b>	Su parte del costo por los servicios que cubre su <a href="#">Plan</a> y que debe pagar de su propio bolsillo (a veces llamados "costos de desembolso directo"). Algunos ejemplos de <a href="#">Costos compartidos</a> son los <a href="#">Copagos</a> , los <a href="#">Deducibles</a> y el <a href="#">Coseguro</a> . La <a href="#">Participación en el costo</a> de familia es la parte del costo de los <a href="#">Deducibles</a> , y los costos de desembolso personal que usted y su cónyuge y/o hijos deben pagar de su propio bolsillo. Otros costos, incluidas las <a href="#">Primas</a> , las penalidades que pueda tener que pagar o el costo de la atención médica que su <a href="#">Plan</a> no cubre no se consideran por lo general <a href="#">Participación en el costo</a> .
<b>Período de gracia</b>	El tiempo comprendido entre su último pago de la <a href="#">Prima</a> y cuando finaliza su cobertura por la falta de pago.
<b>Período especial de inscripción ("SEP")</b>	El período de tiempo, fuera de la <a href="#">Inscripción abierta</a> , en que una persona puede inscribirse en un <a href="#">Plan de</a> salud.
<b>Persona prudente</b>	Una persona sin capacitación médica que en base a su experiencia práctica toma una decisión razonable con respecto a determinar la necesidad de recibir <a href="#">Servicios de emergencia</a> . Una persona que, con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría razonablemente inferir que la falta de atención médica inmediata resultara en (a) poner la salud de la persona en grave peligro; (b) deterioro grave de las funciones corporales; o (c) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Plan</b>	Cobertura de salud que se le provee directamente a usted ( <a href="#">Plan</a> individual) o a través de un empleador, sindicato u otro patrocinador grupal ( <a href="#">Plan</a> grupal del empleador) que da cobertura para ciertos costos de atención médica. También llamado " <a href="#">Plan</a> de <a href="#">Seguro médico</a> ", "póliza", "póliza de <a href="#">Seguro médico</a> " o " <a href="#">Seguro médico</a> ".
<b>Preautorización ("PA")</b>	Decisión de GlobalHealth de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, <a href="#">Medicamento recetado</a> o <a href="#">Equipo médico duradero</a> (" <a href="#">DME</a> ") es <a href="#">Médicamente necesario</a> . A veces se llama autorización previa, aprobación previa o precertificación. GlobalHealth puede requerir la <a href="#">Autorización previa</a> para ciertos servicios antes de que los reciba, excepto en una emergencia. La <a href="#">Preautorización</a> no es garantía de que GlobalHealth cubra el costo.
<b>Prima</b>	La cantidad que se debe pagar por tener un <a href="#">Plan</a> de GlobalHealth. Por lo general, usted y/o su empleador lo pagan mensualmente, trimestralmente o anualmente.
<b>Profesional de la salud</b>	Profesional que ofrece servicios de atención médica. Los <a href="#">Profesionales de la salud</a> tienen licencia conforme a lo exigido legalmente.
<b>Proveedor</b>	Una persona o <a href="#">Centro</a> que ofrece servicios de atención médica. Ejemplos de <a href="#">Proveedor</a> : un médico, enfermera, quiropráctico, asociado médico, <a href="#">Hospital</a> , centro quirúrgico, <a href="#">Centro especializado de enfermería</a> y centro de rehabilitación. GlobalHealth puede exigir que el <a href="#">Proveedor</a> tenga licencia, certificación o acreditación según lo exija la ley estatal.
<b>Proveedor de atención primaria</b>	Un médico, incluyendo M.D. (médico) o D.O. (médico de medicina osteopática), enfermera practicante, especialista en enfermería clínica o asociado médico, según lo establecido por la ley estatal y las condiciones del <a href="#">Plan</a> , que le proporciona, coordina o ayuda a acceder a distintos servicios de atención médica.
<b>Proveedor de la red</b>	<a href="#">Proveedor</a> que tiene contrato con GlobalHealth en el que acepta prestar servicios a los <a href="#">Miembros</a> de un <a href="#">Plan</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">Proveedor</a> de la <a href="#">Red</a> .
<b>Proveedor de salud conductual ("BHP")</b>	Un especialista en salud de la conducta (psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico, terapeuta matrimonial y familiar, profesional del comportamiento, <a href="#">Profesional de la salud</a> conductual y/o consejero de alcohol y drogas) que tiene licencia, está certificado o acreditado por la ley estatal.
<b>Proveedor fuera de la red</b>	<a href="#">Proveedor</a> que no tiene contrato con GlobalHealth para prestar servicios. GlobalHealth solo cubre los servicios <a href="#">Fuera de la red</a> en determinadas situaciones.
<b>Proveedor preferido</b>	<a href="#">Proveedor</a> que tiene contrato con GlobalHealth para prestarle servicios con un descuento. GlobalHealth puede tener <a href="#">Proveedores preferidos</a> que son también <a href="#">Proveedores</a> "participantes". Los <a href="#">Proveedores</a> participantes también tienen contrato con GlobalHealth, pero es posible que el descuento no sea tan bueno y usted tenga que pagar más. Usted pagará el <a href="#">Costo compartido</a> que figura en su <i>Lista de beneficios</i> .

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Prueba de detección</b>	Un tipo de <a href="#">Medicina preventiva</a> que incluye pruebas o exámenes para detectar la presencia de algo, y que por lo general se realizan cuando no hay síntomas, signos o antecedentes médicos prevalentes de una enfermedad o condición médica.
<b>Prueba diagnóstica</b>	Pruebas para conocer cuál es su problema de salud. Por ejemplo, una radiografía puede ser una <a href="#">Prueba diagnóstica</a> para ver si tiene un hueso roto.
<b>Queja formal</b>	Una queja que usted comunica por escrito a GlobalHealth.
<b>Reclamo</b>	Una solicitud de un beneficio (incluido el reembolso de un gasto de atención médica) realizado por usted o su <a href="#">Proveedor</a> de atención médica a GlobalHealth por artículos o servicios que usted considere cubiertos.
<b>Red</b>	Los <a href="#">Centros</a> , <a href="#">Proveedores</a> y distribuidores que tienen contrato firmado con GlobalHealth para prestar servicios de atención médica. Estos <a href="#">Centros</a> y <a href="#">Proveedores</a> también se conocen como " <a href="#">Dentro de la red</a> ".
<b>Referencia</b>	Orden escrita por su <a href="#">Proveedor de atención primaria</a> para que acuda a un <a href="#">Especialista</a> o reciba determinados servicios de atención médica. En muchas organizaciones para el mantenimiento de la salud ("HMO"), usted debe obtener una <a href="#">Referencia</a> para poder recibir servicios de atención médica de cualquier profesional excepto su <a href="#">Proveedor de atención primaria</a> . Si no obtiene primero una <a href="#">Referencia</a> , GlobalHealth no puede pagar los servicios. GlobalHealth permite un acceso limitado a los servicios además de su <a href="#">PCP</a> sin una <a href="#">Referencia</a> .
<b>Requisito de responsabilidad individual</b>	A veces se denomina "mandato individual", es decir, la obligación de estar inscrito en una cobertura médica que ofrece la <a href="#">Cobertura esencial mínima</a> . Si usted no tiene <a href="#">Cobertura esencial mínima</a> , es posible que tenga que pagar una sanción cuando presente su declaración de impuestos federales a menos que califique para una exención de cobertura médica.
<b>Revisión externa</b>	Un proceso de <a href="#">Apelación</a> por el que un revisor externo independiente revisa un <a href="#">Reclamo</a> que se le haya denegado a usted.
<b>Seguro médico</b>	Un contrato que requiere que GlobalHealth pague algunos o todos sus costos de atención médica a cambio de una <a href="#">Prima</a> . Un contrato de <a href="#">Seguro médico</a> también puede denominarse "póliza" o " <a href="#">Plan</a> ".
<b>Servicios a enfermos terminales</b>	Servicios para proporcionar confort y asistencia a las personas que se encuentran en las últimas fases de una enfermedad terminal y a sus familias.
<b>Servicios cubiertos</b>	Servicios o suministros <a href="#">Médicamente necesarios</a> proporcionados de acuerdo con las condiciones de este <i>Manual del miembro</i> , su <i>Formulario de medicamentos</i> y su <i>Directorio de proveedores</i> .
<b>Servicios de habilitación</b>	Servicios de atención médica que ayudan a una persona a conservar, aprender o mejorar las habilidades y las funciones necesarias para la vida diaria. Por ejemplo, terapia para un niño que no camina o no habla a la edad prevista. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades, y se ofrecen en distintos entornos para <a href="#">Pacientes ingresados</a> y/o <a href="#">Pacientes ambulatorios</a> .

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Servicios de hospital</b>	Servicios <a href="#">Médicamente necesarios</a> ofrecidos por un <a href="#">Hospital</a> . Los servicios se pueden ofrecer a <a href="#">Pacientes ambulatorios</a> o a <a href="#">Pacientes ingresados</a> . Estos servicios son prescritos, dirigidos o autorizados por su <a href="#">PCP</a> .
<b>Servicios de rehabilitación</b>	Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento corporal para la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla-lenguaje y <a href="#">Servicios de rehabilitación</a> psiquiátrica en distintos entornos para <a href="#">Pacientes ingresados</a> y/o <a href="#">Pacientes ambulatorios</a> .
<b>Servicios del médico</b>	Servicios de atención médica que ofrece o coordina un médico con licencia, que incluye un M.D.(médico) o D.O. (médico de medicina osteopática).
<b>Servicios especializados de rehabilitación</b>	Servicios prestados a domicilio por terapeutas con licencia (por ejemplo, fisioterapia, terapia ocupacional o del habla).
<b>Servicios Excluidos</b>	Servicios de atención médica que su <a href="#">Plan</a> no paga ni cubre.
<b>Servicios médicos</b>	Los servicios profesionales <a href="#">Médicamente necesarios</a> ofrecidos por un médico, cirujano o personal paramédico. Los <a href="#">Servicios médicos</a> deben ser dirigidos por su <a href="#">PCP</a> o médico especialista y autorizados por su <a href="#">PCP</a> a menos que se especifique lo contrario.
<b>Suscriptor</b>	Una persona que cumple con los requisitos de elegibilidad del contrato según las reglas de empleo o asociación del grupo, y por quien GlobalHealth ha recibido la <a href="#">Prima</a> del <a href="#">Plan</a> de salud adecuado. Por lo general, el <a href="#">Suscriptor</a> es el empleado.
<b>Transporte médico de emergencia</b>	Servicios de ambulancia por una <a href="#">Condición médica de emergencia</a> . Los tipos de <a href="#">Transporte médico de emergencia</a> pueden incluir el transporte por aire, tierra o mar. Es posible que su <a href="#">Plan</a> no cubra todos los tipos de <a href="#">Transporte médico de emergencia</a> o que pague menos por determinados tipos.
<b>Tratamiento</b>	Sesiones de tratamiento (se reciben durante un período de tiempo o número de tratamientos) en un programa estructurado. Puede incluir múltiples <a href="#">Proveedores</a> y <a href="#">Centros</a> . Deberá ser un participante activo del equipo de planificación.
<b>Usual y acostumbrado</b>	La cantidad pagada por un <a href="#">Servicio médico</a> en un área geográfica establecida según lo que habitualmente cobran los <a href="#">Proveedores</a> de dicha área por el mismo <a href="#">Servicio médico</a> o similar. A veces se emplea la cantidad usual, acostumbrada y razonable ("UCR") para determinar la <a href="#">Cantidad permitida</a> .
<b>Visión parcial</b>	La <a href="#">Visión parcial</a> es una pérdida significativa de la vista, pero no una ceguera total. Los oftalmólogos y optometristas especializados en la atención médica de la <a href="#">Visión parcial</a> pueden evaluar y recetar dispositivos ópticos y proporcionar entrenamiento e instrucciones para maximizar la visión útil que le quede al paciente.

Idioma	Traducción
<b>Español</b>	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-280-5600 (TTY: 711).
<b>Vietnamita</b>	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-280-5600 (TTY: 711).
<b>Chino</b>	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-280-5600 (TTY: 711)。
<b>Coreano</b>	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-280-5600 OR (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
<b>Alemán</b>	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-280-5600 (TTY: 711).
<b>Árabe</b>	اتصل. إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان: ملحوظة 1-4692-082-778 (هاتف الصم والبكم برقم 117)
<b>Birmanio</b>	သတိပြုရန် - အကယုၣ် သဠုဉ် ဝုမန္တဝကး ကို ဝေုဟပါက၊ ဘာသာဝကး အကူအညီ၊ အဝဲ၊ သဒ္ဒါအတြက စီစဉ္ဇေဆငြကပေးပါမည။ ဖုန်းနံပါတ် 1-877-280-5600 (TTY: 711) သို့မူ ဝေဒုဆိုပါ။
<b>Hmong</b>	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-877-280-5600 (TTY: 711).
<b>Tagalo</b>	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-280-5600 (TTY: 711).
<b>Francés</b>	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-280-5600 (ATS: 711).
<b>Laosiano</b>	ໂບດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-877-280-5600 (TTY: 711).
<b>Tailandés</b>	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-280-5600 (TTY: 711).
<b>Urdu</b>	1-877-280-5600 (TTY: 711) کریں کال - ہیں دستیاب میں مفت خدمات کی مدد کی زبان کو آپ تو ہیں، بولتے اردو آپ اگر: خبردار
<b>Cherokee</b>	Hagsesda: iyuhno hyiwoniha [tsalagi gawonihisdi]. Call 1-877-280-5600 (TTY: 711).
<b>Persa</b>	اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما <b>توجه</b> با تماس بگیرد. فراهم می باشد 1-877-280-5600 (TTY: 711)



PO Box 2393

Oklahoma City, OK 73101-2393

(405) 280-5600 (local) - 1-877-280-5600 (llamada gratuita)

711 (TTY)

[www.GlobalHealth.com/state](http://www.GlobalHealth.com/state)