

**Blue Cross and Blue Shield of Texas**  
(en el presente documento, denominada “Nosotros, Nuestro(s), Nuestra(s)”)

**PPO Select® Choice**

**Plan de Proveedores Preferidos que brinda cobertura médica principal integral**

**DESCRIPCIÓN DE COBERTURA REQUERIDA**

**I. Lea detenidamente su contrato.** Esta Descripción de cobertura brinda un detalle muy breve de algunas características importantes de Su contrato. Esta no es el Contrato de seguro, y regirán solo las disposiciones del Contrato real. El Contrato en sí estipula, de manera detallada, los derechos y obligaciones que corresponden a Usted, Su médico u Otro profesional proveedor y Nosotros. Por consiguiente ¡es importante que **LEA DETENIDAMENTE SU CONTRATO!**

**Los cambios en algunas leyes o reglamentaciones estatales o federales, o sus interpretaciones, pueden cambiar los términos y condiciones de cobertura.**

**II.** Este Plan está diseñado para brindarle cobertura para los gastos hospitalarios, médicos y quirúrgicos principales en los que incurra para tratamiento y servicios necesarios brindados como consecuencia de una lesión o enfermedad cubiertas.

A continuación, Hijo dependiente, hijo o hijos hace referencia al hijo natural del Suscriptor, un hijastro, un hijo legalmente adoptado del Suscriptor (que incluye un hijo respecto del cual el Suscriptor es una de las partes en un juicio para la adopción de dicho niño), menor de veintiséis (26) años, independientemente de la existencia o ausencia de dependencia financiera, residencia, condición de estudiante, condición de empleo, estado civil, elegibilidad para otras coberturas o cualquier combinación de esos factores del niño. Un nieto debe ser dependiente del Suscriptor a los efectos del impuesto federal al ingreso en el momento de la solicitud de cobertura, para ser elegible para recibir cobertura en virtud del Contrato.

La cobertura se brinda para los beneficios descritos en el Párrafo III. Los beneficios descritos en el Párrafo III pueden verse limitados por el Párrafo IV.

**III. Beneficios**

Tenemos una red de Proveedores para brindar servicios a los Participantes de todo Texas denominada la Red. Cuando usa estos Proveedores, Usted recibe los Beneficios de la red. Recibirá un Directorio de proveedores que enumerará estos Proveedores cuando Usted se inscribe y, al menos, una vez al año a partir de ese momento.

Los proveedores que no figuran en el directorio se denominan Proveedores fuera de la red. Cuando Usted usa estos Proveedores, recibirá Beneficios fuera de la red salvo en situaciones especiales según se explica en Su Contrato.

A. **Período de beneficios:** Su Período de beneficios es un Año calendario (comienza el 1 de enero y finaliza el 31 de diciembre).

B. **Deducibles:** El Deducible por año calendario se deducirá una vez durante cada Año calendario del total de Gastos elegibles de cada Participante. El Deducible familiar es tres veces la Cantidad del deducible individual. Ningún participante deberá pagar más de la cantidad del Deducible individual para la cantidad del Deducible familiar. La cantidad de Sus deducibles será según se seleccione a continuación:

Opciones		Deducibles de la red		Deducibles fuera de la red	
		Individual	Familiar	Individual	Familiar
Plan I	<input type="checkbox"/>	\$250	\$750	\$500	\$1,500
Plan II	<input type="checkbox"/>	\$500	\$1,500	\$1,000	\$3,000
Plan III	<input type="checkbox"/>	\$1,000	\$3,000	\$2,000	\$6,000
Plan IV	<input type="checkbox"/>	\$1,500	\$4,500	\$3,000	\$9,000

Plan V	<input type="checkbox"/>	\$2,500	\$7,500	\$5,000	\$15,000
Plan VI	<input type="checkbox"/>	\$3,500	\$10,500	\$7,000	\$21,000
Plan VII	<input type="checkbox"/>	\$5,000	\$15,000	\$10,000	\$30,000
Plan VIII	<input type="checkbox"/>	\$10,000	\$30,000	\$20,000	\$60,000

- C. **Cantidad de copago** (*Aplicable a todos los Planes*): Se requiere una Cantidad de copago de \$25 para las visitas al consultorio del Médico *solo* cuando los servicios son proporcionados por un Médico de la red en el momento en que Usted recibe los servicios. Todos los demás *Gastos médicos quirúrgicos* (laboratorio de diagnóstico y rayos X) estarán sujetos a las Cantidades de deducible y de coseguro. No se requiere Cantidad de copago cuando los servicios son proporcionados por un Proveedor fuera de la red.
- D. **Autorización previa**: Se requiere autorización previa para todos los Ingresos a hospitales, *Gastos de atención extendida*, Terapia de infusión en el hogar y trasplantes de órganos y tejidos. Usted, Su médico u Otro profesional proveedor o un familiar deben llamar al número de teléfono gratuito indicado al dorso de la Tarjeta de identificación.
- Cuando se autoriza previamente un Ingreso al hospital, se asigna un plazo de estadía. Este Contrato brinda un plazo de estadía mínimo en un Hospital para el tratamiento del cáncer de seno, (1) 48 horas después de una mastectomía y (2) 24 horas después de una disección de ganglios linfáticos.
- No contar con una autorización previa dará lugar a una multa de \$250 para Ingresos a hospitales. Se aplicará una sanción del 50% de la cantidad, que no superará los \$500, en los *Gastos de atención extendida* o la Terapia de infusión en el hogar por no contar con una autorización previa.
- E. **Gastos elegibles**: Después de alcanzar el (los) Deducible(s) y las Cantidades de Copago aplicables, si los hubiera, Su cobertura paga el 80% de la Cantidad permitida para gastos elegibles de un Proveedor de la red y el 70% de la Cantidad permitida para gastos elegibles de un Proveedor fuera de la red, con sujeción a otras disposiciones del Contrato. El resto de estos Gastos elegibles se convierte en las “Cantidades de coseguro” y Usted es quien debe pagarlas.

<b>IMPORTANTE PARA SU COBERTURA</b>		
<p><b>Para pagar menos gastos de bolsillo y recibir el mayor nivel de beneficios para sus costos de cuidados de la salud, le conviene usar Proveedores de la red. Si usa Proveedores de la red, no será responsable de ningún cargo sobre la Cantidad permitida según lo determine BCBSTX. A continuación se incluye un ejemplo de cuánto pagaría si usa un Proveedor de la red y cuánto pagaría si usa un Proveedor no contratante fuera de la red. Para hacer que el ejemplo sea más fácil de seguir, suponga que la Cantidad permitida es la misma. (NOTA: En la mayoría de los casos, sin embargo, la Cantidad permitida no contratante será inferior que la Cantidad permitida contratante, lo que significa que su responsabilidad de pago total será incluso mayor).</b></p>		
<b>ÚNICAMENTE COMO EJEMPLO</b>		
	<b>Dentro de la red</b> 80% de cargos elegibles \$250 de deducible	<b>Fuera de la red</b> 70% de cargos elegibles \$500 de deducible
Cantidad facturada	\$20,000	\$20,000
Cantidad permitida	\$5,000	\$5,000
Cantidad del deducible	\$250	\$500
Cantidad de coseguro del plan	\$3,800	\$3,150
Su Cantidad de coseguro	\$950	\$1,350
Cargo adicional para usted de Proveedor no contratante	Ninguno	\$15,000 <sup>1</sup>
<b>SU PAGO TOTAL</b>	<b>\$1,200</b> <b>para un Proveedor de la red</b>	<b>\$16,850</b> <b>para un Proveedor no contratante fuera de la red Proveedor</b>

**Incluso cuando consulta a un Proveedor de la red, haga preguntas acerca de cualquiera de los Proveedores que le brindan atención. Por ejemplo, si tiene programada una cirugía, asegúrese de que su Cirujano de la red usará un Centro de la red para su procedimiento y un Proveedor de la red para sus servicios de anestesia.**

**<sup>1</sup>Si opta por recibir servicios de un Proveedor fuera de la red, pregúntele si participa en un acuerdo contractual con BCBSTX. Los proveedores que no tienen un contrato con BCBSTX ni con ningún otro plan de Blue Cross and Blue Shield facturarán al paciente los gastos sobre la Cantidad permitida. Consulte la sección denominada *PARPLAN* del Contrato.**

**1. *Gasto de hospital para pacientes hospitalizados:***

- Para un Ingreso al hospital autorizado previamente, cargos por alojamiento y comida. Si Usted permanece en una habitación privada, se considerará solo la tarifa promedio de habitación semiprivada del Hospital, para los beneficios.
- Unidades de cuidados intensivos y cuidados coronarios.
- Todos los demás Servicios normales del hospital.

**2. *Gasto médico quirúrgico:***

- Servicios de Médicos, Otros profesionales proveedores y enfermeros-anestelistas registrados certificados (CRNA, por sus siglas en inglés).
- Servicios de Medicina física (terapias).
- Radiografías de diagnóstico, procedimientos de laboratorio y radioterapia.
- Fórmulas dietarias necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) u otras enfermedades heredables.
- Fórmulas elementales a base de aminoácidos.
- Alquiler de equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) requeridos para uso terapéutico (no incluye artículos como acondicionadores de aire, purificadores de aire, humidificadores, equipos para el acondicionamiento físico y equipos para bañeras de hidromasaje).
- Servicio profesional de ambulancia terrestre o aéreo local al Hospital más cercano, equipado adecuadamente y dotado de personal para el tratamiento de la afección del Participante.
- Anestesia y su administración cuando es realizada por una persona que no es el Médico que opera ni Otro profesional proveedor.
- Oxígeno y su administración siempre que se use oxígeno.
- Sangre, incluido el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores del plasma sanguíneo, que no es reemplazada por el Participante ni en nombre de este.
- Dispositivos protésicos, excluidos todos los reemplazos de dichos dispositivos que no sean los requeridos por el crecimiento hasta la madurez del Participante.
- Aparatos ortopédicos y muletas.
- Terapia de infusión en el hogar.
- Servicios o suministros recibidos durante una visita ambulatoria a un Hospital.
- Equipos y suministros para la diabetes según se describen en el Contrato.
- Servicios de anticoncepción para pacientes ambulatorios y dispositivos de anticoncepción recetados. Sin embargo, la cobertura de medicamentos anticonceptivos orales recetados se brinda en virtud del Programa de medicinas recetadas.
- Servicios de telesalud y servicios de medicina telemédica.

3. **Vacunas infantiles:** Las vacunas infantiles están disponibles para un Hijo dependiente desde el nacimiento hasta los 8 años al 100% de la Cantidad permitida para los beneficios de la red y fuera de la red. No se aplicarán la Cantidad de deducible, de coseguro ni de copago, ni los Máximos de beneficios.
4. **Cuidados preventivos:** Se brindarán beneficios para los siguientes Servicios cubiertos:
- artículos o servicios basados en evidencias que tengan en efecto una calificación “A” o “B” en las actuales recomendaciones del Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de los Estados Unidos (“USPSTF”, por sus siglas en inglés);
  - vacunas recomendadas por el Comité Asesor de Prácticas para Vacunas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (“CDC”, por sus siglas en inglés) con respecto a la persona involucrada;
  - pruebas de detección y cuidados preventivos informados según evidencia, estipulados en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos de Salud (“HRSA”, por sus siglas en inglés) para bebés, niños y adolescentes; y
  - con respecto a las mujeres, dichos cuidados preventivos y pruebas de detección adicionales, no descritos en ninguno de los puntos anteriores, según se estipula en las pautas integrales respaldadas por la HRSA.

A los fines de este beneficio, las recomendaciones actuales del USPSTF respecto de las pruebas de detección del cáncer de seno y las mamografías, y la prevención serán consideradas las más actuales (a excepción de las emitidas en noviembre de 2009, aproximadamente).

Los Servicios de cuidados preventivos descritos en los puntos a al d pueden cambiar cuando las pautas del USPSTF, de los CDC y de la HRSA se modifiquen. Para obtener más información, Usted puede visitar Nuestro sitio web en [www.bcbstx.com](http://www.bcbstx.com) o llamar a Atención al Cliente al número de teléfono que aparece en Su tarjeta de identificación.

Algunos ejemplos de Servicios cubiertos son: atención del niño sano, examen físico anual de rutina, vacunas, mamografías de rutina, prueba de densidad ósea de rutina, pruebas de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de cáncer de próstata, pruebas de detección del HPV/cáncer de cuello uterino, asesoramiento sobre dietas saludables, pruebas de detección/asesoramiento de obesidad y asesoramiento para dejar de fumar.

Algunos ejemplos de vacunas cubiertas incluyen vacunas contra lo siguiente: difteria, hemophilus influenzae tipo b, hepatitis A, hepatitis B, virus del papiloma humano, influenza, sarampión, meningococo, paperas, tos ferina, neumococo, polio, rotavirus, rubeola, tétanos, varicela y cualquier otra vacuna requerida por ley. Las inyecciones antialérgicas no se consideran vacunas en virtud de la disposición de este beneficio.

Los Servicios cubiertos no incluidos en los puntos a al d estarán sujetos a Coseguros, Deducibles, Copagos o máximos en dólares.

Beneficios de la red	Beneficios fuera de la red
100% de la Cantidad permitida	70% de la Cantidad permitida después del Deducible por año calendario

5. **Pruebas de detección neonatales para dificultades auditivas:** Pruebas de detección de pérdida auditiva, desde el nacimiento hasta la fecha en que el Hijo dependiente tenga 30 días de vida; y cuidados de seguimiento para diagnóstico necesarios relacionados con las pruebas de detección, desde el nacimiento hasta la fecha en que el Hijo dependiente tiene 24 meses de vida.

Beneficios de la red	Beneficios fuera de la red
100% de la Cantidad permitida	70% de la Cantidad permitida Sin Deducible por año calendario

6. **Determinadas terapias para niños con retrasos del desarrollo:** Los beneficios se brindan para un Hijo dependiente menor de tres años con retrasos del desarrollo para las terapias de rehabilitación y habilitación necesarias conforme a un *plan de servicio familiar individualizado* emitido por el Consejo Interdepartamental sobre la Intervención Temprana en los Niños (Texas Interagency Council on Early Childhood Intervention). Dichas terapias incluyen evaluaciones y servicios de terapia ocupacional; evaluaciones y servicios de fisioterapia; evaluaciones y servicios de terapia del habla; y evaluaciones dietarias o nutricionales.

Después de los 3 años, cuando se completan los servicios en virtud del *plan de servicio familiar individualizado*, estarán disponibles los Gastos elegibles, según estén cubiertos por este Contrato. Se aplicarán todas las disposiciones contractuales de este Contrato, incluidos entre otros, los términos definidos, las limitaciones y exclusiones y los máximos de beneficios.

7. **Beneficios de mamografía de detección:** Se brindan beneficios a las Participantes de sexo femenino de 35 años o más para una prueba de detección de rutina mediante una mamografía de dosis baja para detectar la presencia de cáncer de seno oculto, con la excepción de que los beneficios no estarán disponibles para más de una mamografía de detección de rutina cada Año calendario.

Beneficios de la red	Beneficios fuera de la red
100% de la Cantidad permitida	70% de la Cantidad permitida después del Deducible por año calendario

*Las mamografías de diagnóstico que no sean de rutina se brindan al 80% de la Cantidad permitida después del Deducible por año calendario para Beneficios de la red y al 70% de la Cantidad permitida después del Deducible por año calendario para Beneficios fuera de la red.*

8. **Beneficios para determinadas terapias para el cáncer colorrectal:** Beneficios para los *Gastos médicos quirúrgicos* en los que incurra para un examen de detección diagnóstico reconocido desde el punto de vista médico, para la detección del cáncer colorrectal en Participantes de 50 años o más y que tienen un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon. Dicho Participante tendrá derecho a recibir beneficios para (a) un análisis de sangre oculta en heces una vez al año y una sigmoidoscopia flexible realizada cada cinco años; o (b) una colonoscopia realizada cada diez años.

Beneficios de la red	Beneficios fuera de la red
100% de la Cantidad permitida	70% de la Cantidad permitida después del Deducible por año calendario

9. **Beneficios para determinadas pruebas para la detección del cáncer de próstata:** Se brindarán beneficios si un Participante de sexo masculino incurra en *Gastos médicos quirúrgicos* para procedimientos médicos de diagnóstico en los que se incurra en la realización de un examen de diagnóstico anual reconocido desde el punto de vista médico para la detección del cáncer de próstata. Dicho participante tendrá derecho a:

- Examen físico para la detección del cáncer de próstata; y
- Análisis del antígeno prostático específico, que se usa para la detección del cáncer de próstata para cada Participante de sexo masculino, en virtud de este Contrato, que, al menos:

- (a) tenga 50 años y no presente síntomas; o
- (b) tenga 40 años con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otro factor de riesgo de cáncer de próstata.

Beneficios de la red	Beneficios fuera de la red
100% de la Cantidad permitida	70% de la Cantidad permitida después del Deducible por año calendario

**10. Beneficios para determinadas pruebas para la detección del Virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) y del cáncer de cuello uterino:** Si una Participante de sexo femenino de 18 años o más incurre en Gastos médicos quirúrgicos para un examen de diagnóstico anual reconocido desde el punto de vista médico para la detección temprana del cáncer de cuello uterino, los beneficios brindados en virtud de este Contrato incluirán:

- Una prueba de detección de Papanicolaou convencional o una prueba de detección que usa métodos de citología basados en líquido, según la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, solas o en combinación con una prueba aprobada por la FDA para la detección del virus del papiloma humano.
- Dicha prueba de detección debe realizarse de acuerdo con las pautas adoptadas por:
  - (a) El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists); u
  - (b) Otra organización nacional similar de profesionales médicos.

Beneficios de la red	Beneficios fuera de la red
100% de la Cantidad permitida	70% de la Cantidad permitida después del Deducible por año calendario

**11. Beneficios para pruebas de detección temprana para enfermedad cardiovascular:** Una de las siguientes pruebas de detección no invasivas para detectar aterosclerosis y estructura y función anormales de las arterias:

1. Tomografía computada (CT, por sus siglas en inglés), que mide las calcificaciones de las arterias coronarias; o
2. Ultrasonografía, que mide el grosor íntima-media carotídeo y la placa.

Hay pruebas disponibles para cada Participante que sea (1) de sexo masculino y mayor de 45 años y menor de 76 años, o (2) de sexo femenino y mayor de 55 años y menor de 76 años. La persona debe tener diabetes y un riesgo de desarrollar enfermedad cardíaca coronaria, en función de un puntaje que surgió usando el algoritmo de predicción coronaria del Estudio del corazón Framingham, que es intermedio o mayor.

Beneficios de la red	Beneficios fuera de la red
100% de la Cantidad permitida	70% de la Cantidad permitida después del Deducible por año calendario
Los beneficios se limitan a una cantidad máxima de beneficio de \$200 cada cinco (5) años por Participante.	

- F. **Cantidades de coseguro:** Cuando las Cantidades de coseguro de un Participante para un Año calendario igualan las cantidades que se muestran a continuación, los porcentajes del beneficio cambian al 100% para el resto de ese Año calendario. La Cantidad de coseguro familiar es dos veces la Cantidad de coseguro individual. Ningún participante deberá pagar más de la Cantidad de coseguro individual para la Cantidad de coseguro familiar.

Opciones	Cantidad de coseguro de la red	Cantidad de coseguro fuera de la red
<i>Aplicable a todos los Planes</i>		
Individual	\$3,000	\$6,000
Familiar	\$6,000	\$12,000

G. **Programa de medicinas recetadas**

1. **Cantidades de copago/Deducibles:** Las cantidades de copago y el Deducible para las medicinas recetadas son los siguientes:

<b>PROGRAMA DE MEDICINAS RECETADAS</b> Características del plan <i>Aplicable a todos los planes</i>			
Deducible	<b>\$200</b>		
Cantidades de copago	Genéricas	Medicinas de marca preferida	Medicinas de marca no preferida
<b>Farmacia minorista</b>			
▪ Suministro para 30 días en cada ocasión de entrega	\$10	\$30	\$45
▪ Suministro para 90 días	\$30	\$90	\$135
<b>Servicio de correo</b>			
▪ Suministro para 90 días	\$20	\$60	\$90

La cantidad de Su pago también depende de dónde se surte Su receta o de si se vende una Medicina genérica, una Medicina de marca preferida o una Medicina de marca no preferida.

- Si Su médico ha marcado la orden de surtido de receta como “Marca necesaria”, el farmacéutico solo puede vender una medicina de marca y Usted paga la Cantidad de copago apropiada.
- Si Su médico no ha estipulado Marca Necesaria, se venderá la Medicina genérica, a menos que Usted opte por comprar la medicina de marca en lugar de la Medicina genérica; y si la medicina genérica vendida
  - se encuentra en el Listado de medicinas de marca preferida, Usted pagará la Cantidad de copago de la medicina de marca preferida **más** la diferencia entre la Medicina genérica y la Medicina de marca preferida, o
  - es una Medicina de marca no preferida, Usted paga **solo** la Cantidad de copago de la medicina de marca no preferida.

Las medicinas inyectables para autoadministración por vía subcutánea también están cubiertas por el Plan y están sujetas a la Cantidad de copago aplicable. Las medicinas inyectables incluyen, entre otros, insulina e Imitrex.

Puede denegarse el pago de los beneficios cubiertos por este Contrato si las medicinas se venden o se envían en alguna forma que intente cambiar o tener el efecto de cambiar o sortear el límite de cantidad máximo de 90 días (por ejemplo, si Usted obtiene resurtidos múltiples para la misma Orden de surtido de receta antes de que se consuma el suministro original).

2. **Listado de medicinas de marca preferida:** Usted recibirá un Listado de medicinas de marca preferida, al menos, una vez por año. El listado se actualizará en forma periódica para agregar nuevas Medicinas de marca preferida. Usted también puede llamar a la Línea de ayuda de atención al cliente para obtener información acerca de qué medicinas se encuentran en el listado.

#### IV. Limitaciones y exclusiones

##### *Los beneficios de la parte médica del Contrato no están disponibles para:*

- **Limitación por afección preexistente:** Los beneficios de este Contrato no están disponibles para el Cuidado brindado durante los primeros doce meses para afecciones existentes en el término de doce meses antes de la Fecha de entrada en vigencia de la cobertura (esta limitación no se aplica a un Participante menor de 19 años). Esta exclusión no se aplica a un Participante que estuvo cubierto en forma continua durante un período total de 18 meses en virtud de la Cobertura acreditable si la cobertura anterior estuvo vigente hasta una fecha no mayor a 63 días antes de la Fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Participante en virtud de este Contrato, excluido cualquier período de espera.

Si un Participante no tiene una Cobertura acreditable total de 18 meses, Nosotros acreditaremos el tiempo en el que el Participante estuvo cubierto anteriormente en virtud de la Cobertura acreditable si la cobertura anterior estuvo vigente en cualquier momento durante los 18 meses anteriores a (a) el primer día en que la cobertura entra en vigencia conforme a este Contrato si no existe un período de espera; o (b) el día en que el solicitante presenta una solicitud de cobertura completa de manera sustancial si existe un período de espera.

- Cuidados de maternidad.
- Servicios o suministros no Necesarios desde el punto de vista médico para el tratamiento de una enfermedad, lesión, afección, dolencia o disfunción corporal; cualquier servicio y suministro Experimental/En investigación.
- Todo cargo además de la Cantidad permitida determinada por Nosotros.
- Todo servicio o suministro para el cual los beneficios son, o serán en base a una reclamación adecuada, proporcionados conformes a la Ley de Compensación de los Trabajadores.
- Todo servicio o suministro cubierto en forma total o parcial por cualquier ley de los Estados Unidos (incluido Medicare), de un país, estado o subdivisión política extranjeros, **excepto** Medicaid.
- Cargos por los servicios y suministros proporcionados que requieren Nuestra aprobación cuando la aprobación no se otorga.
- Servicios o suministros para los cuales Usted no necesita realizar un pago o para los cuales Usted no necesita pagar en virtud de la ley sin esta cobertura o cualquier cobertura similar (**excepto** el tratamiento de enfermedades mentales o retrasos mentales brindado por una institución con asignaciones públicas).
- Todo servicio o suministro proporcionado por una persona emparentada con Usted por sangre o por matrimonio.
- Tratamiento de una lesión o enfermedad por guerra, actos de guerra o mientras se encuentra en servicio militar activo o en la reserva.
- Todo cargo por suicidio o intento de suicidio.
- Cargos por no haber acudido a una visita programada con su Médico o con Otro profesional proveedor, para completar cualquier formulario de seguro o para adquirir registros médicos, a menos que los haya solicitado y recibido de Nosotros.
- Cargos por alojamiento y comida durante un Ingreso al hospital para procedimientos de diagnóstico o de evaluación, a menos que las pruebas no hayan podido realizarse en forma ambulatoria.
- Servicios o suministros proporcionados durante un Ingreso al hospital o un ingreso en Otro centro proveedor que comience antes de la Fecha de entrada en vigencia del paciente, o servicios o suministros proporcionados después de la finalización de la cobertura del Participante, **excepto** lo que se determine en el Contrato.

- Servicios de alimento y nutrición, **excepto** lo que pueda determinarse en el Contrato para (1) un programa de evaluación nutricional proporcionado en el Hospital y por este, y aprobado con anterioridad por Nosotros; (2) *Tratamiento de la diabetes*; y (3) *Determinadas terapias para niños con retrasos del desarrollo*.
- Servicios de asistencia.
- Exámenes físicos, pruebas de detección de diagnóstico o vacunas de rutina, **excepto** lo que se determine en el Contrato (1) *Mamografía de detección*, (2) *Cuidados preventivos*, (3) *Vacunas infantiles*, (4) *Determinadas pruebas para la detección del cáncer de próstata*, (5) *Pruebas de detección neonatales para dificultades auditivas*, (6) *Determinadas pruebas para la detección del cáncer colorrectal*; (7) *Determinadas terapias para niños con retraso del desarrollo*, y (8) *Determinadas pruebas para la detección del Virus del papiloma humano (HPV) y del cáncer de cuello uterino*.
- Servicios o suministros (**excepto** los procedimientos de diagnóstico y/o quirúrgicos Necesarios desde el punto de vista médico) para el tratamiento de articulaciones de la mandíbula, músculos o sus estructuras relacionadas con dispositivos o tablillas, fisioterapia o con alteraciones para eliminar el dolor o una disfunción.
- Servicios o suministros proporcionados para corregir deformaciones de la mandíbula congénitas, del desarrollo o adquiridas después del cumpleaños número 19 de un Participante.
- Todo punto del *Gasto médico quirúrgico* proporcionado para cuidados y tratamientos dentales, cirugía dental, o dispositivos dentales, **excepto** (1) Cirugía oral como se define en el Contrato, (2) defectos congénitos de un hijo dependiente, o (3) servicios necesarios como resultado de una Lesión accidental.
- Cirugía estética, reconstructiva o plástica, a menos que sea causada por una lesión, defectos congénitos de un hijo dependiente, cirugía reconstructiva posterior a una cirugía de cáncer; cirugía reconstructiva posterior a una mastectomía; cirugía y reconstrucción del otro seno a fin de lograr un aspecto simétrico; y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.
- Anteojos, lentes de contacto, audífonos o exámenes para su receta; o exámenes para detectar agudeza visual o nivel de audición, o cirugía refractiva.
- Trastornos mentales y nerviosos **excepto** la Enfermedad Cerebral Orgánica como se define en el Contrato.
- Excepto lo que se determina específicamente en el Contrato, todo Servicio médico social; todo asesoramiento y/o terapia para la familia de pacientes ambulatorios, asesoramiento en duelo, asesoramiento vocacional, o Terapia y/o asesoramiento matrimonial y de familia; todo servicio o suministro proporcionado por un Trabajador social en área clínica con licencia, un Consejero profesional con licencia o un terapeuta matrimonial y de familia.
- Tratamiento de trastornos de la conducta en adolescentes, incluidos trastornos de comportamiento y de oposición.
- Servicios de terapia ocupacional que no consisten en las modalidades de la fisioterapia tradicional y no integran un programa de rehabilitación física.
- Transporte, si lo recomienda un Médico u Otro profesional proveedor, **excepto** los servicios de ambulancia como se define en el Contrato.
- Tratamiento de la obesidad o del peso, incluidos procedimientos quirúrgicos, aun si otras afecciones médicas pueden beneficiarse con la reducción. Esta exclusión no se aplica al asesoramiento de una dieta saludable o a la prueba de detección/asesoramiento de obesidad.
- Todo servicio o suministro para pruebas de alergia de pacientes hospitalizados, o toda prueba o tratamiento de sensibilidad ambiental o ecología clínica, o todo tratamiento no reconocido como seguro y efectivo.
- Todo servicio o suministro proporcionado con la terapia de quelación **excepto** el tratamiento de intoxicación por metales.
- Todo servicio o suministro para reversión de la esterilización (hombre o mujer), cirugía transexual, disfunción sexual, servicios de fertilización in vitro o inseminación artificial.
- Cuidados del pie de rutina como se describe en el Contrato.
- Todo servicio del habla y auditivo, **excepto** como se define en el Contrato para (1) *Gasto de atención extendida*, (2) *Cuidados preventivos*, (3) *Pruebas de detección neonatales para dificultades auditivas*; y (4) *Determinadas terapias para niños con retrasos del desarrollo*.

- Todo servicio o suministro para mamoplastía de reducción.
- Servicios o suministros para acupuntura, videorradioscopia, tracción intersegmental, electromiogramas (EMG, por sus siglas en inglés) de superficie, manipulación bajo anestesia, y prueba muscular mediante máquinas de kinesiología computarizadas tales como Isostation, Digital Myograph y Dynatron.
- Servicios o suministros para el tratamiento de la Dependencia de sustancias químicas; servicios y suministros proporcionados por un Consejero con licencia sobre dependencia de sustancias químicas; o un Asociado de psicología con licencia.
- Dispositivos de ortodoncia u otros dispositivos dentales; tablillas o vendajes proporcionados por un Médico en un entorno ajeno al hospital o comprados “de venta libre” como sostén para distensiones musculares y esguinces; zapatos ortopédicos que son una parte separada de un aparato cubierto, por pedido especial, personalizados o a medida, zapatos para escayola, rellenos de zapatos diseñados para proteger el arco o producir cambios en el pie o en la alineación del pie, soportes de arcos, medias elastizadas o cinturones elásticos, **excepto** los dispositivos para podología cuando se proporcionan junto con el tratamiento de la diabetes.
- Servicios o suministros proporcionados para afecciones o junto con estas, que han sido excluidos específicamente para un Participante.
- Toda medicina y medicamento, **excepto lo que se pueda** determinar en virtud del Programa de medicinas recetadas, que sean: (1) vendidos por una Farmacia y recibidos por el Participante mientras está cubierto en virtud de este Contrato, (2) vendidos en la oficina de un Proveedor o durante la estadía en un Hospital o en otra institución u otro centro de cuidados agudos y recibidos por el Participante para usar en forma ambulatoria, (3) medicinas y medicamentos de venta libre; ningún cargo, (4) enjuagues bucales antisépticos o con flúor, colutorios o soluciones o preparaciones tópicas orales recetados, (5) Retin-A o medicinas tópicas similares desde el punto de vista farmacológico, o (6) productos medicinales recetados para dejar de fumar que requieren una Orden de surtido de receta.
- Todo servicio o suministro no definido específicamente como Gastos elegibles en el Contrato.

*Los beneficios otorgados en virtud del Programa de medicinas recetadas no están disponibles para:*

- Medicinas que, por ley, no requieren una Orden de surtido de receta de un Proveedor (**excepto** la insulina inyectable); y medicinas, o dispositivos cubiertos para los cuales no se obtiene ninguna Orden de surtido de receta válida.
- Dispositivos o equipos médicos duraderos de todo tipo (aunque dichos dispositivos puedan requerir una Orden de surtido de receta), tales como, entre otros, dispositivos de anticoncepción, dispositivos terapéuticos, dispositivos artificiales o dispositivos similares (**excepto** agujas y jeringas hipodérmicas desechables para inyecciones autoadministradas). Sin embargo, la cobertura para recetar dispositivos de anticoncepción se proporciona en virtud de la parte médica del Contrato.
- Administración o inyección de cualquier medicina.
- Vitaminas (**excepto** aquellas vitaminas que, por ley, requieren una Orden de surtido de receta y para las cuales no es posible no tener receta).
- Medicinas vendidas en el consultorio de un Médico o durante la estadía en un Hospital como paciente, o en otra institución u otro centro de cuidados agudos, incluidas las medicinas ambulatorias; y las medicinas vendidas en un hogar de ancianos o en una institución o un centro de cuidados crónicos o de supervisión.
- Medicinas, dispositivos, u otros servicios o suministros farmacéuticos cubiertos para los cuales se otorgan, o podrían otorgarse en base a una reclamación adecuada, beneficios en virtud de la Ley de Compensación de los Trabajadores.
- Medicinas, dispositivos, u otros servicios o suministros farmacéuticos cubiertos en forma total o parcial por cualquier ley de los Estados Unidos (incluido Medicare), de un país, estado o subdivisión política extranjeros **excepto** Medicaid.
- Todo servicio proporcionado o artículo provisto para los cuales la Farmacia habitualmente no cobra un cargo.
- Medicinas para las cuales el cargo normal y habitual al público general es menor o igual que la Cantidad de copago proporcionada en virtud del Contrato.
- Medicamentos para la esterilidad y para la fertilidad; dispositivos de anticoncepción recetados, materiales de anticoncepción de venta sin receta (**excepto** los medicamentos anticonceptivos orales recetados que son Medicamentos de venta con receta). Sin embargo, la cobertura para recetar dispositivos de anticoncepción se proporciona en virtud de la parte médica del Contrato.

- Todo enjuague bucal antiséptico o con flúor, colutorio o solución o preparación tópica oral recetado.
- Medicinas que, por ley, requieren tener la siguiente etiqueta: “Precaución: Limitados por la ley federal para uso en investigaciones”, o medicinas experimentales, aunque se cobre un cargo por las medicinas.
- Medicinas cubiertas vendidas en cantidades mayores a las cantidades estipuladas o resurtidos de recetas mayores a la cantidad de resurtidos especificada por el Médico o por ley, o cualquier medicina o medicamento vendido más de un año después de la fecha de la Orden de surtido de receta.
- Medicinas de venta con receta que no están aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA).
- Líquidos, soluciones, nutrientes o medicamentos (incluidos todos los aditivos y la quimioterapia) utilizados o que esté previsto utilizar mediante infusión intravenosa o gastrointestinal (intestinal) o mediante inyección intravenosa en el hogar; medicinas suministradas mediante otras vías distintas de la subcutánea en el hogar. Esta excepción no se aplica a fórmulas alimentarias necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU) o de otras enfermedades heredables. Esta excepción tampoco se aplica a fórmulas intestinales basadas en aminoácidos, independientemente del método de administración de la fórmula, utilizadas para el diagnóstico y el tratamiento de alergias mediadas por la inmunoglobulina E y no mediadas por la inmunoglobulina E a múltiples proteínas alimentarias, síndrome de enterocolitis inducido por proteínas alimentarias grave, trastornos de los eosinófilos, como se evidencia con los resultados de la biopsia y de los trastornos que afectan la superficie de absorción, la longitud funcional y la motilidad del tracto gastrointestinal. Se necesita una Orden de surtido de receta de su Profesional de cuidados de la salud.
- Medicinas recetadas y vendidas para el tratamiento de la obesidad o para el uso en cualquier programa de adelgazamiento, pérdida de peso o de control alimentario.
- El uso o la intención de usar medicinas, que podría ser ilegal, inmoral, imprudente, abusivo, no Necesario desde el punto de vista médico o, de otra manera, inadecuado.
- Medicinas obtenidas mediante el uso no autorizado, fraudulento, abusivo o inadecuado de la Tarjeta de identificación.
- Medicinas usadas o cuyo uso estaba previsto para una afección, enfermedad, dolencia, lesión o disfunción corporal que no esté cubierta en virtud del Programa, o para las cuales los beneficios se han agotado.
- Rogaine, minoxidil y cualquier otra medicina, medicamento, solución o preparación usados o cuyo uso estaba previsto para el tratamiento de la caída del cabello, el debilitamiento del cabello o cualquier afección relacionada, para facilitar o promover el crecimiento del cabello, reemplazar el cabello caído, y demás.
- Todo producto para dejar de fumar que requiera una Orden de surtido de receta.
- Medicinas de cosmética usadas principalmente para mejorar el aspecto, incluida, entre otros, la corrección de arrugas y del envejecimiento de la piel.
- Órdenes para surtido de recetas para las cuales existe un producto de venta libre disponible con el (los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s).
- Medicinas para mejorar el rendimiento atlético.
- Medicinas para tratar la disfunción sexual, incluidas, entre otras, sildenafil citrato (Viagra), fentolamina (Regitine), alprostadil (Prostin, Edex, Caverject), y apomorfina orales y tópicas.
- Suero para alergias y materiales de pruebas de alergia.
- Medicinas compuestas que no cumplen con la definición de Medicinas compuestas como se define en el Contrato.

## **V. Renovabilidad**

- A. La cobertura de cualquier Participante en virtud del Contrato finalizará en la fecha más temprana de las que se mencionan a continuación:
- En el último día del período para el cual se han pagado las primas, sujeto al Período de gracia;
  - En el momento en que muere un Participante;
  - En el último día de cualquier Mes Contractual en el cual un Participante ya no reside, vive o trabaja en un área en la cual Nosotros estamos autorizados para llevar a cabo actividades comerciales, pero solo si la cobertura finaliza en forma uniforme independientemente de cualquier factor relacionado con el estado de salud del Participante;

- En el último día del Mes contractual en el cual Nosotros recibimos una solicitud por escrito de Su parte para cancelar Su cobertura o la cobertura de otro Participante;
  - En la Fecha de entrada en vigencia del Contrato en el caso de un acto, práctica u omisión que constituye una estafa o declaración falsa intencional de hechos importantes de la solicitud del Participante, que puede resultar en la rescisión de la cobertura. Rescisión se define como la cancelación o la interrupción de la cobertura que tiene efecto retroactivo. Se le otorgará un aviso por escrito con, al menos, 30 días de anticipación, antes de que pueda rescindir su cobertura o la cobertura de su dependiente, retroactivo a la Fecha de entrada en vigencia de la cobertura; o
  - En el último día del Mes contractual en el cual: (1) Su cónyuge deja de ser dependiente, o (2) Sus hijos cumplen 26 años, o (3) Sus hijos discapacitados ya no son discapacitados o dependientes de Usted en más de la mitad de su apoyo.
- B. Tenemos el derecho de cancelar este Contrato después de los 90 días de aviso, pero solo si todos los Contratos del Plan PPO-SELCHOICE-3 se cancelan, siempre que cada Participante deba tener la opción de comprar en garantía cualquier otro contrato de seguro de salud individual que Nosotros ofrecemos en el momento en que se interrumpe este Contrato.
- C. Si Nosotros cancelamos este Contrato según lo definido anteriormente en la Sección B, un Participante no decide comprar otra póliza de hospital, médica o quirúrgica; y si se encuentra totalmente discapacitado en la fecha de cancelación, como se describe anteriormente en la Sección B, la cobertura continúa y deberá estar limitada por: (1) la duración del Período de beneficios; (2) el pago de beneficios contractuales máximos; o (3) un período no menor a 90 días.
- D. Podemos optar por finalizar todos los planes de cobertura hospitalaria, médica o quirúrgica proporcionados o emitidos para ser proporcionados en este Estado, pero solo si Nosotros:
- Notificamos al Departamento del comisionado de seguros de Texas en un período no mayor a 180 días anteriores a la fecha de cobertura en virtud de la fecha en que finalice el primer plan de beneficios de salud hospitalario, médico o quirúrgico;
  - Notificamos a cada Participante cubierto en un período no mayor a 180 días anteriores a la fecha en la que finaliza la cobertura para ese Participante; y
  - Actuamos en forma uniforme independientemente del Factor relacionado con el estado de salud de las personas cubiertas o Dependientes de personas cubiertas que pueden volverse elegibles para la cobertura.

## VI. Primas

A. La tarifa de primas inicial para Su elección de plan en virtud de este Contrato es:

- La Categoría preferida es \$ \_\_\_\_\_.
- La Categoría estándar es \$ \_\_\_\_\_.

Existe una solicitud única no reembolsable de \$30.00. La tarifa de la solicitud debe presentarse con Su solicitud.

Adjunte la prima con su solicitud. Cuando se completa el aseguramiento y usted está aprobado para la cobertura, si se requiere una prima adicional, recibirá una factura suplementaria.

Las primas son pagaderas en forma mensual, bimestral o trimestral y vencen el primer día de cada Mes contractual.

B. Las tarifas de primas para este Contrato se basan en el sexo y la edad del Suscriptor, el lugar de residencia, determinadas afecciones de salud o una combinación de dichas afecciones de salud, incluido si un solicitante es fumador o consumidor de productos de tabaco o no, y la cantidad y la clasificación de familiares que deben incluirse en el Contrato. Los cambios en estos factores pueden resultar en un cambio en la prima.

1. Si Usted y/o Su cónyuge alcanzan una edad que resulta en una tarifa de prima nueva, la prima cambiará en forma automática a la tarifa aplicable a la nueva edad.

2. Las tarifas que se le proporcionen son para la residencia que se indica en Su solicitud. Puede no aplicarse a un lugar de residencia diferente. Sus tarifas de primas están sujetas a un ajuste automático en base al cambio de residencia.
  3. También tenemos el derecho de aumentar las primas después de un aviso con 30 días de anticipación a Usted. Sin embargo, excepto un aumento que resulte de un cambio a un nuevo grupo etario, la reubicación de residencia a una nueva área en Texas, o un cambio en el tipo de contrato (cobertura familiar, de soltero, de dependiente, etc.), no puede realizarse ningún aumento en la prima inicial durante seis meses.
  4. Si tanto el marido como la mujer están en la misma membresía, Su prima se calculará en función de la edad de cada adulto.
- C. Se otorga un Período de gracia para cada pago de prima. El Período de gracia será de 10 días por mes o de 31 días por trimestre.