



Plan de Seguro por Lesión y Enfermedad para Estudiantes 2016-2017

Diseñado Especialmente para los Estudiantes del País de



Índice

Política de Privacidad.....	1
Elegibilidad	1
Fechas de Vigencia y Cancelación	1
Extensión de Beneficios después de la Cancelación	2
Notificación Previa a la Admisión.....	2
Información sobre Proveedores Preferidos	2
Plan de Beneficios de Gastos Médicos	3
Beneficios por Gastos Médicos: Lesión y Enfermedad	7
Beneficios Obligatorios	14
Disposición de Coordinación de Beneficios.....	21
Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidental	21
Privilegio de Continuación.....	22
Definiciones.....	22
Exclusiones y Limitaciones	26
UnitedHealthcare Global: Servicios de Emergencia Globales.....	28
Acceso en Línea a Información de la Cuenta	30
Tarjetas de Identificación	30
Aplicación para Teléfonos Móviles de UHCSR.....	30
UnitedHealth Allies	30
Procedimientos de Reclamo por Beneficios por Lesión y Enfermedad.....	30
Beneficios por Servicios Pediátricos Dentales.....	31
Beneficios por Servicios Pediátricos de Cuidado de la Vista	38
Aviso de Derechos de Apelación	43

Política de Privacidad

Sabemos que su privacidad es importante para usted y hacemos todos los esfuerzos posibles para proteger la confidencialidad de su información personal no pública. No divulgamos información personal que no sea pública sobre nuestros clientes o exclientes a ninguna persona, excepto según lo exigido o permitido por la ley. Creemos que mantenemos las garantías físicas, electrónicas y de procedimientos adecuadas para garantizar la seguridad de su información personal no pública. Para obtener una copia de nuestras prácticas de privacidad, llámenos al número gratuito 1-800-767-0700 o visítenos en www.uhcsr.com/chapman.

Elegibilidad

Todos los estudiantes de pregrado del país que asistan a un mínimo de 6 horas de crédito y los estudiantes de posgrado del país que asistan a un mínimo de 6 horas de crédito son elegibles para inscribirse en este Plan de seguro. Los estudiantes de programas de Ciencias de la Salud (Fisioterapia, Farmacia y Asistente Médico) son inscritos automáticamente en este Plan de seguro en el momento de la matrícula y la prima por la cobertura se agrega a su cuenta de estudiante, a menos que presenten un comprobante de cobertura comparable.

Los estudiantes deben asistir a clases activamente durante al menos los primeros 31 días luego de la fecha de contratación de la cobertura. Los cursos de estudio en el hogar, por correspondencia y en línea no cumplen los requisitos de Elegibilidad que indican que el estudiante asiste activamente a clases. La Compañía se reserva el derecho de investigar la Elegibilidad o el estado del estudiante y los registros de asistencia para verificar que se hayan cumplido los requisitos de Elegibilidad de la póliza. Si la Compañía descubre que no se han cumplido los requisitos de Elegibilidad, su única obligación es reembolsar la prima.

Los estudiantes elegibles que se inscriban también pueden asegurar a sus Dependientes. Los Dependientes Elegibles son el cónyuge legal o la Pareja de Unión Libre del estudiante y los hijos dependientes menores de 26 años de edad. Para ver los requisitos específicos necesarios para cumplir con la elegibilidad de Pareja de Unión Libre, consulte la sección Definiciones del Folleto.

La Elegibilidad de los Dependientes vence simultáneamente con la del estudiante Asegurado.

Fechas de Vigencia y Cancelación

La Póliza Maestra que se encuentra en los expedientes de la escuela entra en vigencia a las 12:01 a.m., agosto 25, 2016. La cobertura entra en vigencia el primer día del período por el que se paga la prima o el día en que la Compañía (o su representante autorizado) reciba el formulario de inscripción y la prima completa, lo que ocurra después. La Póliza Maestra se cancela a las 11:59 p.m., agosto 24, 2017. La cobertura se cancela en la misma fecha o al final del período por el que se paga la prima, lo que ocurra primero. La cobertura de los Dependientes no entrará en vigencia antes que la del estudiante Asegurado ni se extenderá más allá de la del estudiante Asegurado.

Si el pago de las primas se realiza por semestre, la cobertura vence según se indica a continuación:

Estudiantes Regulares

Otoño	De 8/25/2016 a 1/29/2017	Otoño	De 8/25/2016 a 1/8/2017
Primavera/Verano	De 1/30/2017 a 8/24/2017	Primavera/Verano	De 1/9/2017 a 8/24/2017

Estudiantes de Derecho

Estudiantes de Programas de Ciencias de la Salud (Fisioterapia, Farmacia y Asistente Médico)

Otoño	De 8/25/2016 a 1/2/2017
Primavera	De 1/3/2017 a 4/14/2017
Verano	De 4/15/2017 a 8/24/2017

Usted debe cumplir los requisitos de Elegibilidad cada vez que pague una prima para continuar con la cobertura del seguro. Para evitar que la cobertura caduque, se debe recibir su prima dentro de los 14 días después de la fecha de vencimiento de la cobertura. Es responsabilidad del estudiante realizar los pagos de las primas de manera oportuna para evitar la caducidad de la cobertura.

Los reembolsos de las primas sólo se permiten al ingresar a las fuerzas armadas.

La Póliza es una Póliza No Renovable de Un Año.

Extensión de Beneficios después de la Cancelación

La cobertura que proporciona la Póliza termina en la Fecha de Cancelación. Sin embargo, si una Persona Asegurada está Hospitalizada en la Fecha de Cancelación como consecuencia de una Lesión o Enfermedad cubierta por la que se pagaron beneficios antes de la Fecha de Cancelación, los Gastos Médicos Cubiertos por dicha Lesión o Enfermedad continuarán pagándose mientras continúe esta condición, pero sin exceder los 90 días después de la Fecha de Cancelación.

Los pagos totales hechos con respecto a la Persona Asegurada por dicha condición, tanto antes como después de la Fecha de Cancelación, nunca excederán el Beneficio Máximo.

Después de que esta disposición de "Extensión de Beneficios" se haya agotado, todos los beneficios dejarán de existir y en ninguna circunstancia se realizarán más pagos.

Notificación Previa a la Admisión

Se debe notificar a UnitedHealthcare de todas las Hospitalizaciones antes de la admisión.

1. **NOTIFICACIÓN PREVIA DE HOSPITALIZACIONES MÉDICAS QUE NO SEAN DE EMERGENCIA:** El paciente, el Médico o el Hospital debe llamar al 1-877-295-0720 al menos cinco días hábiles antes de la admisión planificada.
2. **NOTIFICACIÓN DE ADMISIONES DE EMERGENCIA MÉDICA:** El paciente, el representante del paciente, el Médico o el Hospital debe llamar al 1-877-295-0720 en un plazo de dos días hábiles a partir de la fecha de admisión para informar de cualquier admisión a causa de una Emergencia Médica.

UnitedHealthcare recibe las llamadas de Notificación Previa a la Admisión, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., Hora de la Zona Central. Después del horario de atención, se pueden dejar llamadas en el buzón de voz del Departamento de Servicio al Cliente, en el teléfono 1-877-295-0720.

IMPORTANTE: No seguir los procedimientos de notificación no afectará los beneficios que de otra forma sean pagaderos por la póliza; no obstante, la notificación previa no es una garantía de que los beneficios se pagarán.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES SE PUEDE OBTENER ATENCIÓN DE LA SALUD.

Información sobre Proveedores Preferidos

"**Proveedores Preferidos**" son los Médicos, Hospitales y otros proveedores de atención de la salud que tienen contrato para proporcionar atención médica específica a precios negociados. Los Proveedores Preferidos en el área local de la escuela son proveedores de:

UnitedHealthcare Options PPO.

La disponibilidad de proveedores específicos está sujeta a cambios sin previo aviso. Las Personas Aseguradas siempre deben confirmar si un Proveedor Preferido está participando en el momento en que se requieren los servicios llamando a la Compañía al 1-800-767-0700 y/o preguntándole al proveedor cuando programen una cita para obtener servicios.

"**Asignación Preferida**" significa la cantidad que un Proveedor Preferido aceptará como pago total por los Gastos Médicos Cubiertos.

Los proveedores "**Fuera de la Red**" no han negociado previamente listas de cuotas. Las Personas Aseguradas pueden incurrir en gastos de desembolso personal importantes con estos proveedores. Los cargos que excedan el pago del seguro son responsabilidad de la Persona Asegurada.

Independientemente del proveedor, cada Persona Asegurada es responsable del pago de su Deducible. El Deducible se debe cumplir antes de que se paguen los beneficios. La Compañía pagará de acuerdo con los límites de beneficios que se indican en el Plan de Beneficios.

Gastos de Pacientes Hospitalizados

PROVEEDORES PREFERIDOS: Los gastos elegibles de Pacientes Hospitalizados en un Proveedor Preferido se pagarán a los porcentajes de Coaseguro especificados en el Plan de Beneficios, hasta los límites que se indican en dicho Plan. Los Hospitales Preferidos incluyen los establecimientos de United Behavioral Health (UBH) de UnitedHealthcare Options PPO. Llame al 1-800-767-0700 para obtener información sobre los Hospitales Preferidos.

PROVEEDORES FUERA DE LA RED: Si la atención para Pacientes Hospitalizados no se proporciona en un Proveedor Preferido, los gastos elegibles de Pacientes Hospitalizados se pagarán de acuerdo con los límites de beneficios del Plan de Beneficios.

Gastos Hospitalarios de Pacientes Ambulatorios

Los Proveedores Preferidos pueden hacer descuentos en las facturas de gastos Hospitalarios de Pacientes Ambulatorios. Los beneficios se pagan de acuerdo con el Plan de Beneficios. Las Personas Aseguradas son responsables de cualquier cantidad que exceda los beneficios descritos en el Plan, hasta la Asignación Preferida.

Gastos Profesionales y Otros

Los beneficios por los Gastos Médicos Cubiertos proporcionados por UnitedHealthcare Options PPO se pagarán a los porcentajes de Coaseguro especificados en el Plan de Beneficios o hasta los límites especificados en dicho Plan de Beneficios. A todos los demás proveedores se les pagará de acuerdo con los límites de beneficios que se indican en el Plan de Beneficios.

EMERGENCIA MÉDICA

A efectos de la cobertura PPO, Emergencia Médica incluye Trabajo de Parto Activo. Trabajo de Parto Activo se refiere al trabajo de parto en un momento en que puede ocurrir lo siguiente:

1. No hay tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro hospital antes del parto.
2. Un traslado puede representar una amenaza para la salud y la seguridad de la Persona Asegurada o del bebé por nacer.

Plan de Beneficios de Gastos Médicos

NIVEL METÁLICO: ORO CON VALOR ACTUARIAL DEL 81.768 %

Beneficios por Lesión y Enfermedad

Ningún Límite de Dinero Máximo General (por Persona Asegurada, por Año de Póliza)

Deducible	\$450 (por Persona Asegurada, por Año de Póliza)
Coaseguro por Proveedores Preferidos	90%, excepto según se indica a continuación
Coaseguro Fuera de la Red	70%, excepto según se indica a continuación
Gasto Máximo de Desembolso Personal	\$3,250 (por Persona Asegurada, por Año de Póliza)
Gasto Máximo de Desembolso Personal	\$6,500 (por todas las Personas Aseguradas de una Familia, por Año de Póliza)

El Proveedor Preferido para este plan es UnitedHealthcare Options PPO.

Si un Proveedor Preferido proporciona atención, cualquier Gasto Médico Cubierto se pagará al nivel de beneficios del Proveedor Preferido. Si el Gasto Médico Cubierto se incurre en Servicios de Emergencia debido a una Emergencia Médica, se pagarán beneficios al nivel de beneficios del Proveedor Preferido. En todas las demás situaciones, se proporcionarán beneficios reducidos o menores cuando se use un proveedor Fuera de la Red.

La Póliza proporciona beneficios por los Gastos Médicos Cubiertos en los que incurre una Persona Asegurada por pérdidas debido a una Lesión o Enfermedad.

Gasto Máximo de Desembolso Personal: Después de alcanzar el Gasto Máximo de Desembolso Personal, los Gastos Médicos Cubiertos se pagarán al 100% durante el resto del Año de la Póliza, sujetos a cualquier beneficio máximo o límite que corresponda. Los Coaseguros, Copagos, Deducibles o deducibles por servicio/por visita Fuera de la Red que correspondan se aplicarán al Máximo Fuera de la Red. Los servicios que no sean Gastos Médicos Cubiertos y la cantidad en que se reduzcan los beneficios por no cumplir con las disposiciones o los requisitos de la póliza no se

cuentan para alcanzar el Gasto Máximo Desembolso Personal. **Aunque haya alcanzado el Gasto Máximo de Desembolso Personal, la Persona Asegurada seguirá siendo responsable de pagar los Deducibles por servicio/por visita Fuera de la Red.**

Beneficios del Centro de Salud Estudiantil: Se anulará el Deducible y se pagarán beneficios al 100% por los Gastos Médicos Cubiertos incurridos cuando el tratamiento se brinde en el Centro de Salud Estudiantil.

Los beneficios se calculan sobre la base de un Año de la Póliza a menos que se indique específicamente lo contrario. Cuando se apliquen límites de beneficios, los beneficios se pagarán hasta el beneficio máximo por cada servicio como se detalla a continuación. Todos los máximos de los beneficios corresponden a Proveedores Preferidos y Proveedores Fuera de la Red combinados, a menos que se indique específicamente lo contrario. Para ver una descripción de los Gastos Médicos Cubiertos para los que hay beneficios disponibles, consulte la sección Beneficios por Gastos Médicos: Lesión y Enfermedad. Los Gastos Médicos Cubiertos incluyen:

Pacientes Hospitalizados	Proveedor Preferido	Proveedor Fuera de la Red
Gastos de Habitación y Comida	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Cuidado Intensivo	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Gastos Hospitalarios Varios	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Atención de Rutina para Recién Nacidos	Se paga como cualquier otra Enfermedad	Se paga como cualquier otra Enfermedad
Cirugía Si dos o más procedimientos se realizan a través de la misma incisión o en sucesión inmediata en la misma sesión operatoria, la cantidad máxima pagada no excederá el 50% del segundo procedimiento y el 50% de todos los procedimientos posteriores.	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Honorarios del Cirujano Asistente	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Servicios de Anestesiista	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Servicios de Enfermería de Práctica Privada	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Visitas del Médico El Copago/Deducible por visita es en lugar del Deducible de la Póliza	90% de la Asignación Preferida Copago de \$10 por visita	70% de los Cargos Usuales y Habituales Deducible de \$10 por visita
Exámenes Previos a la Admisión Pagaderos dentro de los 7 días hábiles antes de la admisión.	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales

Pacientes Ambulatorios	Proveedor Preferido	Fuera de la Red
Cirugía Si dos o más procedimientos se realizan a través de la misma incisión o en sucesión inmediata en la misma sesión operatoria, la cantidad máxima pagada no excederá el 50% del segundo procedimiento y el 50% de todos los procedimientos posteriores.	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales

Pacientes Ambulatorios	Proveedor Preferido	Fuera de la Red
Gastos Varios por Cirugía Ambulatoria Los Cargos Usuales y Habituales por Gastos Varios de Cirugía Ambulatoria se basan en el Índice de Cargos del Establecimiento Quirúrgico para Pacientes Ambulatorios.	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Honorarios del Cirujano Asistente	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Servicios de Anestesiista	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Visitas del Médico El Copago/Deducible por visita es en lugar del Deducible de la Póliza	90% de la Asignación Preferida Copago de \$10 por visita	70% de los Cargos Usuales y Habituales Deducible de \$10 por visita
Fisioterapia Se revisará la Necesidad por Razones Médicas después de las 12 visitas por Lesión o Enfermedad	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Gastos por Emergencias Médicas	90% de la Asignación Preferida	90% de los Cargos Usuales y Habituales (El gasto de la Persona Asegurada no excederá la cantidad pagadera por Gastos de Emergencia Médica en Proveedores Preferidos)
Servicios de Rayos X de Diagnóstico	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Terapia de Radiación	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Procedimientos de Laboratorio	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Exámenes y Procedimientos	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Inyecciones	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Quimioterapia	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Medicamentos de Venta con Receta	50% de los Cargos Usuales y Habituales	50% de los Cargos Usuales y Habituales

Otros	Proveedor Preferido	Fuera de la Red
Servicios de Ambulancia	90% de la Asignación Preferida	90% de los Cargos Usuales y Habituales
Equipo Médico Duradero Consulte también Beneficios por Dispositivos de Prótesis para Hablar Después de una Laringectomía en la sección Beneficios Obligatorios de la póliza.	90% de la Asignación Preferida	90% de los Cargos Usuales y Habituales
Honorarios del Médico Asesor	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Tratamiento Dental Máximo de \$100 por diente/máximo de \$500 por Año de Póliza. Los beneficios sólo se pagan por Lesiones en Dientes Naturales.	90% de la Asignación Preferida	90% de los Cargos Usuales y Habituales

Otros	Proveedor Preferido	Fuera de la Red
Tratamiento de Enfermedades Mentales Consulte también Beneficios por Enfermedad Mentales Graves y Trastornos Emocionales Graves en la sección Beneficios Obligatorios de la póliza.	Se paga como cualquier otra Enfermedad	Se paga como cualquier otra Enfermedad
Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias	Se paga como cualquier otra Enfermedad	Se paga como cualquier otra Enfermedad
Maternidad	Se paga como cualquier otra Enfermedad	Se paga como cualquier otra Enfermedad
Aborto Provocado	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Complicaciones del Embarazo	Se paga como cualquier otra Enfermedad	Se paga como cualquier otra Enfermedad
Servicios de Atención Preventiva No se aplicará ningún Deducible, Copago o Coaseguro cuando los servicios se reciban de un Proveedor Preferido. Visite https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/ para ver una lista completa de los servicios contemplados para grupos específicos de edad y riesgo.	100% de la Asignación Preferida	Sin Beneficios
Cirugía Reconstructiva de Seno después de una Mastectomía	Se paga como cualquier otra Enfermedad	Se paga como cualquier otra Enfermedad
Servicios para la Diabetes Consulte Beneficios por Diabetes en la sección Beneficios Obligatorios de la póliza.	Se paga como cualquier otra Enfermedad	Se paga como cualquier otra Enfermedad
Atención de Salud en el Hogar	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Cuidados Paliativos	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Centro de Enfermería Especializada	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Centro de Atención de Urgencia	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Clínica o Centro para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Estudios Clínicos Aprobados Consulte también Beneficios por Estudios Clínicos de Cáncer en la sección Beneficios Obligatorios de la póliza.	Se paga como cualquier otra Enfermedad	Se paga como cualquier otra Enfermedad
Servicios de Trasplante	Se paga como cualquier otra Enfermedad	Se paga como cualquier otra Enfermedad
Acupuntura	90% de la Asignación Preferida Copago de \$10 por visita	70% de los Cargos Usuales y Habituales Deducible de \$10 por visita
Alimentos Medicinales Consulte Beneficios por Fenilcetonuria en la sección Beneficios Obligatorios de la póliza.	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales
Suministros Urológicos y para Ostomía	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales

Otros	Proveedor Preferido	Fuera de la Red
Corrección de la Vista	90% de la Asignación Preferida	70% de los Cargos Usuales y Habituales

Beneficios por Gastos Médicos: Lesión y Enfermedad

Esta sección describe los Gastos Médicos Cubiertos para los que hay beneficios disponibles en el Plan de Beneficios.

Los beneficios son pagaderos por Gastos Médicos Cubiertos (consulte "Definiciones") menos cualquier Deducible incurrido por o para una Persona Asegurada por pérdida debido a Lesión o Enfermedad, sujetos a: a) la cantidad máxima por servicios específicos según lo estipulado en el Plan de Beneficios; y b) cualquier cantidad de Coaseguro, Copago o Deducible por servicio estipulada en el Plan de Beneficios o en cualquier disposición de beneficios de este documento. Lea la sección "Definiciones" y la sección "Exclusiones y Limitaciones" detenidamente.

No se pagarán beneficios por servicios designados como "Sin Beneficios" en el Plan de Beneficios, ni por ningún caso descrito en "Exclusiones y Limitaciones". Si se designa un beneficio, los Gastos Médicos Cubiertos incluirán:

Pacientes Hospitalizados

1. **Gastos de Habitación y Comida.**

Tarifa diaria por habitación semiprivada para Pacientes Hospitalizados y atención de enfermería general, incluida la enfermería especializada Médicamente Necesaria, proporcionada y cobrada por el Hospital.

2. **Cuidado Intensivo.**

Servicios de Cuidado Intensivo según lo específicamente estipulado en el Plan de Beneficios.

3. **Gastos Hospitalarios Varios.**

Cuando esté hospitalizado como Paciente Hospitalizado o como condición previa para ser hospitalizado como Paciente Hospitalizado. Para el cálculo de la cantidad de días pagaderos por este beneficio se considerará la fecha de admisión, pero no la fecha del alta.

Se pagarán beneficios por servicios y suministros como:

- El costo del quirófano.
- Pruebas de laboratorio.
- Estudios radiológicos.
- Anestesia.
- Medicamentos (sin incluir los medicamentos para llevar al hogar).
- Servicios terapéuticos.
- Suministros.

4. **Atención de Rutina para Recién Nacidos.**

- Mientras está Hospitalizado y atención rutinaria de enfermería proporcionada inmediatamente después del nacimiento.

Se pagarán beneficios por una hospitalización como paciente hospitalizado de al menos:

- 48 horas después de un parto vaginal.
- 96 horas después de un parto por cesárea.
- Si la madre está de acuerdo, el Médico tratante puede dar de alta al recién nacido antes de estos plazos mínimos. Si se da de alta antes, se proporcionarán beneficios por una visita de seguimiento posterior al alta en un plazo de 48 horas después del alta, cuando lo indique el Médico tratante.
- Atención para el Recién Nacido brindada hasta 31 días después del nacimiento según lo especificado en la definición de Recién Nacido.

5. **Cirugía (Paciente Hospitalizado).**

Los honorarios del Médico por una cirugía como Paciente Hospitalizado.

6. **Honorarios del Cirujano Asistente.**

Los honorarios del Cirujano Asistente en relación con una cirugía como Paciente Hospitalizado.

7. **Servicios de Anestesiista.**
Servicios profesionales administrados en relación con una cirugía como Paciente Hospitalizado.
8. **Servicios de Enfermería de Práctica Privada.**
Los servicios de Enfermera Registrada son todos los siguientes:
- Atención de enfermería privada solamente.
 - Recibidos durante una hospitalización como Paciente Hospitalizado.
 - Indicados por un Médico con licencia.
 - Una Necesidad por Razones Médicas.
- La atención de enfermería general proporcionada por el Hospital, Centro de Enfermería Especializada o Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados está cubierta por el beneficio de Gastos de Habitación y Comida.
9. **Visitas del Médico (Paciente Hospitalizado).**
Servicios Médicos no quirúrgicos durante una hospitalización como Paciente Hospitalizado. Los beneficios no se aplican cuando los gastos están relacionados con la cirugía.
10. **Exámenes Previos a la Admisión.**
Los beneficios se limitan a exámenes rutinarios, como:
- Hemograma completo.
 - Análisis de orina.
 - Radiografías de tórax.
- Si son pagaderos de alguna manera por la póliza, los procedimientos de diagnóstico mayores como los que se indican a continuación se pagarán según el beneficio "Gastos Hospitalarios Varios":
- Tomografías computarizadas (*CT Scan*).
 - Resonancias Magnéticas Nucleares.
 - Análisis bioquímicos de sangre.

Pacientes Ambulatorios

11. **Cirugía (Paciente Ambulatorio).**
Los honorarios del médico por una cirugía como paciente ambulatorio.
12. **Gastos Varios por Cirugía Ambulatoria (Paciente Ambulatorio).**
El cargo del establecimiento y el cargo por los servicios y suministros en relación con una cirugía como paciente ambulatorio, sin incluir las cirugías no programadas; y las cirugías realizadas en la sala de emergencias de un Hospital, en un centro de traumatología, consultorio Médico o clínica.
13. **Honorarios del Cirujano Asistente (Paciente Ambulatorio).**
Los honorarios del Cirujano Asistente en relación con una cirugía como paciente ambulatorio.
14. **Servicios de Anestesiista (Paciente Ambulatorio).**
Servicios profesionales administrados en relación con una cirugía como paciente ambulatorio.
15. **Visitas del Médico (Paciente Ambulatorio).**
Servicios prestados en el consultorio de un Médico para el diagnóstico y tratamiento de una Enfermedad o Lesión. Los beneficios no se aplican cuando los gastos estén relacionados con una cirugía o Fisioterapia.
- Las Visitas del Médico por atención preventiva se proporcionan según lo especificado en Servicios de Atención Preventiva.
16. **Fisioterapia (Paciente Ambulatorio).**
Incluye, pero no se limita a, los siguientes servicios de rehabilitación (incluidos los Servicios Habilitativos):
- Fisioterapia.
 - Terapia ocupacional.
 - Terapia de rehabilitación cardíaca.
 - Tratamiento manipulativo.

- Terapia del habla. Excepto lo dispuesto para Servicios Rehabilitativos, la terapia del habla se pagará únicamente para el tratamiento de trastornos del habla, el lenguaje, la voz, la comunicación y el procesamiento auditivo cuando el trastorno sea consecuencia de una Lesión, traumatismo, derrame cerebral, cirugía, cáncer o nódulos vocales.

17. **Gastos por Emergencia Médica (Paciente Ambulatorio).**

Solamente en relación con una Emergencia Médica según la definición. Se pagarán beneficios conforme al cargo del establecimiento por el uso de la sala de emergencias y suministros.

Todos los demás Servicios de Emergencia prestados durante la visita se pagarán según lo especificado en el Plan de Beneficios.

18. **Servicios de Rayos X de Diagnóstico (Paciente Ambulatorio).**

Los rayos X de diagnóstico incluyen sólo los procedimientos identificados en la Terminología de Procedimientos Actuales (Current Procedural Terminology, CPT) del Médico en los códigos 70000 a 79999 inclusive. Los servicios de rayos X por atención preventiva se proporcionan según lo especificado en Servicios de Atención Preventiva.

19. **Terapia de Radiación (Paciente Ambulatorio).**

Consulte el Plan de Beneficios.

20. **Procedimientos de Laboratorio (Paciente Ambulatorio).**

Los Procedimientos de Laboratorio incluyen sólo los procedimientos identificados en la Terminología de Procedimientos Actuales (CPT) del Médico en los códigos 80000 a 89999 inclusive. Los procedimientos de laboratorio por atención preventiva se proporcionan según lo especificado en Servicios de Atención Preventiva.

21. **Exámenes y Procedimientos (Paciente Ambulatorio).**

Los Exámenes y Procedimientos son aquellos servicios de diagnóstico y procedimientos médicos realizados por un Médico, pero no incluyen:

- Visitas del Médico.
- Fisioterapia.
- Rayos X.
- Procedimientos de Laboratorio.

Las siguientes terapias se pagarán según el beneficio de Exámenes y Procedimientos (Paciente Ambulatorio):

- Terapia de inhalación.
- Terapia de infusión.
- Terapia pulmonar.
- Terapia respiratoria.

Los Exámenes y Procedimientos por atención preventiva se proporcionan según lo especificado en Servicios de Atención Preventiva.

22. **Inyecciones (Paciente Ambulatorio).**

Cuando se administran en el consultorio del Médico, y cuyos cargos figuran en el informe del Médico. Las vacunas por atención preventiva se proporcionan según lo especificado en Servicios de Atención Preventiva.

23. **Quimioterapia (Paciente Ambulatorio).**

Consulte el Plan de Beneficios.

24. **Medicamentos de Venta con Receta (Paciente Ambulatorio).**

Consulte el Plan de Beneficios.

Otros

25. **Servicios de Ambulancia.**

Consulte el Plan de Beneficios.

26. **Equipo Médico Duradero.**

El Equipo Médico Duradero debe cumplir con todas las condiciones siguientes:

- Es proporcionado o indicado por un Médico. Deben acompañarse de una receta por escrito cuando se envía el reclamo.
- Se usa principal y habitualmente para cumplir con un propósito médico.
- Puede soportar un uso reiterado.
- En general no es útil a una persona que no tiene una Enfermedad o Lesión.
- No es consumible ni desechable, salvo según sea necesario para el uso eficaz del Equipo Médico Duradero cubierto.

A efectos de este beneficio, los siguientes artículos se consideran Equipo Médico Duradero:

- Soportes ortopédicos que estabilizan una parte del cuerpo lesionada y soportes ortopédicos para tratar la curvatura de la columna vertebral.
- Prótesis externas que reemplazan una extremidad o parte del cuerpo, pero no incluyen ningún dispositivo que se implante completamente en el cuerpo.

Si más de un equipo o dispositivo puede satisfacer la necesidad funcional de la Persona Asegurada, los beneficios sólo están disponibles para el equipo o dispositivo que cumpla con las especificaciones mínimas para las necesidades de la Persona Asegurada. Los frenos dentales no se consideran equipo médico duradero y no están cubiertos. Los beneficios por equipo médico duradero se limitan a la compra inicial o una compra de reemplazo por Año de Póliza. No se pagarán beneficios por los cargos de alquiler que excedan el precio de compra.

Consulte también Beneficios por Dispositivos de Prótesis para Hablar Después de una Laringectomía.

27. **Honorarios del Médico Asesor.**

Servicios prestados a pacientes ambulatorios y Hospitalizados.

28. **Tratamiento Dental.**

Tratamiento Dental cuando los servicios son prestados por un Médico y se limitan a lo siguiente:

- Lesión en Dientes Naturales.

La reparación de un diente que se quebró al comer no está cubierta. El cuidado dental de rutina y el tratamiento de las encías no están cubiertos.

Los beneficios también se pagarán como cualquier otra Enfermedad por:

- Servicios dentales destinados a preparar la mandíbula de la Persona Asegurada para la terapia de radiación del cáncer de cabeza o cuello. Los beneficios incluyen evaluaciones dentales, radiografías, tratamiento con flúor y extracciones cuando los servicios son prestados por un Médico o por un Dentista, con la referencia de un Médico.
- Cargos de anestesia general y del establecimiento relacionados con un procedimiento dental que comúnmente no requeriría anestesia general, cuando la Persona Asegurada:
 - 1.) Es menor de 7 años.
 - 2.) Tiene discapacidad del desarrollo o su salud está comprometida.
 - 3.) Tiene una condición médica subyacente que requiere que el procedimiento dental se realice en un Hospital o centro quirúrgico para pacientes ambulatorios.
- Extracciones dentales, procedimientos dentales necesarios para preparar la boca para una extracción y servicios de ortodoncia que forman parte integral de una cirugía reconstructiva cubierta para el paladar hendido.

Los beneficios pediátricos dentales se estipulan en la disposición "Servicios Pediátricos Dentales".

29. **Tratamiento de Enfermedades Mentales.**

Se pagarán beneficios por servicios recibidos:

- Como paciente hospitalizado en un Hospital, incluido el tratamiento diurno o de hospitalización parcial recibido en un hospital.
- Como paciente ambulatorio, incluido el tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios.

Consulte también Beneficios por Enfermedades Mentales Graves y Trastornos Emocionales Graves.

30. **Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias.**

Se pagarán beneficios por servicios recibidos:

- Como paciente hospitalizado en un Hospital, incluido el tratamiento diurno o de hospitalización parcial recibido en un hospital.
- Como paciente ambulatorio, incluido el tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios.

31. **Maternidad.**

Como cualquier otra Enfermedad.

Se pagarán beneficios por una hospitalización como paciente hospitalizado de al menos:

- 48 horas después de un parto vaginal.
- 96 horas después de un parto por cesárea.

Si la madre está de acuerdo, el Médico tratante puede dar de alta a la madre antes de estos plazos mínimos. Si se da de alta antes, se proporcionarán beneficios por una visita de seguimiento posterior al alta en un plazo de 48 horas después del alta, cuando lo indique el Médico tratante.

32. **Complicaciones del Embarazo.**

Como cualquier otra Enfermedad.

33. **Servicios de Atención Preventiva.**

Servicios médicos que demostraron ser, mediante evidencia clínica, seguros y eficaces en la detección temprana de enfermedades o en la prevención de enfermedades, comprobaron tener un efecto beneficioso en los resultados de salud y se limitan a los siguientes, según lo exige la ley vigente:

- Artículos o servicios basados en evidencia que tienen en vigencia una calificación de "A" o "B" en las recomendaciones actuales del *Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF)*.
- Vacunas que tienen en vigencia una recomendación del Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- Con respecto a los lactantes, niños y adolescentes, la atención preventiva y las pruebas de detección informadas en la evidencia y contempladas en las pautas integrales respaldadas por la *Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA)*.
- Con respecto a las mujeres, dicha atención preventiva y pruebas de detección adicionales según se contemplan en las pautas integrales respaldadas por la *Administración de Recursos y Servicios de Salud*.

Algunos ejemplos de Servicios de Atención Preventiva incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:

- Exámenes razonables para evaluar la salud de forma periódica (exámenes físicos rutinarios, visitas del niño sano).
- Exámenes preventivos de la vista y de la audición.
- Asesoramiento sobre educación de salud y programas para dejar el tabaco, controlar el estrés y condiciones crónicas, como la diabetes y el asma.
- Régimen de tratamiento de 90 días con medicamentos para dejar de fumar de venta con y sin receta aprobados por la FDA cuando los receta Médico.
- Exámenes de la mujer sana, incluidas las visitas rutinarias de atención prenatal.
- Todos los dispositivos o medicamentos anticonceptivos femeninos aprobados por la FDA.
- Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual.
- Exámenes citológicos con una periodicidad razonable.
- Esterilización femenina.
- Los servicios de atención preventiva obligatorios se actualizan constantemente a medida que cambian las pautas y las recomendaciones. Puede encontrar una lista completa y actualizada de los servicios de atención preventiva cubiertos conforme a la reforma de salud en: <https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/>.

34. **Cirugía Reconstructiva de Seno después de una Mastectomía.**

Como cualquier otra Enfermedad y en relación con una mastectomía cubierta.

Los beneficios incluyen:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno sobre el cual se realizó la mastectomía.
- La cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica.
- Las prótesis y las complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

35. **Servicios para la Diabetes.**
Como cualquier otra Enfermedad en relación con el tratamiento de la diabetes. Consulte Beneficios por Diabetes.
36. **Atención de Salud en el Hogar.**
Servicios prestados por una agencia de salud en el hogar que:
- Los indica un Médico.
 - Son prestados o supervisados por una Enfermera Registrada en el hogar de la Persona Asegurada.
 - Están en conformidad con un plan de salud en el hogar.
- Se pagarán beneficios únicamente cuando los servicios se presten en un horario intermitente, a tiempo parcial, y cuando se requiera atención especializada. Una visita equivale a cuatro horas de servicios de atención especializada.
37. **Cuidados Paliativos.**
Cuando los recomienda un Médico para una Persona Asegurada que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de doce meses o menos. Todos los Cuidados Paliativos se deben recibir de una agencia de cuidados paliativos con licencia.
- Los Cuidados Paliativos incluyen:
- Cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales para la Persona Asegurada con enfermedad terminal.
 - Terapia por duelo a corto plazo para los miembros de la familia inmediata mientras la Persona Asegurada está recibiendo Cuidados Paliativos.
 - Suministros para la incontinencia, incluida la ropa interior desechable y las prendas de adulto para la incontinencia.
38. **Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados.**
Servicios recibidos durante una hospitalización como Paciente Hospitalizado a tiempo completo en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados con licencia.
39. **Centro de Enfermería Especializada.**
Servicios recibidos durante una hospitalización como Paciente Hospitalizado en un Centro de Enfermería Especializada.
40. **Centro de Atención de Urgencia.**
Los beneficios se limitan a:
- Los cargos del establecimiento o de la clínica facturados por el Centro de Atención de Urgencia.
- Todos los demás servicios prestados durante la visita se pagarán según lo especificado en el Plan de Beneficios.
41. **Clínica o Centro para Pacientes Ambulatorios de un Hospital.**
Los beneficios se limitan a:
- Los cargos del establecimiento o de la clínica facturados por el Hospital.
- Todos los demás servicios prestados durante la visita se pagarán según lo especificado en el Plan de Beneficios.
42. **Estudios Clínicos Aprobados.**
Los Costos del Cuidado Rutinario del Paciente incurridos durante la participación en un Estudio Clínico Aprobado para el tratamiento del cáncer o de otra Condición Potencialmente Mortal. La Persona Asegurada debe ser clínicamente elegible para participar en el Estudio Clínico Aprobado de acuerdo con el protocolo del estudio y: 1) el Médico que refiere al paciente es un proveedor de atención de la salud participante del estudio y ha determinado que la participación de la Persona Asegurada sería apropiada; o 2) la Persona Asegurada presenta información sobre evidencia médica y científica que establece que la participación de la Persona Asegurada sería apropiada.
- “Costos del Cuidado Rutinario del Paciente” se refiere a los Gastos Médicos Cubiertos que habitualmente se prestan en ausencia de un estudio clínico y que no están excluidos de alguna manera por la póliza. Los costos del cuidado rutinario del paciente no incluyen:
- El artículo, dispositivo o servicio experimental o de investigación.
 - Artículos y servicios prestados solamente para satisfacer necesidades de recopilación de datos y de análisis, y que no se usen en la administración clínica directa del paciente.

- Un servicio que evidentemente no sea coherente con los estándares ampliamente aceptados y establecidos de atención para un diagnóstico en particular.

“Condición potencialmente mortal” se refiere a una enfermedad o lesión con probabilidad de muerte a menos que se interrumpa el curso de la Lesión o Enfermedad.

“Estudio clínico aprobado” significa un estudio clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se realiza en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer o de otra enfermedad o condición potencialmente mortal, y que se describe en cualquiera de los siguientes:

- Estudios financiados por el gobierno federal que cumplen las condiciones requeridas.
- El estudio o la investigación se realiza en forma de una nueva aplicación de un medicamento en investigación revisada por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA).
- El estudio o la investigación es un ensayo clínico que está exento de tener dicha nueva aplicación de un medicamento en investigación.

Consulte también Beneficios por Estudios Clínicos de Cáncer.

43. **Servicios de Trasplante.**

Como cualquier otra Enfermedad para los trasplantes de órganos o tejidos cuando son indicados por un Médico. Hay beneficios disponibles cuando el trasplante cumple la definición de Gasto Médico Cubierto.

Los costos del donante que están directamente relacionados con la extracción de un órgano son Gastos Médicos Cubiertos para los que hay Beneficios pagaderos a través de la cobertura del receptor del órgano de la Persona Asegurada conforme a esta póliza. Los beneficios pagaderos por el donante serán secundarios a cualquier otro plan de seguro, plan de servicios, plan de grupo autofinanciado o cualquier plan del gobierno que no requiera que esta póliza sea primaria.

No hay beneficios pagaderos por trasplantes que se consideren una Cirugía Opcional o un Tratamiento Opcional (según su definición).

Los gastos de viaje no están cubiertos. Los servicios de salud relacionados con la extracción de un órgano o tejido de una Persona Asegurada con el propósito de trasplantarlos a otra persona no están cubiertos.

44. **Servicios de Acupuntura.**

Hay beneficios pagaderos por los servicios de acupuntura Médicamente Necesarios.

45. **Alimentos Medicinales.**

Los beneficios son pagaderos por las fórmulas enterales alimenticias elementales para el tratamiento primario de la enteritis regional (Enfermedad de Crohn). Los Alimentos Medicinales deben ser recetados por un Médico. La receta escrita debe acompañar la presentación del reclamo.

Consulte también Beneficios por Fenilcetonuria.

46. **Suministros Urológicos y para Ostmía.**

Los beneficios se limitan a los siguientes suministros:

- Suministros para Ostmía, que incluyen: adhesivos y quita adhesivo, cinturón para ostmía, cinturón para hernia, catéter, productos para la limpieza/el lavado de la piel, botella y bolsa de drenaje para usar en cama, bolsas urinarias para pierna, apósitos de gasa, placa de irrigación, manga de irrigación, bolsa de irrigación, cono/catéter de irrigación, lubricante, conectores urinarios, filtros de gas, desodorantes para ostmía, acoples para tubos de drenaje, guantes, apósitos para cubrir estomas, tapón para colostomía, accesorios para ostmía, bolsas urinarias y para ostmía, barreras, clips para ostmía, anillos para ostmía, placas frontales para ostmía, barrera cutánea, sellador de piel y cinta adhesiva (a prueba de agua y no a prueba de agua).
- Suministros Urológicos, que incluyen: apósito adhesivo para sujetar un catéter a la piel, bandejas de inserción de catéter con y sin catéter y bolsa, dispositivos de recolección externa masculinos y femeninos, catéter externo masculino con cámara de recolección integral, tuberías de irrigación, catéteres permanentes, catéteres de Foley, catéteres intermitentes, limpiadores, selladores de piel, bolsas de drenaje para usar en la pierna y en la cama, botella de drenaje y bolsa para usar en la cama, correas para catéter para usar en la pierna, bandeja de irrigación, jeringa de irrigación, gel lubricante, paquetes estériles individuales, tubos y conectores, clip o tapón para catéter, pinzas para pene, pinza uretral o dispositivo de compresión, cinta adhesiva (a prueba de agua y no a prueba de agua) y dispositivo de anclaje de catéter.

No hay beneficios disponibles para los suministros urológicos y para ostomía que sean de comodidad, de conveniencia o de lujo, ni para otros artículos que no se detallen más arriba.

47. Corrección de la Vista.

Los beneficios son pagaderos únicamente por lo siguiente:

- Hasta dos lentes de contacto Médicamente Necesarios por ojo (incluida la adaptación y el suministro) por Año de Póliza para tratar la aniridia.
- Hasta seis lentes de contacto Médicamente Necesarios por ojo (incluida la adaptación y el suministro) por Año de Póliza para tratar la afaquia para Personas Aseguradas de hasta 9 años de edad.

Beneficios Obligatorios

BENEFICIOS POR SERVICIOS DE TELESALUD

Los beneficios por servicios prestados adecuadamente a través de Telesalud se pagarán de la misma forma que los servicios prestados a través del contacto personal entre un Médico y la Persona Asegurada.

“Transmisión asincrónica de almacenamiento y envío” significa la transmisión de la información médica del paciente desde el sitio en el que se origina esta información hasta un lugar distante donde se encuentra el Proveedor de atención de la salud sin la presencia del paciente.

“Interacción sincrónica” significa una interacción en tiempo real entre un paciente y un proveedor de atención de la salud que se encuentra en un lugar distante.

“Telesalud” significa el modo de prestar los servicios de atención de la salud y de salud pública a través de tecnologías de la información y la comunicación para facilitar el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la administración de la atención y los autocontroles en la atención de la salud de un paciente cuando el paciente está donde se origina la información y el proveedor de atención de la salud en un lugar distante. La Telesalud facilita el autocontrol del paciente y el apoyo que los cuidadores prestan a los pacientes, e incluye interacciones sincrónicas y transmisiones asincrónicas de almacenamiento y envío.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

BENEFICIOS POR MAMOGRAFÍA

Se pagarán beneficios por mamografías de baja dosis para detectar la presencia de cáncer de seno oculto, con la referencia de una enfermera practicante, una enfermera partera certificada o un Médico, sujetos a las siguientes pautas:

- 1) Una mamografía de referencia para mujeres de treinta y cinco a treinta y nueve años de edad, inclusive.
- 2) Una mamografía cada dos años para mujeres de cuarenta a cuarenta y nueve años de edad o con más frecuencia de acuerdo con la recomendación del Médico de la mujer.
- 3) Una mamografía anual para mujeres de cincuenta años de edad o mayores.

Las mamografías cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva que se reciban de un Proveedor Preferido estarán cubiertas sin costo compartido tal como se establece en el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva que se detalla en el Plan de Beneficios.

Las mamografías que no estén cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva y que se reciban de un Proveedor Preferido estarán sujetas a todos los Copagos, Coaseguros y Deducibles por Proveedores Preferidos, así como a las limitaciones u otras disposiciones de la póliza.

Las mamografías que no estén cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva y que se reciban de un Proveedor Fuera de la Red estarán sujetas a todos los Copagos, Coaseguros y Deducibles Fuera de la Red, así como a las limitaciones u otras disposiciones de la póliza.

BENEFICIOS POR CIRUGÍA DEL MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR

Se pagarán beneficios como cualquier otra Lesión o Enfermedad por procedimientos quirúrgicos para aquellas condiciones cubiertas que afecten directamente al maxilar superior o inferior, o a las articulaciones óseas asociadas siempre que el servicio se considere una Necesidad por Razones Médicas y no incluya procedimientos dentales que no sean los identificados en el Plan de Beneficios.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

BENEFICIOS POR CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

Se pagarán beneficios como cualquier otra Lesión o Enfermedad por una cirugía reconstructiva realizada para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infección, tumores o enfermedad para: (1) mejorar una función o (2) crear una apariencia normal en la medida de lo posible.

Este beneficio no incluye cirugía estética ni cirugía realizada para alterar o remodelar las estructuras normales del cuerpo y así mejorar la apariencia de la Persona Asegurada, excepto que se trate de una Cirugía Reconstructiva de Seno después de una Mastectomía.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

BENEFICIOS POR DISPOSITIVOS DE PRÓTESIS PARA HABLAR DESPUÉS DE UNA LARINGECTOMÍA

Los beneficios por Dispositivos de Prótesis para restaurar un método para hablar relacionado con una laringectomía se pagarán como cualquier otro dispositivo de prótesis.

A efectos de esta sección, “dispositivos de prótesis” significa e incluye el suministro de dispositivos de prótesis iniciales y posteriores, incluidos los accesorios de instalación, conforme a la indicación del Médico y cirujano de la Persona Asegurada. “Dispositivos de prótesis” no incluye las máquinas que producen voz electrónica.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

BENEFICIOS POR ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y TRASTORNOS EMOCIONALES GRAVES

Se pagarán beneficios como cualquier otra Enfermedad por el diagnóstico y el tratamiento Médicamente Necesario de Enfermedades Mentales Graves de una Persona Asegurada de cualquier edad y de Trastornos Emocionales Graves del hijo de una Persona Asegurada, tal como se especifica a continuación.

- 1) Servicios para pacientes ambulatorios.
- 2) Servicios de hospitalización para pacientes hospitalizados.
- 3) Servicios de hospitalización parcial.
- 4) Medicamentos de Venta con Receta.

“Enfermedad Mental Grave” incluye:

- 1) Esquizofrenia.
- 2) Trastornos esquizoafectivos.
- 3) Trastorno bipolar (trastorno maníaco-depresivo).
- 4) Trastornos depresivos mayores.
- 5) Trastornos de pánico.
- 6) Trastorno obsesivo-compulsivo.
- 7) Trastorno generalizado del desarrollo o Autismo.
- 8) Anorexia nerviosa.
- 9) Bulimia nerviosa.

“Trastornos emocionales graves de un niño” significa un menor de 18 años de edad que tiene uno o más trastornos mentales según se define en la edición más reciente del **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**, que no sea un trastorno primario por consumo de sustancias ni un trastorno del desarrollo, que da como resultado una conducta inapropiada para la edad del niño de acuerdo con las normas de desarrollo esperadas. Los miembros de esta población objetivo deben cumplir con uno o más de los siguientes criterios:

- 1) Como resultado del trastorno mental, el niño tiene una limitación sustancial en al menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, desempeño escolar, relaciones familiares o capacidad para funcionar en la comunidad; y ocurre algo de lo siguiente: (i) el niño corre el riesgo de que se le retire del hogar o ya se le ha retirado del hogar. (ii) El trastorno mental y las limitaciones han estado presentes durante más de 6 meses o es probable que continúen durante más de un año sin tratamiento.
- 2) El niño presenta una de las siguientes conductas: características psicóticas, riesgo de suicidio o riesgo de violencia debido a un trastorno mental.
- 3) El niño cumple requisitos de elegibilidad para recibir educación especial conforme al Capítulo 26.5 de la división 7 del Título 1 del Código del Gobierno.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

BENEFICIOS POR EL TRATAMIENTO DE SALUD CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO O AUTISMO

Se pagarán beneficios como cualquier otra Enfermedad por el diagnóstico y Tratamiento de la Salud Conductual Médicamente Necesario para el Trastorno Generalizado del Desarrollo o Autismo.

“Tratamiento de la Salud Conductual” se refiere a los servicios profesionales y programas de tratamiento, incluidos los programas de análisis conductual aplicado y de intervención conductual basada en evidencia, que mejoran o restauran, en la medida de lo posible, el funcionamiento de una persona con Trastorno Generalizado del Desarrollo o Autismo, y que cumplan con todos los requisitos siguientes:

- 1) El tratamiento es recetado por un Psicólogo o Médico con licencia.
- 2) El tratamiento se proporciona conforme a un plan de tratamiento recetado por un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo y administrado por:
 - a. Un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.
 - b. Un Profesional Calificado de Servicios para el Autismo supervisado y empleado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.
 - c. Un Paraprofesional Calificado de Servicios para el Autismo supervisado y empleado por un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.
- 3) El plan de tratamiento tiene metas medibles con plazos estipulados y está desarrollado y aprobado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo específicamente para la Persona Asegurada que recibe el tratamiento. El Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo debe revisar el plan de tratamiento al menos una vez cada seis meses y modificarlo siempre que sea adecuado. En el plan, el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo debe:
 - a. Describir las limitaciones de la salud conductual de la Persona Asegurada que se tratarán.
 - b. Diseñar un plan de intervención que incluya el tipo de servicio, la cantidad de horas y la participación de los padres que sean necesarios para alcanzar las metas y los objetivos del plan, así como la frecuencia con la que se evalúa e informa el progreso de la Persona Asegurada.
 - c. Proporcionar planes de intervención que utilicen prácticas basadas en evidencia, con eficacia clínica comprobada en el tratamiento del Trastorno Generalizado del Desarrollo o Autismo.
 - d. Discontinuar los servicios de intervención conductual intensiva cuando se alcancen las metas y los objetivos del tratamiento o cuando estos servicios ya no sean apropiados.
- 4) El plan de tratamiento no se utiliza ni se proporciona para el reembolso del cuidado de alivio, cuidado diurno o servicios educativos ni para reembolsar a un padre por su participación en el programa de tratamiento. El plan de tratamiento estará disponible para la Compañía a solicitud.

En el caso de Tratamiento de Salud Conductual Médicamente Necesario, no se denegarán ni retrasarán beneficios sin justificación debido a:

- 1) Que se afirme la necesidad de pruebas cognitivas, del desarrollo o del coeficiente intelectual (IQ).
- 2) Que se fundamente que el Tratamiento de Salud Conductual es experimental, educativo o de investigación.
- 3) Que se fundamente que el Tratamiento de Salud Conductual no es, no será o no fue prestado o supervisado por una persona, una entidad o un grupo con licencia cuando el proveedor o supervisor en cuestión está certificado por una entidad nacional, como el Behavior Analyst Certification Board (Consejo de Certificación de Analistas de Conducta), que está acreditado por la Comisión Nacional para Agencias de Certificación.
- 4) Que se fundamente que el Tratamiento de Salud Conductual ha sido, es, debería ser o será prestado por un Centro Regional que tiene contrato con el Departamento de Servicios del Desarrollo.

- 5) Que se fundamente que se ha alcanzado o excedido un límite anual de visitas.
- 6) Cualquier otra razón.

“Proveedor calificado de servicios para el autismo” significa cualquiera de los siguientes:

- 1) Una persona, entidad o grupo certificado por un ente nacional, como el Behavior Analyst Certification Board (Consejo de Certificación de Analistas de Conducta), que esté acreditado por la Comisión Nacional para Agencias de Certificación y que diseñe, supervise o proporcione tratamiento para el Trastorno Generalizado del Desarrollo o Autismo, siempre que los servicios estén dentro de la experiencia y competencia de la persona, entidad o grupo con certificación nacional.
- 2) Una persona que ha obtenido una licencia de médico y cirujano, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, terapeuta familiar y matrimonial, psicólogo educativo, trabajador social clínico, terapeuta profesional clínico, patólogo del habla o audiólogo conforme a la División 2 del Código de Comercio y Profesionales, que diseñe, supervise o proporcione tratamiento para el Trastorno Generalizado del Desarrollo o Autismo, siempre que los servicios estén dentro de la experiencia y competencia del titular de la licencia.

“Profesional calificado de servicios para el autismo” significa una persona que cumple con todos los criterios siguientes:

- 1) Proporciona tratamiento de salud conductual.
- 2) Está empleada y es supervisada por un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.
- 3) Proporciona tratamiento conforme al plan de tratamiento desarrollado y aprobado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.
- 4) Es un proveedor de servicios de salud conductual aprobado como proveedor por un centro regional de California para prestar servicios como Analista de Conducta Ayudante, Analista de Conducta, Asistente de Control del Comportamiento, Asesor de Control del Comportamiento o Programa de Control del Comportamiento según se define en la Sección 54342 del Título 17 del Código de Reglamentos de California.
- 5) Tiene experiencia y capacitación en la prestación de servicios para el Trastorno Generalizado del Desarrollo o Autismo conforme a la División 4.5 del Código de Bienestar e Instituciones o el Título 14 del Código del Gobierno.

“Paraprofesional calificado de servicios para el autismo” significa una persona que no tiene licencia ni está certificada y que cumple con todos los siguientes criterios:

- 1) Está empleada y es supervisada por un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.
- 2) Proporciona tratamiento e implementa servicios conforme a un plan de tratamiento desarrollado y aprobado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.
- 3) Cumple con los criterios estipulados en las normas adoptadas en virtud de la Sección 4686.3 del Código de Bienestar e Instituciones.
- 4) Tiene la educación, capacitación y experiencia adecuada según lo certifique un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

BENEFICIOS POR DIABETES

Se pagarán beneficios como cualquier otra Enfermedad por los siguientes equipos y suministros para el control y el tratamiento de la diabetes insulino dependiente, diabetes no insulino dependiente y diabetes gestacional según sea Medicamento Necesario aunque los artículos estén disponibles sin receta:

- 1) Monitores de glucosa en sangre y tiras para diagnóstico de la glucosa en sangre.
- 2) Monitores de glucosa en sangre diseñados para ayudar a las personas con limitaciones visuales.
- 3) Bombas de insulina y todos los accesorios relacionados necesarios.
- 4) Tiras de medición de cetonas en orina.
- 5) Lancetas y dispositivos de perforación de lanceta.
- 6) Sistemas de administración tipo pluma para la administración de insulina.
- 7) Dispositivos de podiatría para prevenir o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes.
- 8) Jeringas de insulina.
- 9) Dispositivos para aumentar la visión, sin incluir lentes, para ayudar a las personas con limitaciones visuales a administrarse la dosis adecuada de insulina.

También se proporcionarán beneficios por capacitación para el autocontrol, educación y terapia médica de nutrición de las personas con diabetes como pacientes ambulatorios que sean necesarias para permitir que la Persona Asegurada utilice correctamente el equipo, los suministros y medicamentos enumerados más arriba. Se aplicarán los mismos límites de la póliza que se aplican a cualquier otra Visita del Médico.

Se pagarán beneficios como cualquier otro Medicamento de Venta con Receta para los siguientes medicamentos de venta con receta Medicamento Necesarios:

- 1) Insulina.
- 2) Medicamentos recetados para el tratamiento de la diabetes.
- 3) Glucagón.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

BENEFICIOS POR FENILCETONURIA

Los beneficios por los exámenes y el tratamiento de la Fenilcetonuria se pagarán según los Cargos Usuales y Habituales.

Los beneficios incluyen las Fórmulas y los Productos Alimenticios Especiales que forman parte de una dieta recetada por un Médico y administrada por un profesional de atención de la salud en consulta con un Médico que se especialice en el tratamiento de enfermedades metabólicas, siempre y cuando la dieta se considere Medicamento Necesaria para evitar que surjan discapacidades físicas o mentales graves o para promover el desarrollo o la función normal como consecuencia de la Fenilcetonuria.

No se requieren beneficios salvo que el costo de las Fórmulas y los Productos Alimenticios Especiales exceda el costo de una dieta normal.

“Fórmula” significa un producto enteral para uso en el hogar recetado por un Médico o enfermera practicante o indicado por un dietista registrado con la referencia de un proveedor de atención de la salud autorizado para recetar tratamientos nutricionales que sean Medicamento Necesarios para el tratamiento de la Fenilcetonuria.

“Producto alimenticio especial” significa un producto alimenticio que:

- 1) Es recetado por un Médico o una enfermera practicante para el tratamiento de la Fenilcetonuria y concuerda con las recomendaciones y mejores prácticas de profesionales de la salud calificados con especialización y experiencia en el tratamiento de la Fenilcetonuria. No incluye los alimentos que naturalmente tengan un bajo contenido proteico, pero pueden incluir productos alimenticios formulados especialmente con menos de un gramo de proteínas por porción.
- 2) Se utiliza en lugar de productos alimenticios normales, como alimentos de supermercado utilizados por la población general.

No se aplicarán las disposiciones de Deducible, Copago y Coaseguro de la Póliza, pero se aplicarán todas las demás limitaciones y disposiciones de la póliza.

BENEFICIOS POR OSTEOPOROSIS

Los beneficios por el diagnóstico, tratamiento y control adecuado de la Osteoporosis se pagarán según los Cargos Usuales y Habituales. Los beneficios incluyen todas las tecnologías aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos, incluidas las tecnologías de medición de la masa ósea según se considere médicamente apropiado.

No se aplicarán las disposiciones de Deducible, Copago y Coaseguro de la Póliza, pero se aplicarán todas las demás limitaciones y disposiciones de la póliza.

BENEFICIOS POR ESTUDIOS CLÍNICOS DEL CÁNCER

Se pagarán beneficios como cualquier otra Enfermedad por todos los costos del cuidado de rutina del paciente relacionados con el estudio clínico para una persona asegurada diagnosticada con cáncer y aceptada en un estudio clínico del cáncer de fase I, fase II, fase III o fase IV.

“Costos del cuidado de rutina del paciente” significa los costos asociados con la prestación de servicios de atención de la salud, que incluyen medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que de otra manera estarían cubiertos por el plan o

contrato si dichos medicamentos, artículos, dispositivos y servicios no se proporcionaran en relación con un programa de estudio clínico aprobado.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

BENEFICIOS POR LA DETECCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE SENO

Se pagarán beneficios como cualquier otra Enfermedad por los exámenes, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de seno, según las prácticas médicas generalmente aceptadas y la evidencia científica, con la referencia del Médico participante de la persona asegurada. El Médico y el cirujano, en consulta con la Persona Asegurada, determinarán la duración de la hospitalización.

El tratamiento para el cáncer de seno incluirá la cobertura de prótesis o cirugía reconstructiva para restaurar y lograr una simetría en la paciente después de una mastectomía.

“Mastectomía” significa la extirpación total o parcial del seno por razones Médicamente Necesarias, según lo determinado por un cirujano y Médico con licencia. La extirpación parcial de un seno incluye, pero no se limita a, la lumpectomía, que incluye la extracción quirúrgica de un tumor con bordes definidos.

“Dispositivo protésico” significa el suministro de las prótesis iniciales y subsiguientes indicadas por el Médico y cirujano de la Persona Asegurada.

Las pruebas de detección del cáncer de seno cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva que se reciban de un Proveedor Preferido estarán cubiertas sin costo compartido tal como se establece en el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva que se detalla en el Plan de Beneficios.

Las pruebas de detección del cáncer de seno que no estén cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva y que se reciban de un Proveedor Preferido estarán sujetas a todos los Copagos, Coaseguros y Deducibles por Proveedores Preferidos, así como a las limitaciones u otras disposiciones de la póliza.

Las pruebas de detección del cáncer de seno que no estén cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva y que se reciban de un Proveedor Fuera de la Red estarán sujetas a todos los Copagos, Coaseguros y Deducibles por Proveedores Fuera de la Red, así como a las limitaciones u otras disposiciones de la póliza.

Los beneficios por dispositivos de prótesis y cirugía reconstructiva estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

BENEFICIOS POR VACUNA PARA EL SIDA

Los beneficios por una vacuna para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) aprobada para su comercialización por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (sin incluir una solicitud de nuevo medicamento de investigación) y recomendada por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (United States Public Health Service) se pagarán según los Cargos Usuales y Habituales.

No se aplicarán las disposiciones de Deducible, Copago y Coaseguro de la Póliza, pero se aplicarán todas las demás limitaciones y disposiciones de la póliza.

BENEFICIOS POR PRUEBAS DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Se pagarán beneficios por pruebas del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), independientemente de que la prueba se relacione o no con un diagnóstico de VIH primario. El método de examen será el que esté aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos y sea recomendado por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

Las pruebas de VIH cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva que se reciban de un Proveedor Preferido estarán cubiertas sin costo compartido tal como se establece en el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva que se detalla en el Plan de Beneficios.

Las pruebas de VIH que no estén cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva y que se reciban de un Proveedor Preferido estarán sujetas a todos los Copagos, Coaseguros y Deducibles por Proveedores Preferidos, así como a las limitaciones u otras disposiciones de la póliza.

Las pruebas de VIH que no estén cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva y que se reciban de un Proveedor Fuera de la Red estarán sujetas a todos los Copagos, Coaseguros y Deducibles Fuera de la Red, así como a las limitaciones u otras disposiciones de la póliza.

BENEFICIOS POR PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Se pagarán beneficios por las pruebas de detección y el diagnóstico de cáncer de próstata, que incluyen, pero no se limitan a, el examen del antígeno prostático específico (PSA) y los exámenes de tacto rectal cuando sean médicamente necesarios y coherentes con las buenas prácticas profesionales.

Las pruebas de detección del cáncer de próstata cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva que se reciban de un Proveedor Preferido estarán cubiertas sin costo compartido tal como se establece en el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva que se detalla en el Plan de Beneficios.

Las pruebas de detección del cáncer de próstata que no estén cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva y que se reciban de un Proveedor Preferido estarán sujetas a todos los Copagos, Coaseguros y Deducibles por Proveedores Preferidos, así como a las limitaciones u otras disposiciones de la póliza.

Las pruebas de detección del cáncer de próstata que no estén cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva y que se reciban de un Proveedor Fuera de la Red estarán sujetas a todos los Copagos, Coaseguros y Deducibles Fuera de la Red, así como a las limitaciones u otras disposiciones de la póliza.

BENEFICIOS POR PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL CÁNCER

Se pagarán beneficios por todas las pruebas de detección del cáncer médicamente aceptadas.

Las pruebas de detección del cáncer cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva que se reciban de un Proveedor Preferido estarán cubiertas sin costo compartido tal como se establece en el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva que se detalla en el Plan de Beneficios.

Las pruebas de detección del cáncer que no estén cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva y que se reciban de un Proveedor Preferido estarán sujetas a todos los Copagos, Coaseguros y Deducibles por Proveedores Preferidos, así como a las limitaciones u otras disposiciones de la póliza.

Las pruebas de detección del cáncer que no estén cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva y que se reciban de un Proveedor Fuera de la Red estarán sujetas a todos los Copagos, Coaseguros y Deducibles Fuera de la Red, así como a las limitaciones u otras disposiciones de la póliza.

BENEFICIOS POR PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL

Se pagarán beneficios por una prueba de detección anual del cáncer cervical, con la referencia de una enfermera practicante, una enfermera partera certificada o un Médico.

Una prueba de detección anual incluirá:

- 1) La prueba de Papanicolau convencional.
- 2) Una prueba de detección del virus del papiloma humano que esté aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos.
- 3) La opción de cualquier prueba de detección del cáncer cervical que esté aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos, con la referencia del proveedor de atención de la salud de la Persona Asegurada.

Las pruebas de detección del cáncer cervical cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva que se reciban de un Proveedor Preferido estarán cubiertas sin costo compartido tal como se establece en el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva que se detalla en el Plan de Beneficios.

Las pruebas de detección del cáncer cervical que no estén cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva y que se reciban de un Proveedor Preferido estarán sujetas a todos los Copagos, Coaseguros y Deducibles por Proveedores Preferidos, así como a las limitaciones u otras disposiciones de la póliza.

Las pruebas de detección del cáncer cervical que no estén cubiertas por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva y que se reciban de un Proveedor Fuera de la Red estarán sujetas a todos los Copagos, Coaseguros y Deducibles Fuera de la Red, así como a las limitaciones u otras disposiciones de la póliza.

BENEFICIOS POR MÉTODOS Y MEDICAMENTOS ANTICONCEPTIVOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Se pagarán beneficios como cualquier otra Enfermedad por los métodos y medicamentos anticonceptivos recetados que:

- 1) Estén aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos.
- 2) Sean recetados por el Médico de la Persona Asegurada.
- 3) Sean médicamente apropiados para la Persona Asegurada.

Los métodos y medicamentos anticonceptivos para pacientes ambulatorios cubiertos por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva que se reciban de un Proveedor Preferido estarán cubiertos sin costo compartido tal como se establece en el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva que se detalla en el Plan de Beneficios.

Los métodos y medicamentos anticonceptivos para pacientes ambulatorios que no estén cubiertos por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva y que se reciban de un Proveedor Preferido estarán sujetas a todos los Copagos, Coaseguros y Deducibles por Proveedores Preferidos, así como a las limitaciones u otras disposiciones de la póliza.

Los métodos y medicamentos anticonceptivos para pacientes ambulatorios que no estén cubiertos por el Beneficio de Servicios de Atención Preventiva y que se reciban de un Proveedor Fuera de la Red estarán sujetos a todos los Copagos, Coaseguros y Deducibles Fuera de la Red, así como a las limitaciones u otras disposiciones de la póliza.

BENEFICIOS POR MEDICAMENTOS CONTRA EL CÁNCER DE ADMINISTRACIÓN ORAL

Se pagarán beneficios por los medicamentos contra el cáncer de administración oral recetados para el tratamiento del cáncer a fin de eliminar o retrasar la proliferación de células cancerosas.

El Copago y Coaseguro total que una Persona Asegurada debe pagar no excederá los \$200 por una receta individual de un suministro de hasta 31 días por receta.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, limitaciones y a cualquier otra disposición de la póliza.

Disposición de Coordinación de Beneficios

Los beneficios se coordinarán con cualquier otra cobertura o plan médico, quirúrgico u hospitalario elegible de manera que los pagos combinados de todos los programas no excedan el 100% de los gastos permitidos incurridos por servicios y suministros cubiertos.

Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidental

Pérdida de Vida, Extremidad o Vista

Si dentro de los 180 días de sufrir una Lesión, ésta produce alguna de las siguientes pérdidas específicas, la Persona Asegurada o el beneficiario puede solicitar a la Compañía el pago de la cantidad correspondiente a continuación, además del pago que se detalla en "Beneficios por Gastos Médicos".

Por Pérdida de

	<u>Estudiante</u>	<u>Cónyuge</u>	<u>Hijo</u>
Vida	\$10,000	\$5,000	\$1,000
Dos o Más Extremidades	\$10,000	\$5,000	\$1,000
Una Extremidad	\$ 5,000	\$2,500	\$ 500

Extremidad se refiere a una mano, un brazo, un pie, una pierna o un ojo. La pérdida significará, con respecto a las manos o los brazos y los pies o las piernas, desmembramiento por amputación en o sobre la articulación de la muñeca o el tobillo; con respecto a los ojos, pérdida de la vista total e irrecuperable. Sólo se pagará una pérdida específica (la mayor) que sea consecuencia de cualquier Lesión.

Privilegio de Continuación

Todas las Personas Aseguradas que hayan estado aseguradas continuamente por la Póliza de estudiante regular de la escuela durante al menos 6 meses consecutivos y ya no cumplan los requisitos de Elegibilidad de esa Póliza son elegibles para continuar con su cobertura durante un período no superior a 90 días en la póliza de la escuela vigente en el momento de dicha continuación. Si una Persona Asegurada aún es elegible para continuar al comienzo del siguiente Año de la Póliza, la Persona Asegurada debe adquirir la cobertura de la nueva póliza elegida por la escuela. La cobertura de la nueva póliza está sujeta a las tarifas y los beneficios seleccionados por la escuela para ese año de la póliza.

La solicitud se debe realizar y la prima se debe pagar directamente a UnitedHealthcare **StudentResources** y recibirse en un plazo de 14 días luego de la fecha de vencimiento de la cobertura del estudiante. Para obtener más información sobre el privilegio de Continuación, comuníquese con UnitedHealthcare StudentResources.

Definiciones

HIJO ADOPTIVO significa el niño puesto en adopción con una Persona Asegurada mientras dicha persona está cubierta por esta póliza. Dicho niño estará cubierto desde el momento de la puesta en adopción o cuidado temporal durante los primeros 31 días. La Persona Asegurada debe notificar a la Compañía por escrito acerca del hijo adoptado en un plazo no superior a 30 días luego de la puesta en adopción o adopción.

En el caso de un recién nacido adoptado, la cobertura comienza en el momento del nacimiento si la Persona Asegurada firmó un convenio por escrito para adoptar a dicho niño antes de su nacimiento, ya sea que el convenio tenga o no validez jurídica. No obstante, no se seguirá brindando cobertura para un niño adoptado que en última instancia no viva en la residencia de la Persona Asegurada.

La Persona Asegurada tendrá derecho a continuar con dicha cobertura para el niño después de los primeros 31 días. Para continuar la cobertura, la Persona Asegurada debe, en un plazo de 31 días después de la fecha de puesta en adopción del niño: 1) enviarnos una solicitud; y 2) pagar la prima adicional requerida, si corresponde, para la continuidad de la cobertura. Si la Persona Asegurada no hace uso de este derecho según lo que aquí se estipula, toda la cobertura en relación con dicho niño se cancelará al cabo de los primeros 31 días después de la fecha de puesta en adopción del niño.

COASEGURO significa el porcentaje de Gastos Médicos Cubiertos que paga la Compañía.

COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO significa una condición: 1) que es provocada por el embarazo; 2) que requiere tratamiento médico anterior o posterior a la interrupción del embarazo; 3) cuyo diagnóstico es distinto al del embarazo; y 4) que constituye una complicación con clasificación distinta del embarazo. Una condición relacionada simplemente con el control de un embarazo difícil no se considera una complicación del embarazo.

CONDICIÓN CONGÉNITA significa una condición médica o anomalía física producida por un defecto presente en el nacimiento.

COPAGO significa una cantidad fija de dinero que la Persona Asegurada debe pagar por ciertos Gastos Médicos Cubiertos.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS se refiere a los cargos razonables que: 1) no exceden los Cargos Usuales y Habituales; 2) no exceden la Asignación Preferida cuando la póliza incluye beneficios de Proveedores Preferidos y los cargos se reciben de parte de un Proveedor Preferido; 3) no exceden la cantidad máxima de beneficios pagadera por servicio según lo especificado en el Plan de Beneficios; 4) se cobran por servicios y suministros que no están excluidos

por la póliza; 5) se cobran por servicios y suministros que son una Necesidad por Razones Médicas; 6) se cobran por servicios incluidos en el Plan de Beneficios; y 7) exceden la cantidad estipulada como Deducible, de haber alguno.

Los Gastos Médicos Cubiertos se considerarán “incurridos” sólo cuando: 1) se presten los servicios cubiertos y 2) se cobren dichos servicios a la Persona Asegurada.

ATENCIÓN DE CUSTODIA significa los servicios que son cualesquiera de los siguientes:

1. Servicios no relacionados con la salud, como ayuda en actividades.
2. Servicios relacionados con la salud que se prestan con el fin primario de satisfacer las necesidades personales del paciente o de mantener un nivel de función (aun cuando los servicios específicos se consideren servicios especializados), en contraposición a mejorar esa función hasta el punto que pudiera permitir una existencia más independiente.
3. Servicios que no requieren ser administrados constantemente por personal médico capacitado para ser prestados con seguridad y eficacia.

DEDUCIBLE significa una cantidad estipulada en el Plan de Beneficios o en cualquier endoso a esta póliza como deducible que se restará de la cantidad o las cantidades que sean pagaderas de otro modo como Gastos Médicos Cubiertos antes de que se realice el pago de cualquier beneficio. El deducible se aplicará según lo especificado en el Plan de Beneficios.

DEPENDIENTE significa el cónyuge legal o la Pareja de Unión Libre de la Persona Asegurada Identificada y sus hijos dependientes. Los hijos dejarán de ser dependientes al final del mes en que cumplan los 26 años de edad.

El cumplimiento de la edad límite no significará la cancelación de la cobertura de dicho hijo mientras éste sea y continúe siendo, tanto:

1. Incapaz de tener un empleo para su propia manutención debido a discapacidad intelectual o incapacidad física.
2. Dependiente principalmente de la Persona Asegurada para su apoyo y manutención económica.

Se deberá proporcionar un comprobante de dicha incapacidad y dependencia a la Compañía: 1) de parte de la Persona Asegurada Identificada, y 2) dentro de los 31 días de que el hijo cumpla la edad límite. A partir de entonces, una vez que transcurran dos años de que el hijo cumplió la edad límite, dicho comprobante deberá entregarse a la Compañía anualmente.

Si un reclamo es denegado conforme a la póliza debido a que el hijo ha cumplido el límite de edad para los hijos dependientes, la obligación de establecer que ese hijo es y continúa siendo discapacitado recae sobre la Persona Asegurada, como se define en las subsecciones (1) y (2).

PAREJA DE UNIÓN LIBRE se refiere a una persona que ha presentado una Declaración de Pareja de Unión Libre ante la Secretaría del Estado de California y que reúne todas las condiciones siguientes:

1. Es soltera o no forma parte de otra pareja de unión libre.
2. No tiene parentesco sanguíneo con la Persona Asegurada en un grado que prohibiría su matrimonio en este Estado.
3. Tiene al menos 18 años de edad; o, si es menor de 18 años, ha obtenido, conforme a la ley de California:
 - a. El consentimiento escrito de los padres de la persona menor de edad y un tribunal ha concedido permiso para establecer una pareja de unión libre; o
 - b. Un tribunal estableció una pareja de unión libre si la persona menor de edad no tiene padres ni un tutor legal capaz de dar su consentimiento a la pareja de unión libre.
4. Es mentalmente capaz de dar su consentimiento para la pareja de unión libre.

CIRUGÍA OPCIONAL O TRATAMIENTO OPCIONAL significa aquellos servicios o suministros de atención de la salud que no cumplen con las necesidades de atención de la salud de una Enfermedad o Lesión. La cirugía o el tratamiento opcional incluye cualquier servicio, tratamiento o suministro que: 1) sea de investigación o experimental; o 2) no constituya una práctica médica reconocida o generalmente aceptada en los Estados Unidos.

SERVICIOS DE EMERGENCIA significa, con respecto a una Emergencia Médica:

1. Un examen médico de detección que se encuentra dentro de la capacidad del departamento de emergencias de un Hospital, incluidos los servicios auxiliares disponibles de rutina para que el departamento de emergencias evalúe dicha condición médica de emergencia; y
2. Tales exámenes médicos y tratamientos adicionales para estabilizar el paciente en la medida en que estén dentro de la capacidad del personal y de las instalaciones disponibles en el hospital.

SERVICIOS HABILITATIVOS son servicios y dispositivos de atención de la salud que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones para la vida diaria. Por ejemplo, la terapia para un niño que no camina o habla a la edad prevista. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional y de patología del habla y del lenguaje, así como otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de centros para pacientes hospitalizados o ambulatorios, o ambos. Los servicios habilitativos deben estar cubiertos según los mismos términos y condiciones que los servicios de rehabilitación.

HOSPITAL significa un hospital general con licencia o debidamente acreditado, que: 1) está abierto en todo momento; 2) funciona principal y continuamente para el tratamiento y la cirugía de personas enfermas y lesionadas como pacientes hospitalizados; 3) está bajo la supervisión de personal disponible en todo momento conformado por uno o más Médicos legalmente calificados; 4) presta continuamente servicios de enfermería a cargo de Enfermeras Registradas las 24 horas del día en las instalaciones; 5) proporciona establecimientos organizados para diagnóstico y cirugía mayor en las instalaciones; y 6) no es principalmente una clínica, un centro de enfermería, una casa de reposo o un asilo de convalecencia.

HOSPITALIZACIÓN significa la internación como Paciente Hospitalizado en un Hospital a causa de una Lesión o Enfermedad por la que se pagan beneficios.

LESIÓN significa una lesión corporal que cumple todas las condiciones siguientes:

1. es causada por un contacto accidental con otro cuerpo u objeto.
2. no está relacionada con ningún trastorno patológico, funcional o estructural.
3. causa una pérdida.
4. es tratada por un Médico.
5. es sufrida mientras la Persona Asegurada está cubierta por esta póliza.

Todas las lesiones sufridas en un accidente, que incluyen las condiciones relacionadas y los síntomas recurrentes de dichas lesiones, se considerarán una sola lesión. Una Lesión no incluye las pérdidas que resulten total o parcialmente de una enfermedad o de cualquier otra dolencia corporal. Los Gastos Médicos Cubiertos incurridos como resultado de una lesión que ocurrió antes de la Fecha de Vigencia de esta póliza serán considerados una Enfermedad por esta póliza.

PACIENTE HOSPITALIZADO significa la internación ininterrumpida de un paciente luego de su admisión formal en un Hospital, Centro de Enfermería Especializada o Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados a causa de una Lesión o Enfermedad por la que se pagan beneficios en esta póliza.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS significa un centro de rehabilitación a largo plazo para pacientes con condiciones agudas, un Hospital (o unidad especial de un Hospital designada como centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados) que preste servicios de salud de rehabilitación para Pacientes Hospitalizados según lo autorice la ley.

PERSONA ASEGURADA significa: 1) la Persona Asegurada Identificada, y 2) los Dependientes de la Persona Asegurada Identificada, si: 1) el Dependiente está inscrito correctamente en el programa; y 2) se ha pagado la prima correspondiente del Dependiente. El término "Asegurado" también significa Persona Asegurada.

CUIDADO INTENSIVO significa: 1) una unidad específicamente designada dentro del Hospital que proporciona el máximo nivel de atención médica y 2) que está restringida a aquellos pacientes que están gravemente enfermos o lesionados. Dicha unidad debe estar separada de la sala de recuperación posquirúrgica y de las habitaciones, camas y pabellones que habitualmente se utilizan para la internación de pacientes. Debe: 1) estar equipada permanentemente con aparatos especiales para salvar vidas destinados a la atención de las personas gravemente enfermas o lesionadas; y 2) estar bajo la observación continua y constante de personal de enfermería asignado a tiempo completo, que trabaje exclusivamente en la unidad de cuidados intensivos. Cuidado intensivo no significa ninguna de estas unidades intermedias:

1. Atención progresiva.
2. Cuidados intensivos para condiciones subagudas.
3. Unidades de atención intermedia.
4. Salas privadas con monitoreo.
5. Unidades de observación.
6. Otros establecimientos que no cumplan con los estándares de cuidado intensivo.

EMERGENCIA MÉDICA se refiere a la aparición de una Enfermedad o Lesión repentina, grave e inesperada. Ante la ausencia de atención médica inmediata, una persona razonable podría creer que esta condición podría tener cualquiera de las siguientes consecuencias:

1. La muerte.
2. Un peligro para la salud de la Persona Asegurada.
3. Una limitación grave de las funciones corporales.
4. Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
5. En el caso de una mujer embarazada, un grave peligro para la salud del feto.

Los gastos incurridos por “Emergencia Médica” sólo se pagarán por una Enfermedad o Lesión que cumpla las condiciones antes mencionadas. Estos gastos no se pagarán por Lesiones o Enfermedades leves.

NECESIDAD POR RAZONES MÉDICAS/MÉDICAMENTE NECESARIO se refiere a los servicios o suministros proporcionados o indicados por un Hospital o Médico que cumplen con todas las condiciones siguientes:

1. Son esenciales para los síntomas y el diagnóstico o tratamiento de la Enfermedad o Lesión.
2. Se proporcionan para el diagnóstico o la atención directa y el tratamiento de la Enfermedad o Lesión.
3. Están en conformidad con los estándares del buen ejercicio de la medicina.
4. No son principalmente para la comodidad de la Persona Asegurada o el Médico de la Persona Asegurada.
5. Son el suministro o nivel de servicio más adecuado que pueda proporcionarse de manera segura a la Persona Asegurada.

La Necesidad por Razones Médicas de ser hospitalizado como Paciente Hospitalizado significa que se cumplen las siguientes dos condiciones:

1. La Persona Asegurada necesita atención para una condición aguda como paciente que ocupa una cama de hospital.
2. La Persona Asegurada no puede recibir atención segura y adecuada como paciente ambulatorio.

Esta póliza sólo paga servicios, procedimientos y suministros que constituyan una Necesidad por Razones Médicas. No se pagarán beneficios por gastos que no sean una Necesidad por Razones Médicas, lo que incluye cualquier día o todos los días de Hospitalización.

ENFERMEDAD MENTAL significa una Enfermedad que sea un trastorno conductual, emocional o mental incluido en las categorías de diagnóstico psiquiátrico o de salud mental en la edición actual del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association*. Enfermedad Mental no incluye aquellas condiciones definidas en los Beneficios por Enfermedades Mentales Graves y Trastornos Emocionales Graves. El hecho de que un trastorno se incluya en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association* no significa que el tratamiento de dicho trastorno sea un Gasto Médico Cubierto. Si no está excluido o definido en alguna otra parte de la póliza, todos los diagnósticos psiquiátricos o de salud mental se consideran una Enfermedad.

PERSONA ASEGURADA IDENTIFICADA significa un estudiante elegible y matriculado del Titular de la Póliza, si: 1) el estudiante está inscrito correctamente en el programa; y 2) se ha pagado la prima correspondiente para la cobertura.

DIENTES NATURALES se refiere a la dentadura natural, donde la mayor parte de los dientes individuales de una persona están presentes, independientemente de empastes o recubrimientos.

RECIÉN NACIDO significa cualquier hijo nacido de una Persona Asegurada mientras esta persona está asegurada por esta póliza. Los Recién Nacidos estarán cubiertos por la póliza durante los primeros 31 días de su nacimiento. La cobertura de dicho hijo será por Lesión o Enfermedad, incluidos los defectos congénitos o anomalías de nacimiento médicamente diagnosticados, nacimiento prematuro y atención de enfermería; los beneficios serán los mismos que para la Persona Asegurada que es el padre o madre del niño.

La Persona Asegurada tendrá derecho a continuar con dicha cobertura para el niño después de los primeros 31 días. Para continuar la cobertura, la Persona Asegurada debe, en un plazo de 31 días después del nacimiento del hijo: 1) enviarnos una solicitud; y 2) pagar la prima adicional requerida, si corresponde, para la continuidad de la cobertura. Si la Persona Asegurada no hace uso de este derecho según lo que aquí se estipula, toda la cobertura en relación con dicho hijo se cancelará al cabo de los primeros 31 días después del nacimiento del hijo.

GASTO MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL significa la cantidad de Gastos Médicos Cubiertos que debe pagar la Persona Asegurada antes de que los Gastos Médicos Cubiertos se paguen al 100% durante el resto del Año de la Póliza. Consulte el Plan de Beneficios para ver detalles sobre cómo se aplica el Gasto Máximo de Desembolso Personal.

MÉDICO significa un profesional médico con licencia y legalmente calificado del arte de curar, quien proporciona atención dentro del alcance de su licencia, que no sea miembro directo de la familia de la persona.

El término “miembro de la familia directa” significa cualquier persona relacionada con la Persona Asegurada dentro del tercer grado por las leyes de consanguinidad o afinidad.

FISIOTERAPIA se refiere a las terapias de rehabilitación para pacientes ambulatorios a corto plazo (incluidos los Servicios Habilitativos) administradas por un Médico.

AÑO DE PÓLIZA significa el período que comienza en la Fecha de Vigencia de la póliza y termina en la Fecha de Cancelación de la póliza.

MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA significa: 1) medicamentos de venta con receta; 2) medicamentos compuestos de los cuales al menos un ingrediente es un medicamento de venta con receta; 3) cualquier otro medicamento que, según la ley federal o estatal vigente, sólo pueda surtirse con una receta por escrito extendida por un Médico; y 4) insulina inyectable.

ENFERMERA REGISTRADA significa una enfermera profesional que no es miembro de la familia directa de la Persona Asegurada.

ENFERMEDAD se refiere a una enfermedad de la Persona Asegurada que ocasiona pérdida mientras dicha Persona está cubierta por esta póliza. Todas las condiciones relacionadas y los síntomas recurrentes de la misma condición o de una similar se considerarán una sola enfermedad. Los Gastos Médicos Cubiertos en los que se incurrió como resultado de una Lesión que ocurrió antes de la Fecha de Vigencia de esta póliza serán considerados una enfermedad conforme a esta póliza.

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA significa un Hospital o un centro de enfermería con licencia y operado según lo exige la ley.

TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS significa una Enfermedad que figura como trastorno por consumo de sustancias o alcoholismo en la edición actual del *Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association*. El hecho de que un trastorno se incluya en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association* no significa que el tratamiento de dicho trastorno sea un Gasto Médico Cubierto. Si no está excluido o definido en alguna otra parte de la póliza, todos los trastornos por consumo de sustancias y alcoholismo se consideran una Enfermedad.

CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA significa un establecimiento que proporciona tratamiento requerido para prevenir el deterioro grave de la salud de la Persona Asegurada como resultado de una Enfermedad o Lesión imprevista, o la aparición de síntomas agudos o graves.

CARGOS USUALES Y HABITUALES significa la cantidad menor entre el cargo real o un cargo razonable que: 1) es usual y habitual si se compara con los cargos cobrados por servicios y suministros similares; y 2) se cobra a personas que tienen condiciones médicas similares en la localidad en que se presta el servicio. La Compañía usa datos de FAIR Health, Inc. para determinar los Cargos Usuales y Habituales. No se realizarán pagos conforme a esta póliza por ningún gasto incurrido que exceda los Cargos Usuales y Habituales.

Exclusiones y Limitaciones

No se pagarán beneficios por: a) pérdida o gasto provocado por, resultante de o al que se haya contribuido mediante; o b) tratamiento, servicios o suministros para, de o relacionados con cualquiera de los siguientes puntos:

1. Adicción, como:
 - Adicción a la cafeína.

- Adicción del comportamiento, como: adicción al juego, al sexo, a gastar, a comprar, al trabajo y a la religión.
- Codependencia.

Esta exclusión no se aplica a los beneficios específicamente estipulados en la póliza por Enfermedad Mental y Trastornos por Consumo de Sustancias.

2. Discapacidades del aprendizaje.
3. Biorretroalimentación.
4. Circuncisión.
5. Procedimientos estéticos, excepto procedimientos reconstructivos para:
 - Corregir una Lesión o tratar una Enfermedad para la cual hay beneficios pagaderos de otra manera en esta póliza. El resultado principal del procedimiento no es un cambio o mejora en el aspecto físico.
 - Tratar o corregir Condiciones Congénitas de un Recién Nacido o un Bebé adoptado.
6. Tratamiento dental, excepto:
 - Lesión accidental en Dientes Naturales.
 - Según lo descrito en Tratamiento Dental en la póliza.

Esta exclusión no se aplica a los beneficios específicamente estipulados en Servicios Pediátricos Dentales.

7. Cirugía Opcional o Tratamiento Opcional.
8. Cuidado de los pies para lo siguiente:
 - Cuidado rutinario de los pies que incluye el cuidado, el corte y la extracción de callos, callosidades, uñas y juanetes (excepto cirugía capsular u ósea).

Esta exclusión no se aplica al cuidado preventivo de los pies para las Personas Aseguradas que tienen diabetes.

9. Aparatos auditivos. Otro tratamiento para los defectos auditivos y la pérdida de la audición. "Defectos auditivos" significa cualquier defecto físico del oído que impide o puede impedir la audición normal, aparte del curso de la enfermedad.

Esta exclusión no se aplica a:

- Defectos auditivos o pérdida de la audición como resultado de una infección o Lesión.
- Aparato auditivo con anclaje de hueso para una Persona Asegurada con: a) anomalías craneofaciales cuya ausencia o defecto de los conductos auditivos impida el uso de aparatos auditivos portátiles; o b) pérdida de la audición que sea de la suficiente gravedad como para que no pueda corregirse adecuadamente con un aparato auditivo portátil.

10. Hirsutismo. Alopecia.
11. Vacunas, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza. Medicamentos preventivos o vacunas, excepto cuando sean necesarios para el tratamiento de una Lesión cubierta o según lo específicamente estipulado en la póliza.

Esta exclusión no se aplica a los Servicios de Atención Preventiva descritos en la sección "Beneficios por Gastos Médicos" de la póliza.

12. Lesión o Enfermedad para la cual los beneficios son pagados:
 - Conforme a cualquier Ley o Decreto de Compensación del Seguro Obrero (Workers' Compensation) o de Enfermedades Profesionales (Occupational Disease Law) o legislación similar.

13. Participación voluntaria en un disturbio o una insurrección civil. Perpetración de un delito grave o intención de perpetrar un delito grave. Pelea, excepto en defensa propia.

14. Servicios de Medicamentos de Venta con Receta, no habrá beneficios pagaderos por:
 - Aparatos o dispositivos terapéuticos, que incluyen: agujas hipodérmicas, jeringas, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, sin importar el uso previsto, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza.
 - Agentes inmunizantes, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza. Suero biológico.
 - Medicamentos con la etiqueta "Caution - limited by federal law to investigational use" ("Precaución: Uso limitado por las leyes federales para fines de investigación") o medicamentos experimentales.
 - Productos utilizados con fines estéticos.
 - Medicamentos usados para tratar o curar la calvicie. Esteroides anabólicos usados para fisiculturismo.
 - Anoréxicos: medicamentos usados para controlar el peso.
 - Agentes para la fertilidad, tales como Parlodel, Pergonal, Clomid, Profasi, Metrodin o Serophene.
 - Hormona del crecimiento, excepto cuando se usa para el tratamiento a largo plazo de Personas Aseguradas menores de 19 años con deficiencia del crecimiento por falta de una secreción adecuada de hormona del crecimiento endógena.
 - Resurtidos que excedan la cantidad especificada o despachados un (1) año después de la fecha de la receta.

15. Servicios reproductivos o para la fertilidad, incluidos, entre otros:
 - Asesoramiento sobre la procreación.
 - Asesoramiento genético y exámenes genéticos, excepto para el diagnóstico prenatal de trastornos genéticos fetales.
 - Criopreservación de materiales reproductivos. Almacenamiento de materiales reproductivos.
 - Pruebas de fertilidad.

- Tratamiento de la infertilidad (masculina o femenina), incluido cualquier servicio o suministro prestado con el propósito o la intención de inducir la concepción.
 - Exámenes premaritales.
 - Impotencia, orgánica o de otra índole.
 - Procedimientos de esterilización femenina, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza.
 - Reversión de procedimientos de esterilización.
 - Cirugía de cambio de sexo.
16. Exámenes rutinarios de la vista. Refracción de la vista. Anteojos. Lentes de contacto. Recetas o ajuste de anteojos o adaptación de lentes de contacto. Cirugía de corrección de la vista. Tratamiento para corregir defectos y problemas visuales.
- Esta exclusión no se aplica según lo siguiente:
- Cuando se deba a una Lesión cubierta o al curso de una enfermedad.
 - A beneficios específicamente estipulados en Servicios Pediátricos de la Vista.
 - A beneficios específicamente estipulados en la póliza.
 - A exámenes de la vista, incluidos los exámenes preventivos para condiciones como hipertensión, diabetes, glaucoma o degeneración macular.
17. Atención de Rutina para Recién Nacidos, guardería para el bebé sano y cargos del Médico relacionados, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza.
18. Exámenes físicos y pruebas con fines que no sean de atención preventiva en ausencia de Lesión o Enfermedad. Esta exclusión no se aplica a los Servicios de Atención Preventiva descritos en la sección “Beneficios por Gastos Médicos” de la póliza.
19. Servicios prestados normalmente sin cargo por el Servicio de Salud del Titular de la Póliza. Servicios cubiertos o prestados por la cuota de salud del estudiante.
20. Trastornos del sueño.
21. Terapia del habla, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza.
22. Programas para dejar de fumar multidisciplinarios e independientes. Estos programas generalmente incluyen proveedores de atención de la salud que se especializan en dejar de fumar y pueden contar con un psicólogo, trabajador social u otro profesional certificado o con licencia.
- Esta exclusión no se aplica a los Servicios de Atención Preventiva descritos en la sección “Beneficios por Gastos Médicos” de la póliza.
23. Suministros, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza.
24. Cirugía de aumento o reducción de senos, implantes o prótesis de seno, o ginecomastia, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza.
25. Tratamiento en un hospital dependiente del Gobierno, a menos que exista una obligación legal de que la Persona Asegurada pague dicho tratamiento.
26. Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no declarada, mientras presta servicios en las fuerzas armadas de cualquier país (si se solicita, se reembolsará una prima prorrateada por dicho período no cubierto).
27. Control del peso. Reducción del peso. Programas de nutrición. Tratamiento de la obesidad (excepto cirugía para la obesidad mórbida). Cirugía para extraer el exceso de piel o de grasa. Esta exclusión no se aplica a los beneficios específicamente estipulados en la póliza.

UnitedHealthcare Global: Servicios de Emergencia Globales

Si usted es un miembro asegurado por este plan de seguro, usted y su cónyuge o Pareja de Unión Libre e hijos menores de edad asegurados son elegibles para los Servicios de Emergencia de UnitedHealthcare Global. Los requisitos para recibir estos servicios son los siguientes:

Estudiantes del País, cónyuge o Pareja de Unión Libre asegurada e hijos menores de edad asegurados: son elegibles para recibir los servicios de UnitedHealthcare Global cuando se encuentran a 100 o más millas de distancia de su campus y a 100 o más millas de la dirección de su hogar permanente o mientras participan en un programa de Estudios en el Extranjero.

Los servicios de Evacuación Médica de Emergencia no tienen el propósito de utilizarse en vez de o en reemplazo de los servicios de emergencia locales como una ambulancia solicitada a través de la asistencia telefónica de emergencia a través del número de teléfono 911. UnitedHealthcare Global debe coordinar y prestar todos los servicios; no se considerará el pago de ningún servicio que no sea coordinado por UnitedHealthcare Global. Si la condición es una emergencia, debe ir inmediatamente al médico o al hospital más cercano sin demora y luego comunicarse con el Centro de Respuesta ante Emergencias disponible las 24 horas. UnitedHealthcare Global luego tomará las medidas correspondientes para asistirlo y controlar su atención hasta que la situación se resuelva.

Los Servicios Clave incluyen:

- Transferencia de los Datos del Seguro a los Proveedores Médicos
- Supervisión del Tratamiento
- Transferencia de Registros Médicos
- Medicamentos, Vacunas
- Referencias Médicas y Dentales en Todo el Mundo
- Envío de Médicos/Especialistas
- Evacuación Médica de Emergencia
- Facilidad de Pagos de Admisión en el Hospital de hasta \$5,000.00
- Transporte para Reunirse con un Participante Hospitalizado
- Transporte Después de la Estabilización
- Coordinación del reemplazo de Lentes Correctivos y Dispositivos Médicos
- Arreglos de Viaje de Emergencia
- Arreglos de Hotel en caso de Convalecencia
- Informes Continuos a la Familia y el Médico del País de Origen
- Regreso de Hijos Dependientes
- Reemplazo de Documentos de Viaje Extraviados o Robados
- Repatriación de Restos Mortales
- Perfiles de Destino con Servicio de Inteligencia de Destinos Mundiales
- Referencias Legales
- Transferencia de Fondos
- Transmisión de Mensajes
- Servicios de Traducción
- Servicios de Evacuación Política y de Seguridad
- Servicios de Evacuación por Desastres Naturales

Visite www.uhcsr.com/UHCGlobal para obtener el folleto de UnitedHealthcare Global, que incluye las descripciones de los servicios y las exclusiones y limitaciones del programa.

Para tener acceso a los servicios, llame al:

(800) 527-0218 Gratis dentro de los Estados Unidos

(410) 453-6330 A cobro revertido desde fuera de los Estados Unidos

También puede tener acceso a los servicios a través del correo electrónico a assistance@UHCGlobal.com.

Cuando llame al Centro de Operaciones de UnitedHealthcare Global, tenga a mano la siguiente información:

- Nombre de la persona que llama, número de teléfono y (si es posible) número de fax y relación con el paciente;
- Nombre, edad, sexo y número de identificación de UnitedHealthcare Global del paciente que se encuentra en su Tarjeta de Identificación Médica;
- Descripción de la condición del paciente;
- Nombre, ubicación y número de teléfono del hospital, si corresponde;
- Nombre y número de teléfono del médico tratante; e
- Información sobre dónde se puede ubicar al médico de inmediato.

UnitedHealthcare Global no es un seguro médico o de viaje, sino un proveedor de servicios de asistencia médica de emergencia. Todos los costos médicos en los que se incurra se deben presentar ante su plan de salud y están sujetos a los límites de cobertura de salud de su póliza. UnitedHealthcare Global debe coordinar y prestar todos los servicios de asistencia. No se aceptarán reclamos por reembolso de servicios no prestados por UnitedHealthcare Global. Para obtener más información, incluidas las limitaciones y exclusiones, consulte la información de UnitedHealthcare Global en **My Account** (Mi Cuenta) en www.uhcsr.com/MyAccount.

Acceso en Línea a Información de la Cuenta

Las Personas Aseguradas por UnitedHealthcare **StudentResources** tienen acceso en línea al estado de sus reclamos, Explicaciones de Beneficios, Tarjetas de Identificación, proveedores de la red, correspondencia e información de cobertura cuando inician sesión en **My Account** en www.uhcsr.com/myaccount. Los estudiantes asegurados que aún no tengan una cuenta en línea simplemente pueden seleccionar el enlace **create My Account Now** (crear Mi Cuenta ahora). Siga las instrucciones simples en pantalla para establecer una cuenta en línea en cuestión de minutos con su número de identificación del seguro de 7 dígitos o la dirección de correo electrónico registrada.

Como parte del compromiso de UnitedHealthcare **StudentResources** de reducir los desechos para proteger el medioambiente, hemos adoptado una serie de iniciativas destinadas a preservar nuestros preciados recursos naturales y, a la vez, proteger la seguridad de la información de salud personal de los estudiantes.

My Account ahora incluye un *Message Center* (Centro de Mensajes), una herramienta autoservicio que ofrece una manera rápida y sencilla de ver cualquier notificación por correo electrónico que podamos haber enviado. En el *Message Center*, las notificaciones se envían de forma segura directamente a la dirección de correo electrónico del estudiante Asegurado. Si el estudiante Asegurado prefiere recibir copias impresas, puede elegir no recibir mensajes electrónicos. Para realizar este cambio, debe ingresar en *My Email Preferences* (Mis Preferencias de Correo Electrónico).

Tarjetas de Identificación

Una manera de ser más ecológicos es dejar de enviar automáticamente **Tarjetas de Identificación** por correo. En cambio, enviaremos una notificación por correo electrónico cuando la tarjeta de identificación digital esté disponible para descargar de **My Account**. Un estudiante Asegurado también puede usar **My Account** para solicitar la entrega de una tarjeta de identificación permanente a través del correo.

Aplicación para Teléfonos Móviles de UHCSR

La Aplicación para Teléfonos Móviles de UHCSR está disponible para descargar en la tienda Google Play o App Store de Apple. Las funciones de la Aplicación para Dispositivos Móviles incluyen acceso fácil a:

- **Tarjetas de Identificación:** Puede verlas, guardarlas en su dispositivo, enviarlas por fax o correo electrónico directamente a su proveedor. Los Dependientes Cubiertos también están incluidos.
- **Búsqueda de Proveedores:** puede buscar proveedores participantes de Atención de la Salud o de Salud Mental Dentro de la Red, llamar al consultorio o establecimiento, ver un mapa.
- **Encontrar Mis Reclamos:** puede ver los reclamos recibidos en los últimos 60 días tanto de la persona asegurada primaria como de los dependientes cubiertos; incluidos el proveedor, la fecha del servicio, el estado, la cantidad del reclamo y la cantidad pagada.

UnitedHealth Allies

Los estudiantes Asegurados también tienen acceso al programa de descuentos UnitedHealth Allies®. Simplemente inicie sesión en **My Account** según lo descrito más arriba y seleccione **UnitedHealth Allies Plan** para conocer mejor los descuentos disponibles. Cuando vea o imprima la tarjeta de identificación médica, también se incluirá la tarjeta de UnitedHealth Allies. El Programa UnitedHealth Allies no es un seguro y es ofrecido por UnitedHealth Allies, una compañía de UnitedHealth Group.

Procedimientos de Reclamo por Beneficios por Lesión y Enfermedad

En caso de una Lesión o Enfermedad, los estudiantes deben:

1. Ir al Servicio de Salud Estudiantil para solicitar tratamiento o, en caso de no encontrarse en la escuela, a su Médico o al Hospital.
2. Enviar por correo a la dirección que se encuentra a continuación todas las facturas médicas y del hospital, junto con el nombre del paciente y el nombre, la dirección y el número de identificación de SR (el número de identificación de la compañía de seguros de la persona asegurada) del estudiante, así como el nombre de la universidad en la cual se encuentra asegurado el estudiante. No es necesario un formulario de reclamo de la Compañía para presentar un reclamo.

3. Presentar los reclamos de pago dentro de los 90 días posteriores a la fecha del servicio. Si la Persona Asegurada no presenta esta información dentro de un año de la fecha del servicio, podemos denegar los beneficios por ese servicio a nuestro criterio. Este límite de tiempo no se aplica si la Persona Asegurada es legalmente incapacitada.

Envíe por correo la información anterior a la Compañía:

UnitedHealthcare **StudentResources**
P.O. Box 809025
Dallas, TX 75380-9025

Beneficios por Servicios Pediátricos Dentales

Se proporcionan beneficios por Servicios Dentales Cubiertos para Personas Aseguradas menores de 19 años. Los beneficios se terminan en la primera de las siguientes fechas: 1) el último día del mes en que la Persona Asegurada cumple 19 años de edad; o 2) la fecha en que se termina la cobertura de la Persona Asegurada conforme a la póliza.

Sección 1: Acceso a los Servicios Pediátricos Dentales

Beneficios Dentro y Fuera de la Red

Los Beneficios Dentro de la Red se aplican cuando la Persona Asegurada decide obtener Servicios Dentales Cubiertos de un Proveedor Dental Dentro de la Red. Las Personas Aseguradas generalmente deben pagar menos al Proveedor Dental Dentro de la Red de lo que pagarían por los servicios de un Proveedor Fuera de la Red. Los Beneficios Dentro de la Red se determinan según la cuota contractual de cada Servicio Dental Cubierto. En ningún caso la Persona Asegurada deberá pagar a un Proveedor Dental Dentro de la Red una cantidad por un Servicio Dental Cubierto que exceda la cuota contractual.

Para que los Servicios Dentales Cubiertos se paguen como Beneficios Dentro de la Red, la Persona Asegurada debe obtener todos los Servicios Dentales Cubiertos directamente o a través de un Proveedor Dental Dentro de la Red.

Las Personas Aseguradas siempre deben verificar el estado de participación de un proveedor antes de solicitar servicios. Cada cierto tiempo, el estado de participación de un proveedor puede cambiar. Para verificar el estado de participación, llame a la Compañía y/o al proveedor. Si es necesario, la Compañía puede brindar referencias de Proveedores Dentales Dentro de la Red a la Persona Asegurada.

La Compañía pondrá a disposición de la Persona Asegurada un Directorio de Proveedores Dentales de la Red. La Persona Asegurada también puede llamar al Servicio al Cliente al 877-816-3596 para determinar qué proveedores participan en la Red. El número de teléfono del Servicio al Cliente también se encuentra en la tarjeta de identificación de la Persona Asegurada.

Los Beneficios Fuera de la Red se aplican cuando los Servicios Dentales Cubiertos se obtienen de Proveedores Dentales Fuera de la Red. Las Personas Aseguradas deben pagar más al proveedor que por los Beneficios Dentro de la Red. Los Beneficios Fuera de la Red se determinan sobre la base de los Honorarios Usuales y Habituales de los Proveedores Dentales Dentro de la Red por cada Servicio Dental Cubierto en una situación similar. La cantidad real que cobre un Proveedor Dental Fuera de la Red por un Servicio Dental Cubierto puede exceder los Honorarios Usuales y Habituales. Como resultado, la Persona Asegurada podría tener que pagar a un Proveedor Dental Fuera de la Red una cantidad por un Servicio Dental Cubierto que exceda los Honorarios Usuales y Habituales. Además, cuando se obtienen Servicios Dentales Cubiertos de Proveedores Dentales Fuera de la Red, la Persona Asegurada debe presentar un reclamo ante la Compañía para que le reembolsen los Gastos Dentales Elegibles.

Servicios Dentales Cubiertos

Los Beneficios son elegibles para recibir los Servicios Dentales Cubiertos si tales Servicios Dentales son Necesarios y son prestados por un Proveedor Dental Dentro de la Red, o bajo la dirección de éste.

Los beneficios están disponibles únicamente para Servicios Dentales Necesarios. El hecho de que un Proveedor Dental le haya realizado o indicado un procedimiento o tratamiento para una enfermedad dental, o el hecho de que sea el único tratamiento disponible, no significa que dicho procedimiento o tratamiento sea un Servicio Dental Cubierto.

Cotización Previa al Tratamiento

Si se prevé que el cargo de un Servicio Dental excederá los \$500 o si un examen dental revela la necesidad de realizar puentes fijos, la Persona Asegurada puede recibir una cotización previa al tratamiento. Para recibir una cotización previa al tratamiento, la Persona Asegurada o el Proveedor Dental debe enviar un aviso a la Compañía, mediante un formulario de reclamo, dentro de los 20 días calendario del examen. Si se solicita, el Proveedor Dental debe proporcionar a la Compañía las radiografías dentales, los modelos de estudio u otra información necesaria para evaluar el plan de tratamiento a los efectos de la determinación de beneficios.

La Compañía determinará si el tratamiento propuesto es un Servicio Dental Cubierto y calculará la cantidad del pago. La cotización de los beneficios pagaderos se enviará al Proveedor Dental y estará sujeta a todos los términos, condiciones y disposiciones de la póliza.

Una cotización previa al tratamiento de beneficios no constituye un acuerdo para pagar los gastos. Este procedimiento permite que la Persona Asegurada sepa con anticipación aproximadamente qué parte de los gastos se considerarán para el pago.

Autorización Previa

Se requiere autorización previa para todos los servicios de ortodoncia. La Persona Asegurada debe hablar con el Proveedor Dental sobre la obtención de una autorización previa antes de que se presten los Servicios Dentales. Si la Persona Asegurada no obtiene una autorización previa, la Compañía tiene derecho a denegar el reclamo por no cumplir con este requisito.

Sección 2: Beneficios por Servicios Pediátricos Dentales

Se proporcionan beneficios por los Servicios Dentales especificados en esta Sección cuando dichos servicios:

- A. Son necesarios.
- B. Son prestados por o bajo la dirección de un Proveedor Dental.
- C. Son para aquellas situaciones clínicas que puedan tratarse eficazmente con un procedimiento dental alternativo apropiado y menos costoso. A estos casos se les asignará un beneficio basado en el procedimiento menos costoso.
- D. No estén excluidos, según lo descrito en la Sección 3: Exclusiones de Servicios Pediátricos Dentales

Deducible por Servicios Dentales:

Los Beneficios por los Servicios Pediátricos Dentales no están sujetos al Deducible de la póliza que se indica en el Plan de Beneficios de la póliza. En cambio, los beneficios por Servicios Pediátricos Dentales están sujetos a un Deducible por Servicios Dentales aparte. Por cualquier combinación de beneficios Dentro y Fuera de la Red, el Deducible por Servicios Dentales por Año de Póliza es de \$500 por Persona Asegurada.

Gasto Máximo de Desembolso Personal

Cualquier cantidad que la Persona Asegurada pague de Coaseguro por Servicios Pediátricos Dentales conforme a este beneficio se aplica al Gasto Máximo de Desembolso Personal que se indica en el Plan de Beneficios de la póliza.

Beneficios

Cuando se aplican límites de beneficios, el límite establecido se refiere a cualquier combinación de Beneficios tanto Dentro como Fuera de la Red, a menos que se indique específicamente lo contrario.

Los límites de Beneficios se calculan por Año de Póliza a menos que se indique específicamente lo contrario.

Descripción y Limitaciones de Beneficios	Beneficios Dentro de la Red Los Beneficios se expresan como un porcentaje de los Gastos Dentales Elegibles.	Beneficios Fuera de la Red Los Beneficios se expresan como un porcentaje de los Gastos Dentales Elegibles.
Servicios de Diagnóstico (No sujetos al pago del Deducible por Servicios Dentales.)		
Radiografías de Aleta de Mordida Intrabucales Se limitan a 2 series de 4 placas cada 12 meses. Se permiten placas periapicales o de aleta de mordida aisladas en casos de emergencia o en casos específicos.	100%	50%
Radiografías Panorex (Radiografía de Mandíbula Completa) Se limitan a 1 placa cada 24 meses.	100%	50%
Serie Completa de Radiografías Se limita a 1 serie cada 24 meses.	100%	50%
Evaluación Bucal (Examen de Control) Cubierto como un beneficio aparte solamente si no se prestó ningún otro servicio durante la visita, salvo radiografías.	100%	50%
Pruebas de Vitalidad	100%	50%
Servicios Preventivos (No sujetos al pago del Deducible por Servicios Dentales.)		
Profilaxis Dental (Limpiezas) Se limita a 2 cada 12 meses.	100%	50%
Tratamientos con Flúor El tratamiento debe realizarse junto con la profilaxis dental.	100%	50%
Selladores (Recubrimiento Protector) Se limitan a los primeros y segundos molares permanentes.	100%	50%
Mantenedores de Espacio	100%	50%
Servicios Dentales Menores, Endodoncia, Periodoncia y Cirugía Oral		
Restauraciones con Amalgama (Empastes Plateados) Varias restauraciones en una superficie se tratarán como un empaste único.	80%	50%
Restauraciones con Compuesto de Resina (Empastes del Mismo Color del Diente) Para dientes anteriores y posteriores.	80%	50%
Endodoncia Tratamiento de Conducto Recubrimiento Pulpar Directo Pulpotomía y Pulpotomía Vital Empaste de Apexificación con Hidróxido de Calcio Amputación de Raíz Apicoectomía Repetición de Tratamiento de Conducto (en ciertos casos)	80%	50%
Cirugía Periodontal (Cirugía de las Encías)	80%	50%
Raspado y Alisado de la Raíz (Limpiezas Profundas) Se limita a cinco cuadrantes cada 12 meses.	80%	50%
Mantenimiento Periodontal (Mantenimiento de las Encías) Se limita a 4 veces por período de 12 meses junto con profilaxis dental, luego de un tratamiento periodontal activo y complementario, sin incluir un desbridamiento total.	80%	50%
Extracciones Simples (Extracción simple de un diente)	80%	50%
Cirugía Oral, incluye las Extracciones Quirúrgicas	80%	50%

Descripción y Limitaciones de Beneficios	Beneficios Dentro de la Red Los Beneficios se expresan como un porcentaje de los Gastos Dentales Elegibles.	Beneficios Fuera de la Red Los Beneficios se expresan como un porcentaje de los Gastos Dentales Elegibles.
Servicios Complementarios		
<p>Servicios Generales (incluyen Tratamiento de Emergencia Dental) Cubierto como un beneficio aparte solamente si no se prestó ningún otro servicio durante la visita, salvo radiografías. La anestesia general está cubierta sólo cuando es clínicamente necesaria. Protectores oclusales Se limitan a 1 protector cada 12 meses.</p>	80%	50%
Servicios de Restauración Mayor		
<p>El reemplazo de dentaduras completas, dentaduras parciales fijas o removibles, coronas, incrustaciones o recubrimientos cuyo pago se haya solicitado previamente se limita a 1 vez cada 36 meses a partir de la colocación inicial o suplementaria.</p>		
<p>Incrustaciones/Recubrimientos/Coronas (Coronas Parciales a Completas) Se limitan a 1 vez por diente cada 36 meses (o antes cuando la corona ya no es funcional). Cubierto sólo cuando no se pueda restaurar el diente con amalgama.</p>	80%	50%
<p>Prótesis Fijas (Puentes) Se limitan a 1 vez por diente cada 36 meses.</p>	80%	50%
<p>Prótesis Removibles (Dentaduras Completas) Se limitan a 1 cada 36 meses. No hay asignación adicional por aditamentos de precisión o semiprecisión.</p>	80%	50%
<p>Prótesis Removibles (Dentaduras Parciales) Se limitan a 1 cada 36 meses consecutivos, o antes si es necesario debido a la pérdida de un diente natural cuando no es factible usar la prótesis parcial existente y no es posible adaptarla para que quede bien. No hay asignación adicional por aditamentos de precisión o semiprecisión.</p>	80%	50%
<p>Rellenado y Rebasado de Dentaduras Se limitan a 1 vez por arco cada 12 meses.</p>	80%	50%
<p>Reparaciones o Ajustes de Dentaduras Completas, Dentaduras Parciales, Puentes o Coronas</p>	80%	50%
Implantes		
<p>Colocación de Implantes Se limitan a 1 vez cada 60 meses.</p>	100%	50%
<p>Prótesis sobre Implantes Se limitan a 1 vez cada 60 meses.</p>	100%	50%
<p>Procedimientos de Mantenimiento de Implantes Incluyen la extracción de prótesis, la limpieza de prótesis y aditamentos, así como la reinserción de prótesis. Se limitan a 1 vez cada 60 meses.</p>	100%	50%
<p>Reparación, Prótesis sobre Implantes, por Informe Se limitan a 1 vez cada 60 meses.</p>	100%	50%
<p>Corona sobre Soporte (Titanio) o Corona para Retenedor para Dent. Parcial Fija, Titanio Se limitan a 1 vez cada 60 meses.</p>	100%	50%
<p>Reparación de Soporte de Implante por Informe Se limitan a 1 vez cada 60 meses.</p>	100%	50%
<p>Índice Radiográfico/Quirúrgico para Implante por Informe Se limitan a 1 vez cada 60 meses.</p>	100%	50%
ORTODONCIA MÉDICAMENTE NECESARIA		

Descripción y Limitaciones de Beneficios	Beneficios Dentro de la Red Los Beneficios se expresan como un porcentaje de los Gastos Dentales Elegibles.	Beneficios Fuera de la Red Los Beneficios se expresan como un porcentaje de los Gastos Dentales Elegibles.
<p>La Compañía aprueba beneficios por el tratamiento de ortodoncia integral cuando es Necesario para promover la salud bucal, restaurar las estructuras bucales para recuperar su salud y función, y para tratar condiciones de emergencia. También se proporcionan beneficios por todos los casos de maloclusión médicamente incapacitantes, independientemente de la causa, incluida las Lesiones. Todo tratamiento de ortodoncia debe recibir autorización previa.</p>		
<p>Servicios de Ortodoncia Servicios o suministros prestados por un Proveedor Dental para diagnosticar o corregir la falta de alineación de los dientes o la mordida. Los Beneficios están disponibles únicamente cuando se determina que el servicio o suministro es médicamente necesario.</p>	<p>100%</p>	<p>50%</p>

IMPORTANTE: Si la Persona Asegurada opta por recibir Servicios Dentales que no son Servicios Dentales Cubiertos conforme esta póliza, un Proveedor Dental de la Red puede cobrarle a la Persona Asegurada sus Honorarios Usuales y Habituales por dichos servicios. Antes de prestarle a una Persona Asegurada Servicios Dentales que no son un beneficio cubierto, el Proveedor Dental debe entregarle a la Persona Asegurada un plan de tratamiento que incluya cada Servicio Dental previsto que se prestará y el costo aproximado de cada uno. Si la Persona Asegurada desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, puede llamar al *Servicio al Cliente* al 1-877-816-3596. Para comprender esta cobertura en su totalidad, la Persona Asegurada debería revisar detenidamente esta póliza.

Sección 3: Exclusiones de Servicios Pediátricos Dentales

Excepto que se indique específicamente en la Sección 2: Beneficios por Servicios Dentales Cubiertos, no se proporcionan beneficios para lo siguiente:

1. Servicios Dentales que no sean Necesarios.
2. Hospitalización y otros cargos del establecimiento.
3. Cualquier Procedimiento Dental realizado exclusivamente por razones cosméticas/estéticas. (Los procedimientos estéticos son aquellos que mejoran la apariencia física).
4. Cirugía reconstructiva, independientemente de que la cirugía sea o no inherente a una enfermedad, Lesión o Condición Congénita dental, cuando el principal propósito es mejorar el funcionamiento fisiológico de la parte del cuerpo afectada.
5. Cualquier Procedimiento Dental que no esté directamente relacionado con una enfermedad dental.
6. Cualquier Procedimiento Dental que no se practique en un establecimiento dental, excepto según lo específicamente estipulado en Servicios Dentales en la sección Beneficios por Gastos Médicos de la póliza.
7. Procedimientos que se consideren Servicios Experimentales, de Investigación o No Comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de Terapeutas Dentales de la Asociación Dental Estadounidense (American Dental Association, ADA). El hecho de que un Servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico Experimental, de Investigación o No Comprobado sea el único tratamiento disponible para una condición en particular no resultará en la prestación de beneficios si el procedimiento se considera Experimental, de Investigación o No Comprobado en el tratamiento de dicha condición en particular.
8. Medicamentos que se puedan obtener con o sin receta, a menos que se surtan y usen en el consultorio dental durante la visita del paciente.
9. Reducción de fracturas óseas faciales y cualquier tratamiento relacionado con la dislocación del tejido duro esquelético facial.
10. Reemplazo de dentaduras completas, dentaduras parciales fijas o removibles o coronas e implantes, coronas para implantes y prótesis si el daño o rotura estuvo directamente relacionado con un error del proveedor. Este tipo de reemplazo es responsabilidad del Proveedor Dental. Si el reemplazo es Necesario debido a un incumplimiento del paciente, el costo del reemplazo es responsabilidad del paciente.
11. Servicios relacionados con el síndrome de la articulación temporomandibular ya sea bilateral o unilateral. Cirugía del maxilar superior e inferior (incluida la cirugía relacionada con la articulación temporomandibular). Cirugía ortognática, alineación de la mandíbula y tratamiento para la articulación temporomandibular.
12. Habrá un cargo por no asistir a las citas programadas sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
13. Gastos por Procedimientos Dentales iniciados con anterioridad a la Fecha de Vigencia de la cobertura de la Persona Asegurada.

14. Servicios Dentales que estén cubiertos por la póliza, pero que se presten después de la fecha en que termina la cobertura individual de la póliza, incluso Servicios Dentales para condiciones dentales que surjan antes de dicha fecha.
15. Servicios prestados por un proveedor con la misma residencia legal que la Persona Asegurada o que sea miembro de la familia de la Persona Asegurada, como un cónyuge, hermano, hermana, padre, madre o hijo(a).
16. Los Servicios prestados en el extranjero no están cubiertos a menos que sean necesarios debido a una Emergencia Dental.
17. Procedimientos de restauración de prótesis fijas o removibles para rehabilitación o reconstrucción bucal completa.
18. Procedimientos relacionados con la reconstrucción de la dimensión vertical de oclusión (DVO) correcta del paciente.
19. Facturación por incisión y drenaje si el diente con absceso en cuestión se extrae en la misma fecha de servicio.
20. Colocación de dentaduras parciales fijas exclusivamente con el fin de lograr la estabilidad periodontal.
21. Acupuntura, acupresión y otras formas de tratamiento alternativo, ya sea que se utilicen o no como anestesia.
22. La cobertura de ortodoncia no incluye la colocación de un mantenedor de espacio, cualquier tratamiento relacionado con la articulación temporomandibular, cualquier procedimiento quirúrgico para corregir una maloclusión, el reemplazo de retenedores perdidos o rotos y/o aparatos correctores de hábitos, ni ningún aparato de ortodoncia interceptiva fijo o removible previamente presentado para el pago conforme a la póliza.

Sección 4: Reclamos por Servicios Pediátricos Dentales

Cuando obtenga Servicios Dentales de un Proveedor Fuera de la Red, la Persona Asegurada deberá pagar todos los cargos facturados directamente al Proveedor Dental. La Persona Asegurada luego puede solicitar un reembolso a la Compañía. La Persona Asegurada debe presentar ante la Compañía toda la información que se identifica a continuación.

Reembolso de Servicios Dentales

La Persona Asegurada es responsable de enviar una solicitud de reembolso a la Compañía, en un formulario suministrado por la Compañía o aceptable para ésta.

Formularios de Reclamo

No es necesario incluir un formulario de reclamo con el comprobante de pérdida. Sin embargo, el comprobante debe incluir la siguiente información:

- Nombre y dirección de la Persona Asegurada.
- Número de identificación de la Persona Asegurada.
- El nombre y la dirección del proveedor del o de los servicios.
- Un diagnóstico del Proveedor Dental que incluya una ficha dental completa que refleje las extracciones, los empastes u otros servicios dentales prestados antes de que se incurriera el cargo del reclamo.
- Radiografías, informes de laboratorio o de hospital.
- Moldes o modelos de estudio.
- Factura detallada que incluya los códigos CPT o ADA, o una descripción de cada cargo.
- La fecha en que comenzó la enfermedad dental.
- Una declaración que indique que la Persona Asegurada está o no inscrita en la cobertura de cualquier otro plan o programa de seguro dental o de salud. Si está inscrita en otra cobertura, la Persona Asegurada debe incluir el nombre de las otras compañías de seguros.

Para presentar un reclamo, envíe la información anterior a la Compañía a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Dental
Attn: Claims Unit
P.O. Box 30567
Salt Lake City, UT 84130-0567

Presentar los reclamos de pago dentro de los 90 días posteriores a la fecha del servicio. Si la Persona Asegurada no presenta esta información dentro de un año de la fecha del servicio, podemos denegar los beneficios por ese servicio a nuestro criterio. Este límite de tiempo no se aplica si la Persona Asegurada es legalmente incapacitada.

Si la Persona Asegurada desea usar un formulario de reclamo, puede llamar al Servicio al Cliente al 1-877-816-3596 para solicitar que le envíen uno por correo. El número del Servicio al Cliente también se encuentra en la Tarjeta de Identificación Dental de la Persona Asegurada.

Sección 5: Términos Definidos para los Servicios Pediátricos Dentales

Las siguientes definiciones son adicionales a las DEFINICIONES de la póliza:

Servicio Dental Cubierto - Servicio Dental o Procedimiento Dental para el que se proporcionan beneficios en esta sección.

Emergencia Dental - condición dental o síntoma resultante de una enfermedad dental que surge repentinamente y, a criterio de una persona razonable, requiere atención y tratamiento inmediatos, y dicho tratamiento se busca o recibe dentro de las 24 horas del inicio.

Proveedor Dental - cualquier dentista o profesional dental que cuente con la debida licencia y esté calificado, conforme a la ley de la jurisdicción en que se recibe el tratamiento, para prestar Servicios Dentales, practicar cirugía dental o administrar anestesia para cirugía dental.

Servicio Dental o Procedimientos Dentales - cuidado o tratamiento dental proporcionado por un Proveedor Dental a la Persona Asegurada mientras la póliza está en vigencia, siempre que dicho cuidado o tratamiento sea reconocido por la Compañía como forma generalmente aceptada de cuidado o tratamiento según los estándares imperantes del ejercicio de la odontología.

Gastos Dentales Elegibles - los Gastos Dentales Elegibles por Servicios Dentales Cubiertos, incurridos mientras la póliza está en vigencia, se determinan según se establece a continuación:

- Para los Beneficios Dentro de la Red, cuando los Servicios Dentales Cubiertos se reciben de parte de Proveedores Dentales Dentro de la Red, los Gastos Dentales Elegibles son las cuotas contractuales de la Compañía por los Servicios Dentales Cubiertos con ese proveedor.
- Para los Beneficios Fuera de la Red, cuando los Servicios Dentales Cubiertos se reciben de parte de Proveedores Dentales Fuera de la Red, los Gastos Dentales Elegibles son los Honorarios Usuales y Habituales, según se definen a continuación.

Necesario(s) - Servicios y suministros Dentales que la Compañía, a través de evaluaciones caso por caso de la atención según las prácticas dentales aceptadas, determina que son adecuados y cumplen con todo lo siguiente:

- Son necesarios para satisfacer las necesidades dentales básicas de la Persona Asegurada.
- Se prestan de la manera más eficiente en costo posible y en el lugar apropiado para la prestación del Servicio Dental.
- Son coherentes con el tipo, la frecuencia y la duración del tratamiento con las pautas basadas científicamente de la investigación clínica nacional, u organizaciones de cobertura de cuidado de la salud o agencias del gobierno que son aceptadas por la Compañía.
- Son coherentes con el diagnóstico de la condición.
- Se requieren por razones que no sean la conveniencia de la Persona Asegurada o su Proveedor Dental.
- Demuestren, a través de la bibliografía dental imperante revisada por colegas, algo de lo siguiente:
 - Ser seguros y eficaces para el tratamiento o diagnóstico de la condición o enfermedad para el que se propone su uso; o
 - Ser seguros con eficacia promisoria.
 - ◆ Ser para el tratamiento de una enfermedad o condición dental potencialmente mortal.
 - ◆ Prestarse en un estudio de investigación clínicamente controlado.
 - ◆ Usar un protocolo de investigación específico que cumple con estándares equivalentes a los definidos por los *Institutos Nacionales de la Salud*.

(A efectos de esta definición, el término potencialmente mortal se emplea para describir enfermedades o condiciones dentales con probabilidad de causar la muerte dentro de un año a partir de la fecha de solicitud de tratamiento).

El hecho de que un Proveedor Dental le haya realizado o indicado un procedimiento o tratamiento, o el hecho de que sea el único tratamiento para una enfermedad dental en particular no significa que sea un Servicio Dental Cubierto Necesario según lo definido en esta sección. La definición de Necesario que se usa en esta sección se relaciona únicamente con los beneficios establecidos en este endoso y difiere de la forma en que un Proveedor Dental que ejerce la odontología pueda definir como “necesario”.

Red - grupo de Proveedores Dentales que están sujetos a un convenio de participación vigente con la Compañía, directamente o a través de otra entidad, para prestar Servicios Dentales a las Personas Aseguradas. El estado de participación de los proveedores cambiará de vez en cuando.

Beneficios Dentro de la Red - beneficios disponibles para Servicios Dentales Cubiertos cuando son prestados por un Proveedor Dental que es un Dentista de la Red.

Beneficios Fuera de la Red - beneficios disponibles para Servicios Dentales Cubiertos obtenidos de Dentistas Fuera de la Red.

Honorarios Usuales y Habituales - la Compañía calcula los Honorarios Usuales y Habituales sobre la base de los recursos de datos disponibles de honorarios competitivos en el área geográfica en cuestión.

Los Honorarios Usuales y Habituales no deben exceder los honorarios que cobraría el proveedor a cualquier pagador en una situación similar por los mismos servicios.

Los Honorarios Usuales y Habituales se determinan exclusivamente de acuerdo con las pautas de las normas de reembolso de la Compañía. Las pautas de las normas de reembolso de la Compañía son elaboradas por la Compañía, a su criterio, después de la evaluación y la validación de todas las facturas del proveedor de acuerdo con una o más de las siguientes metodologías:

- Según se indica en la última edición de la Terminología de Procedimientos Actuales, publicación de la American Dental Association (ADA).
- Según los informes de profesionales o publicaciones generalmente reconocidos.
- Según la utilizada por Medicare.
- Según lo determine el personal médico o dental y los consultores médicos o dentales externos.
- En conformidad con otra fuente o determinación adecuada que la Compañía acepte.

Beneficios por Servicios Pediátricos de Cuidado de la Vista

Se proporcionan beneficios por Servicios de Cuidado de la Vista Cubiertos para Personas Aseguradas menores de 19 años. Los beneficios se terminan en la primera de las siguientes fechas: 1) el último día del mes en que la Persona Asegurada cumple 19 años de edad; o 2) la fecha en que se termina la cobertura de la Persona Asegurada conforme a la póliza.

Sección 1: Beneficios por Servicios Pediátricos de Cuidado de la Vista

Hay Beneficios disponibles por los Servicios Pediátricos de Cuidado de la Vista prestados por un Proveedor de Cuidado de la Vista de Spectera Eyecare Networks o de un Proveedor de Cuidado de la Vista Fuera de la Red. Para encontrar un Proveedor de Cuidado de la Vista de Spectera Eyecare Networks, la Persona Asegurada puede llamar al servicio localizador de proveedores al 1-800-839-3242. La Persona Asegurada también puede tener acceso a una lista de los Proveedores de Cuidado de la Vista de Spectera Eyecare Networks en internet en www.myuhcvision.com.

Cuando se obtenga Servicios de Cuidado de la Vista un Proveedor de Cuidado de la Vista Fuera de la Red, la Persona Asegurada deberá pagar todos los cargos facturados en el momento del servicio. La Persona Asegurada luego puede solicitar un reembolso a la Compañía según lo descrito en la Sección 3: Reclamos por Servicios de Cuidado de la Vista. El reembolso se limitará a las cantidades que se indican a continuación.

Cuando se obtenga estos Servicios de Cuidado de la Vista de un Proveedor de Cuidado de la Vista de Spectera Eyecare Networks, la Persona Asegurada deberá pagar un Copago en el momento del servicio.

Beneficios Dentro de la Red:

Los Beneficios por los Servicios de Cuidado de la Vista se determinan según la cuota contractual negociada entre la Compañía y el Proveedor de Cuidado de la Vista. La tarifa negociada de la Compañía con el Proveedor de Cuidado de la Vista generalmente es más baja que el cargo que factura el Proveedor de Cuidado de la Vista.

Beneficios Fuera de la Red:

Los Beneficios por Servicios de Cuidado de la Vista prestados por proveedores Fuera de la Red se determinan como un porcentaje del cargo que factura el proveedor.

Deducible de la Póliza:

Los Beneficios por los Servicios Pediátricos de Cuidado de la Vista no están sujetos al Deducible de la póliza que se indica en el Plan de Beneficios de la póliza. Cualquier cantidad que la Persona pague en Copagos por Servicios de Cuidado de la Vista no se aplica al Deducible de la póliza que se indica en el Plan de Beneficios de la póliza.

Descripción de Beneficios

Cuando se aplican límites de beneficios, el límite establecido se refiere a cualquier combinación de Beneficios tanto Dentro como Fuera de la Red, a menos que se indique específicamente lo contrario. Los límites de Beneficios se calculan por Año de Póliza a menos que se indique específicamente lo contrario.

Se proporcionan Beneficios por los Servicios de Cuidado de la Vista que se describen a continuación, sujetos a los límites de Frecuencia del Servicio y a los Copagos y Coaseguros que se indican en cada Servicio de Cuidado de la Vista del siguiente Plan de Beneficios.

Examen de la Vista Rutinario

Un examen de la vista rutinario del estado de los ojos y las principales funciones visuales de acuerdo con los estándares de atención imperantes en la jurisdicción en que reside la Persona Asegurada, que incluye:

- Una historia clínica que indica la molestia principal y/o el motivo del examen, antecedentes médicos/oculares del paciente y medicamentos actuales.
- Registro de la agudeza visual monocular y binocular, de lejos y de cerca, con y sin corrección presente (por ejemplo, 20/20 y 20/40).
- Prueba de oclusión a 20 pies y 16 pulgadas (examina la alineación de los ojos).
- Motilidad ocular, incluidas las versiones (el seguimiento de la mirada) cerca del punto de convergencia (cómo se mueven los ojos juntos para tareas que requieren mirar de cerca, p. ej., leer) y la percepción de profundidad.
- Respuestas de las pupilas (integridad neurológica).
- Examen externo.
- Retinoscopia (cuando corresponda): refracción objetiva para determinar el aumento de los lentes correctivos y refracción subjetiva para determinar el aumento de los lentes correctivos.
- Forometría/Examen binocular, de lejos y de cerca: cómo se mueven los ojos juntos.
- Pruebas de acomodación y/o refracción en un punto cercano: Para saber si la Persona Asegurada ve bien en un punto cercano (por ejemplo, para leer).
- Tonometría, cuando se indique: prueba de presión intraocular (control de glaucoma).
- Examen oftalmoscópico del ojo interno.
- Campos visuales por confrontación.
- Biomicroscopia.
- Pruebas de la visión cromática.
- Diagnóstico/pronóstico.
- Recomendaciones específicas.

Los procedimientos posteriores al examen se realizarán únicamente cuando se requieran materiales.

En lugar de un examen completo, Retinoscopia (cuando corresponda): refracción objetiva para determinar el aumento de los lentes correctivos y refracción subjetiva para determinar el aumento de los lentes correctivos.

Lentes para Anteojos - Lentes que se montan en marcos de anteojos y se usan en la cara para corregir limitaciones de agudeza visual.

Marcos para Anteojos - Estructura que contiene los lentes de los anteojos, sostiene los lentes frente a los ojos y se apoya sobre el tabique de la nariz.

Lentes de Contacto - Lentes que se usan sobre la superficie del ojo para corregir limitaciones de agudeza visual. Los Beneficios incluyen los honorarios de evaluación/adaptación, la atención médica de seguimiento y los lentes de contacto.

La Persona Asegurada es elegible para seleccionar sólo un tipo de lentes: Anteojos (Lentes para Anteojos y/o Marcos para Anteojos) o Lentes de Contacto. Si la Persona Asegurada selecciona más de uno de estos Servicios de Cuidado de la Vista, la Compañía pagará beneficios solamente por un Servicio de Cuidado de la Vista.

Lentes de Contacto Necesarios - Hay Beneficios disponibles cuando un Proveedor de Cuidado de la Vista ha determinado la necesidad de lentes de contacto y los ha recetado. Tal determinación la tomará el Proveedor de Cuidado de la Vista, no la Compañía. Los lentes de contacto son necesarios si la Persona Asegurada tiene algo de lo siguiente:

- Queratocono.
- Anisometropía.
- Astigmatismo corneal irregular.
- Afaquia.
- Deformidad facial.
- Deformidad de la córnea.
- Miopía patológica.
- Aniseiconía.
- Aniridia.
- Trastornos por estrés postraumático.

Baja Visión

Los Beneficios están disponibles para las Personas Aseguradas con problemas visuales graves que no se pueden corregir con lentes comunes y solamente cuando un Proveedor de la Vista ha determinado la necesidad e indicado el servicio. Tal determinación la tomará el Proveedor de la Vista, no la Compañía.

Este beneficio incluye:

- Exámenes de Baja Visión: Análisis completo y diagnóstico de baja visión, que incluye un examen integral de las funciones visuales, incluida la receta de lentes correctivos y recursos visuales cuando se indiquen.
- Terapia para la Baja Visión: Terapia posterior para la baja visión, si se receta.
- Dispositivos para mejorar la Baja Visión: Dispositivos ópticos recetados, como anteojos, lupas y telescopios con mucho aumento.
- Atención médica de seguimiento de la Baja Visión.

Plan de Beneficios

Servicio de Cuidado de la Vista	Frecuencia del Servicio	Beneficio Dentro de la Red	Beneficio Fuera de la Red
Examen de la Vista Rutinario o Refracción solamente en lugar de un examen completo.	Una vez por año.	100% después de un Copago de \$20.	50% del cargo facturado.
Lentes para Anteojos	Una vez por año.		
• Simples		100% después de un Copago de \$40.	50% del cargo facturado.
• Bifocales		100% después de un Copago de \$40.	50% del cargo facturado.
• Trifocales		100% después de un Copago de \$40.	50% del cargo facturado.
• Lenticulares		100% después de un Copago de \$40.	50% del cargo facturado.
Opciones Adicionales para	Una vez por año.		

Servicio de Cuidado de la Vista	Frecuencia del Servicio	Beneficio Dentro de la Red	Beneficio Fuera de la Red
Lentes			
• Lentes de policarbonato		100%	100% del cargo facturado
• Recubrimiento estándar resistente a las rayas.		100%	100% del cargo facturado
Marcos para Anteojos	Una vez por año.		
• Marcos para anteojos con un costo de venta al por menor de hasta \$130.		100%	50% del cargo facturado.
• Marcos para anteojos con un costo de venta al por menor de \$130 a \$160.		100% después de un Copago de \$15.	50% del cargo facturado.
• Marcos para anteojos con un costo de venta al por menor de \$160 a \$200.		100% después de un Copago de \$30.	50% del cargo facturado.
• Marcos para anteojos con un costo de venta al por menor de \$200 a \$250.		100% después de un Copago de \$50.	50% del cargo facturado.
• Marcos para anteojos con un costo de venta al por menor mayor que \$250.		60%	50% del cargo facturado.
Adaptación y Evaluación de Lentes de Contacto	Una vez por año.	100% después de un Copago de \$40.	50% del cargo facturado.
Lentes de Contacto	Se limita a un suministro de 12 meses por Año de Póliza.		
• Selección de Lentes de Contacto Cubiertos		100% después de un Copago de \$40.	50% del cargo facturado.
• Lentes de Contacto Necesarios		100% después de un Copago de \$40.	50% del cargo facturado.
Servicios para la Baja Visión Tenga en cuenta que los beneficios por estos servicios se pagarán como reembolsos. Cuando obtenga estos Servicios para la Vista, la Persona Asegurada deberá pagar todos los cargos facturados en el momento del servicio. La Persona Asegurada luego puede obtener un reembolso de la Compañía. El reembolso se limitará a las cantidades establecidas.			
• Evaluación Completa de la Baja Visión	Se limita a 1 evaluación cada 60 meses.	100% del cargo facturado	75% del cargo facturado
• Exámenes de Baja Visión		100% del cargo facturado	75% del cargo facturado
• Terapia para la Baja Visión		100% del cargo facturado	75% del cargo facturado
• Dispositivos para mejorar la Baja Visión		100% del cargo facturado	75% del cargo facturado
• Atención Médica de Seguimiento	Se limita a 4 visitas cada 60 meses.	100% del cargo facturado	75% del cargo facturado

Sección 2: Exclusiones de Servicios Pediátricos de la Vista

Excepto que se indique específicamente en la Sección 1: Beneficios por Servicios Pediátricos de Cuidado de la Vista, no se proporcionan beneficios para lo siguiente:

1. Tratamiento médico o quirúrgico por enfermedad ocular, que requiere los servicios de un Médico y para la que hay beneficios disponibles según lo estipulado en la póliza.
2. Artículos sin receta (p. ej. lentes planos).
3. Reemplazo o reparación de lentes y/o marcos perdidos o rotos.
4. Opciones Adicionales para Lentes no incluidas en la Sección 1: Beneficios por Servicios de Cuidado de la Vista.
5. Cargos por citas incumplidas.
6. El impuesto sobre la venta correspondiente que se cobra por los Servicios de Cuidado de la Vista.

Sección 3: Reclamos por Servicios Pediátricos de Cuidado de la Vista

Cuando se obtengan Servicios de Cuidado de la Vista de un Proveedor de Cuidado de la Vista Fuera de la Red, la Persona Asegurada deberá pagar todos los cargos facturados directamente al Proveedor de Cuidado de la Vista. La Persona Asegurada luego puede solicitar un reembolso a la Compañía.

Reembolso por Servicios de Cuidado de la Vista

Para presentar un reclamo de reembolso por Servicios de Cuidado de la Vista prestados por un Proveedor de Cuidado de la Vista Fuera de la Red o por Servicios de Cuidado de la Vista cubiertos como reembolsos (sean prestados o no por un Proveedor de Cuidado de la Vista de Spectera Eyecare Networks o un Proveedor de Cuidado de la Vista Fuera de la Red), la Persona Asegurada debe enviar toda la siguiente información a la dirección que se indica a continuación:

- Recibos detallados de la Persona Asegurada.
- Nombre de la Persona Asegurada.
- Número de identificación de la Persona Asegurada.
- Fecha de nacimiento de la Persona Asegurada.

Envíe toda esta información a la Compañía:

Por correo:

Claims Department
P.O. Box 30978
Salt Lake City, UT 84130

Por facsímil (fax):

248-733-6060

Reembolso por Servicios para la Baja Visión

Para presentar un reclamo de reembolso por Servicios para la Baja Visión, la Persona Asegurada debe presentar toda la información siguiente a la dirección que se indica a continuación:

- Recibos detallados de la Persona Asegurada.
- Nombre de la Persona Asegurada.
- Número de identificación de la Persona Asegurada.
- Fecha de nacimiento de la Persona Asegurada.

Envíe toda esta información a la Compañía:

Por correo:

Claims Department
P.O. Box 30978
Salt Lake City, UT 84130

Por facsímil (fax):

248-733-6060

Presentar los reclamos de pago dentro de los 90 días posteriores a la fecha del servicio. Si la Persona Asegurada no presenta esta información dentro de un año de la fecha del servicio, podemos denegar los beneficios por ese servicio a nuestro criterio. Este límite de tiempo no se aplica si la Persona Asegurada es legalmente incapacitada.

Sección 4: Términos Definidos para los Servicios Pediátricos de Cuidado de la Vista

Las siguientes definiciones son adicionales a las DEFINICIONES de la póliza:

Selección de Lentes de Contacto Cubiertos - Selección de lentes de contacto disponibles que se pueden obtener de un Proveedor de Cuidado de la Vista de Spectera Eyecare Networks cubiertos completamente, sujetos al pago de cualquier Copago correspondiente.

Spectera Eyecare Networks - Cualquier optometrista, oftalmólogo, óptico u otra persona designada por la Compañía que presta los Servicios de Cuidado de la Vista para los cuales hay beneficios disponibles en la póliza.

Proveedor de Cuidado de la Vista - Cualquier optometrista, oftalmólogo, óptico u otra persona que pueda prestar legalmente Servicios de Cuidado de la Vista.

Servicio de Cuidado de la Vista - Cualquier servicio o artículo que se indique en la Sección 1: Beneficios por Servicios Pediátricos de Cuidado de la Vista.

Aviso de Derechos de Apelación

Derecho a Apelación Interna

Apelación Interna Estándar

Si la Persona Asegurada no está de acuerdo total o parcialmente con la denegación de la Compañía de un reclamo o solicitud de beneficios, la Persona Asegurada tiene derecho a solicitar una Apelación Interna. La Persona Asegurada, o el Representante Autorizado de la Persona Asegurada, debe presentar una solicitud por escrito de una Apelación Interna dentro de los 180 días de la fecha en que recibió el aviso de la Determinación Adversa de la Compañía.

La solicitud de Apelación Interna por escrito debe incluir:

1. Una declaración que solicite específicamente una Apelación Interna de la decisión;
1. El nombre y número de identificación de la Persona Asegurada (como figuran en la tarjeta de identificación);
2. Las fechas de servicio;
3. El nombre del Proveedor;
4. La razón por la que se debe reconsiderar el reclamo; y
5. Cualquier comentario, documento, registro u otro material pertinente al reclamo.

Si tiene preguntas sobre el proceso de Apelación Interna, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al 1-800-767-0700. La solicitud escrita de Apelación Interna se debe enviar a: UnitedHealthcare StudentResources, PO Box 809025, Dallas, TX 75380-9025.

Apelación Interna Rápida

En el caso de Solicitudes de Atención de Urgencia, una Persona Asegurada puede presentar una solicitud de Apelación Interna Rápida, ya sea verbalmente o por escrito.

Una Solicitud de Atención de Urgencia significa una solicitud de servicios o tratamiento donde el plazo para realizar una Apelación de Interna estándar:

1. Podría representar un peligro grave para la vida o la salud de la Persona Asegurada o la capacidad de la Persona Asegurada para recuperarse completamente; o
2. Sometiese, según la opinión de un Médico con conocimiento de la condición médica de la Persona Asegurada, a dicha persona a un dolor intenso que no se puede controlar adecuadamente sin el tratamiento o servicio de atención de la salud solicitado.

Para solicitar una Apelación Interna Rápida, comuníquese con el Departamento de Apelaciones de Reclamos al 1-888-315-0447. La solicitud escrita de Apelación Interna Rápida se debe enviar a: Claims Appeals, UnitedHealthcare StudentResources, PO Box 809025, Dallas, TX 75380-9025.

Derecho a una Revisión Médica Independiente Externa

Una Persona Asegurada puede solicitar una Revisión Médica Independiente Externa al Departamento de Seguros cuando la Persona Asegurada recibe una Determinación Adversa Definitiva que niega, modifica o demora servicios de atención de la salud sobre la base, en todo o en parte, de la conclusión de que los servicios de atención de la salud en cuestión no son Médicamente Necesarios o no son Gastos Médicos Cubiertos por la Póliza. La solicitud de Persona Asegurada para una Revisión Médica Independiente Externa se debe presentar al Departamento dentro de los seis meses posteriores a que la Persona Asegurada reciba la notificación de la Determinación Adversa Definitiva de Beneficios. Sin embargo, el Comisionado puede extender el plazo de seis meses establecido para la solicitud si las circunstancias del caso justifican la extensión.

Como parte de la notificación a la Persona Asegurada sobre una disposición de Determinación Adversa Definitiva de Beneficios, la Compañía proporcionará un formulario de solicitud aprobado por el Departamento y un sobre con los datos del destinatario, que la Persona Asegurada puede enviar para iniciar una Revisión Médica Independiente Externa.

Dónde Enviar Solicitudes de Revisión Médica Independiente Externa

Todos los tipos de solicitudes de Revisión Médica Independiente Externa se deben presentar ante el departamento de seguros del estado a la siguiente dirección:

California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 South Spring Street, South Tower
Los Angeles, CA 90013
Número Gratuito de la Línea Directa del Consumidor: 1-800-927-HELP (4357) o 1-213-897-8921
Número de TDD: 1-800-482-4TDD (4633)
<http://www.insurance.ca.gov>

Preguntas Relacionadas con los Derechos de Apelación

Si tiene preguntas sobre los derechos de la Persona Asegurada a una Apelación Interna y Revisión Médica Independiente Externa, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-800-767-0700.

Hay otros recursos disponibles que brindan ayuda a la Persona Asegurada con el proceso de apelación. Si tiene preguntas sobre los derechos de apelación, es probable que el Departamento de Seguros de su estado pueda ayudarle:

California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 South Spring Street, South Tower
Los Angeles, CA 90013
Número Gratuito de la Línea Directa del Consumidor: 1-800-927-HELP (4357) o 1-213-897-8921
Número de TDD: 1-800-482-4TDD (4633)
<http://www.insurance.ca.gov>

El Plan está Asegurado por:
UNITEDHEALTHCARE INSURANCE COMPANY

Oficina Administrativa:
UnitedHealthcare **Student**Resources
P.O. Box 809025
Dallas, Texas 75380-9025
1-800-767-0700

Servicios de Ventas/Marketing:
UnitedHealthcare **Student**Resources
805 Executive Center Drive West, Suite 220
St. Petersburg, FL 33702
1-800-237-0903
Correo electrónico: info@uhcsr.com

Conserve este Folleto como un resumen general del seguro. La Póliza Maestra que se encuentra archivada en la Universidad contiene todas las disposiciones, limitaciones, exclusiones y calificaciones de los beneficios del seguro, algunas de las cuales podrían no estar incluidas en este Folleto. La Póliza Maestra es el contrato y regirá y controlará el pago de los beneficios.

Este Folleto se basa en la Póliza N.º 2016-670-1

