

Blue Cross and Blue Shield of Texas
(adelante denominado "nosotros, nos, nuestro")

PPO Select® Choice

**Plan de proveedores preferidos que ofrece
cobertura médica principal integral**

INFORMACIÓN GENERAL DE LA COBERTURA REQUERIDA

- I. Lea su contrato cuidadosamente.** Esta Información general de la cobertura ofrece una descripción muy breve de algunas características importantes de su contrato. Éste no es el contrato del seguro y sólo prevalecerán las disposiciones del contrato real. El contrato en sí mismo estipula, en detalle, los derechos y las obligaciones de usted, su médico u otro proveedor profesional y nosotros. Por lo tanto, es importante que **LEA SU CONTRATO CUIDADOSAMENTE**.
- II.** Este plan está diseñado para ofrecerle cobertura de los principales gastos hospitalarios, médicos y quirúrgicos en los que incurra para los tratamientos y servicios necesarios recibidos como resultado de una lesión o enfermedad con cobertura. La cobertura se provee para los beneficios descritos en el Párrafo III. Los beneficios descritos en el Párrafo III pueden estar limitados por el Párrafo IV.

III. Beneficios

Contamos con una red de proveedores que atiende a los participantes en todo Texas, llamada la red. Cuando utiliza estos proveedores, recibe beneficios de la red. Recibirá un Directorio de proveedores que incluye a estos proveedores cuando se inscribe y por lo menos una vez al año en lo sucesivo.

Los proveedores que no figuran en el directorio se denominan proveedores fuera de la red. Cuando utilice estos proveedores, recibirá beneficios fuera de la red, excepto en situaciones especiales según se detalla 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 del año calendario se descontará una vez durante cada año calendario de los gastos elegibles totales de cada participante. El deducible familiar es el triple del monto del deducible individual. Ningún participante deberá contribuir más dinero que el monto del deducible individual para alcanzar el monto del deducible familiar. El monto de sus deducibles dependerá de las siguientes opciones:

| 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 |

A Division of Health Care Services Corporation, A Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

- C. **Monto del copago** (*se aplica a todos los planes*) — se requiere un monto de copago de \$25 para las visitas al consultorio médico sólo cuando se presten servicios mediante un médico de la red al momento de recibir estos servicios. Todos los demás *gastos médico-quirúrgicos* (pruebas de laboratorio y radiografías) estarán sujetos a los montos del coseguro y del deducible. No se requiere un monto de copago cuando se prestan servicios mediante un proveedor fuera de la red.
- D. **Autorización previa** — se requiere autorización previa para todas las admisiones hospitalarias, *los gastos de atención a largo plazo*, la terapia de infusiones domiciliarias y los trasplantes de órganos y tejidos. Usted, su médico u otro proveedor profesional o un miembro de su familia deben llamar al número gratuito que figura al dorso de la tarjeta de identificación.
- Cuando se autoriza en forma previa una admisión hospitalaria, se asigna la duración de la estancia. Este contrato estipula una duración de la estancia mínima en un hospital para el tratamiento del cáncer de mama de (1) 48 horas, después de una mastectomía y (2) 24 horas después de una disección de nódulo linfático.
- En caso de no presentar la autorización previa, se aplicará una multa de \$250 en concepto de admisión hospitalaria. Una multa equivalente al 50%, que no excederá los \$500, se aplicará a *los gastos de atención a largo plazo* o la terapia de infusiones domiciliarias ante el incumplimiento de la autorización previa.
- E. **Gastos elegibles** — después de alcanzar los montos del deducible y el copago correspondientes, si los hubiere, su cobertura paga el 80% del monto permitido para gastos elegibles por servicios prestados por un proveedor de la red y el 70% del monto permitido para gastos elegibles por servicios prestados por un proveedor fuera de la red, sujeto a otras disposiciones del contrato. El resto de estos gastos elegibles se convierte en “montos del coseguro” y deberá pagarlos usted.

IMPORTANTE PARA SU COBERTURA

Para pagar menos gastos en efectivo y recibir el mayor nivel de beneficios para sus costos de atención médica, le conviene utilizar proveedores de la red. Si utiliza proveedores de la red, no será responsable de pagar cargos que superen el monto permitido, según lo determine BCBSTX. El siguiente es un ejemplo de cuánto pagaría si usa un proveedor de la red y cuánto pagaría si usa un proveedor fuera de la red no participante. Para que el ejemplo sea más fácil de seguir, suponga que el monto permitido es el mismo:

SÓLO UN EJEMPLO

| | Dentro de la red 80% de cargos elegibles \$250 de deducible | Fuera de la red 70% de cargos elegibles \$500 de deducible |
|---|--|---|
| Monto facturado | \$20,000 | \$20,000 |
| Monto permitido | \$5,000 | \$5,000 |
| Monto de deducible | \$250 | \$500 |
| Monto de coseguro del Plan | \$3,800 | \$3,150 |
| Su monto de coseguro | \$950 | \$1,350 |
| Cargo adicional que le cobrará el proveedor no participante | Ninguna | \$15,000 ¹ |
| SU PAGO TOTAL | \$1,200 a un proveedor de la red | \$16,850 a un proveedor fuera de la red no participante |

Aunque consulte a un proveedor de la red, pregunte sobre cualquiera de los proveedores que le prestan servicios. Por ejemplo, si tiene programada una cirugía, asegúrese de que el cirujano de la red utilice un centro médico de la red para el procedimiento y un proveedor de la red para los servicios de anestesia.

¹ Si decide recibir servicios de un proveedor fuera de la red, averigüe si tiene un acuerdo contractual con BCBSTX. Los proveedores que no tienen contrato con BCBSTX ni con ningún otro plan de Blue Cross and Blue Shield le facturarán al paciente los gastos que superen el monto permitido. Consulte la sección bajo el título **PARPLAN** en el contrato.

1. **Gastos para pacientes hospitalizados:**

- a. Para una admisión hospitalaria con autorización previa, cargos por habitación y comidas. Si utiliza una habitación privada, sólo se considerará para los beneficios la tarifa promedio por habitación semiprivada del hospital.
- b. Unidades de cuidados intensivos y atención coronaria.
- c. Todos los demás servicios hospitalarios comunes.

2. **Gastos médico-quirúrgicos:**

- Servicios de médicos, otros proveedores profesionales y enfermeras anestesisistas matriculadas y certificadas (CRNA).
- Servicios de medicina física (terapias), hasta un beneficio máximo de \$1,000 por cada participante por año calendario.
- Radiografías de diagnóstico, procedimientos de laboratorio y radioterapia.
- Fórmulas dietéticas necesarias para el tratamiento de fenilcetonuria (PKU) u otras enfermedades hereditarias.
- Alquiler de equipamiento médico duradero (EMD) para uso terapéutico (no incluye elementos como acondicionadores de aire, purificadores de aire, humidificadores, equipos para actividad física y equipos para baño terapéutico).
- Servicio local de ambulancia terrestre o aérea profesional al hospital más cercano apropiadamente equipados y con personal adecuado para el tratamiento de la condición del participante, hasta un beneficio máximo de \$1,500 por participante cada año calendario.
- Anestésicos y su administración realizada por una persona que no sea el médico de la operación u otro proveedor profesional.
- Oxígeno y su administración siempre y cuando se utilice.
- Sangre, incluidos los costos de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores plasmáticos, que el participante no reemplace o que no se reemplacen para él.
- Dispositivos protésicos, sin incluir ningún reemplazo de dichos dispositivos, salvo los requeridos por el crecimiento del participante.
- Corsé ortopédico y muletas.
- Terapia de infusiones domiciliarias.
- Servicios o insumos recibidos durante una visita al hospital como paciente ambulatorio.
- Equipamiento e insumos para la diabetes según lo establecido en el contrato.
- Servicio anticonceptivo para pacientes ambulatorios y dispositivos anticonceptivos recetados. Sin embargo, los medicamentos anticonceptivos orales recetados se proveen bajo el programa de medicamentos recetados.
- Servicios de telesalud y servicios médicos de telemedicina.

Todos los máximos de beneficio se aplican a beneficios de la red y beneficios fuera de la red.

3. **Vacunas para niños** — se ofrecen vacunas para niños para hijos dependientes desde el nacimiento hasta los 8 años al 100% del monto permitido para beneficios dentro y fuera de la red. No se cobra el deducible, el monto de coseguro ni el monto de copago.
4. **Atención preventiva** — se proveerán beneficios para exámenes físicos de rutina, atención para niños sanos, examen de sangre oculta en las heces, vacunas para participantes mayores de 8 años, pruebas de laboratorio de rutina, radiografías, y exámenes oftalmológicos y auditivos hasta un máximo combinado de \$300 por año calendario para beneficios dentro y fuera de la red.

| Beneficios dentro de la red | Beneficios fuera de la red |
|--|---|
| 100% del monto permitido sujeto a copago por la visita al consultorio | 70% del monto permitido después del deducible por año calendario |

La mamografía, el control del cáncer colorrectal, el control del cáncer de próstata y el control del cáncer cervical/HPV no se consideran para los beneficios bajo este beneficio de atención preventiva.

- Examen de control para detectar deficiencia auditiva en recién nacidos** — exámenes de control para detectar la pérdida auditiva desde el nacimiento hasta los 30 días de vida y atención necesaria de seguimiento y diagnóstico relacionada con los exámenes de control desde el nacimiento hasta la fecha en que el hijo dependiente cumpla los 24 meses. No se cobra el deducible; sin embargo, los beneficios estarán sujetos a todas las demás disposiciones contractuales.
- Determinadas terapias para niños con retraso en el desarrollo** — se proveen beneficios para hijos dependientes menores de tres años de edad con retraso en el desarrollo para las terapias de rehabilitación y habilitación necesarias de acuerdo con un *plan de servicios familiar individualizado* expedido por el Concilio de Interagencias de Texas en la Intervención Temprana en la Niñez (Texas Interagency Council on Early Childhood Intervention). Dichas terapias incluyen servicios y evaluaciones de terapia ocupacional; servicios y evaluaciones de fisioterapia; servicios y evaluaciones de terapia del habla y evaluaciones dietarias o nutricionales.

Después de los 3 años, cuando se completan los servicios bajo el *plan de servicios familiar individualizado*, estarán disponibles los gastos elegibles, según lo cubra este contrato de cualquier otra manera. Regirán todas las disposiciones contractuales de este contrato, incluso, entre otras, los términos definidos, las limitaciones y exclusiones y los máximos de beneficio.

- Beneficios para mamografía de rutina** — se ofrecen beneficios para participantes de sexo femenino de 35 años o para una mamografía de rutina con rayos-X de baja dosis para detectar la presencia de un cáncer de mama oculto, pero los beneficios no se ofrecerán para más de una mamografía de rutina por año calendario.

| Beneficios dentro de la red | Beneficios fuera de la red |
|-----------------------------|---|
| 100% del monto permitido | 70% del monto permitido después del deducible por año calendario |

Las mamografías de diagnóstico que no son de rutina se proveen al 80% del monto permitido después del deducible del año calendario dentro de la red y al 70% del monto permitido después del deducible del año calendario para beneficios fuera de la red.

- Beneficios de determinadas terapias para detectar cáncer colorrectal** — los beneficios para *gastos médico-quirúrgicos* en los que se incurre por un examen de control o diagnóstico médicamente reconocido para detectar cáncer colorrectal, en participantes mayores de 50 años que presentan un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon. Dicho participante tendrá derecho a los beneficios para (a) examen de sangre oculta en las heces realizado en forma anual y sigmoidoscopia flexible realizada cada cinco años; o (b) colonoscopia realizada cada diez años.

| Beneficios dentro de la red | Beneficios fuera de la red |
|---|---|
| 80% del monto permitido después del deducible por año calendario | 70% del monto permitido después del deducible por año calendario |

9. **Beneficios de determinados exámenes para detectar cáncer de próstata** — se proveerán beneficios en caso de que un participante masculino incurra en *gastos médico-quirúrgicos* por procedimientos médicos de diagnóstico al llevar a cabo un examen de diagnóstico anual médicamente reconocido para detectar cáncer de próstata. Dicho participante tendrá derecho a:
- un examen físico para detectar el cáncer de próstata y
 - un examen del antígeno específico de la próstata, para detectar cáncer de próstata en cada participante masculino de este contrato, que:
 - (a) tenga 50 años de edad y no presente síntomas o
 - (b) tenga 40 años de edad y presente un antecedente familiar de cáncer de próstata u otros factores de riesgo.

| Beneficios dentro de la red | Beneficios fuera de la red |
|-----------------------------|--|
| 100% del monto permitido | 70% del monto permitido después del deducible por año calendario |

10. **Beneficios de determinados exámenes para detectar el virus del papiloma humano (HPV) y el cáncer cervical** — si una participante mayor de 18 años incurra en un gasto médico-quirúrgico por un examen anual de diagnóstico médicamente reconocido para la detección precoz del cáncer cervical, los beneficios proporcionados bajo este contrato incluirán:
- Un examen de papanicolaou convencional o un examen de control que utiliza métodos citológicos preparados en líquido, aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA), solo o en combinación con un examen aprobado por la FDA para la detección del virus del papiloma humano.
 - Dicho examen de control debe realizarse de acuerdo con las pautas adoptadas por:
 - (a) El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos; o
 - (b) Otra organización nacional de profesionales médicos similar.

| Beneficios dentro de la red | Beneficios fuera de la red |
|-----------------------------|--|
| 100% del monto permitido | 70% del monto permitido después del deducible por año calendario |

- F. **Montos de coseguro** — cuando los montos de coseguro de un participante para un año calendario igualan al monto de la opción del plan que se muestra a continuación, los porcentajes de beneficio cambian al 100% para el resto de ese año calendario. El monto de coseguro familiar es el doble del monto de coseguro individual. Ningún participante podrá contribuir más dinero que el monto de coseguro individual para alcanzar el monto de coseguro familiar.

| Opciones | Dentro de la red Montos del copago | Fuera de la red Montos de copago |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <i>Aplicable a todos los planes</i> | | |
| Individual | \$3,000 | \$6,000 |
| Familiar | \$6,000 | \$12,000 |

- G. **Beneficios máximos en vida** — el máximo en vida de los beneficios de un participante es de \$5,000,000.
- H. **Máximo de beneficio de trasplante de órganos y tejidos** — el máximo en vida para trasplantes de órganos y tejidos es de \$300,000 para cada participante.

I. **Programa de medicamentos recetados**

1. **Máximo por año calendario** — se aplica un máximo de \$3,000 por año calendario para cada participante independientemente de si recibe o no los beneficios en una farmacia participante, una farmacia no participante o a través del programa de medicamentos recetados enviados por correo.
2. **Deducibles/Montos de copago** — el deducible y los montos de copago para medicamentos recetados son los siguientes:

| PROGRAMA DE MEDICAMENTOS RECETADOS | | | |
|--|----------|---------------------------------|------------------------------------|
| Características del plan Aplicable a todos los planes | | | |
| Deducible | \$200 | | |
| Máximo por año calendario | \$3,000 | | |
| Montos de copago | Genérico | Medicamentos de marca preferida | Medicamentos de marca no preferida |
| Farmacia de venta al público | | | |
| • Una dosis para 30 días por cada entrega | \$10 | \$30 | \$45 |
| • Dosis para 90 días | \$30 | \$90 | \$135 |
| Servicio por correo | | | |
| • Dosis para 90 días | \$20 | \$60 | \$90 |

El monto de su pago también depende de dónde obtiene su medicamento recetado y si se le entrega un medicamento genérico, un medicamento de marca preferida o un medicamento de marca no preferida.

- Si el médico ha marcado la receta como “Medicamento de marca medicamento necesario”, el farmacéutico sólo podrá entregarle el medicamento de marca y usted pagará el monto de copago correspondiente.
- Si el médico no ha indicado “Medicamento de marca medicamento necesario”, se le entregará el medicamento genérico a menos que usted decida comprar el medicamento de marca en lugar del genérico y si el medicamento de marca entregado:
 - figura en la lista de medicamentos de marca preferida, usted pagará el monto de copago del medicamento de marca preferida **más** la diferencia entre el medicamento genérico y el medicamento de marca preferida; o
 - es un medicamento de marca no preferida, usted pagará **sólo** el monto de copago del medicamento de marca no preferida.

Los medicamentos inyectables para autoadministración subcutánea también están cubiertos por el contrato y están sujetos al monto de copago correspondiente. Los medicamentos inyectables incluyen, entre otros, insulina e Imitrex.

El pago de beneficios cubiertos bajo este contrato puede negarse si los medicamentos se entregan o envían con la intención de cambiar o provocar el cambio o la evasión del límite de cantidad máximo de 90 días (por ejemplo, si obtiene muchas renovaciones de la misma receta antes de consumir la dosis original).

3. **Lista de medicamentos de marca preferida** — usted recibirá una lista de medicamentos de marca preferida al menos una vez por año. Esta lista se actualizará en forma periódica para agregar nuevos medicamentos de marca preferida. También puede llamar a la línea de ayuda del servicio de atención al cliente para conocer los medicamentos que figuran en la lista.

IV. Limitaciones y exclusiones

Los beneficios de la parte médica del contrato no se ofrecen para:

- **Limitación por enfermedades preexistentes** — los beneficios del contrato no se extienden a la atención obtenida durante los primeros doce meses en el caso de enfermedades preexistentes dentro de los doce meses anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura. Esta exclusión no se aplica a un participante que haya tenido cobertura continua durante un período adicional de 18 meses bajo cobertura acreditable si la cobertura anterior estuvo vigente hasta una fecha que no supere los 63 días antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del participante bajo este contrato, sin incluir los períodos de espera.

Si un participante no tiene cobertura acreditable adicional por un total de 18 meses, reconoceremos el período de cobertura anterior del participante bajo una cobertura acreditable si dicha cobertura anterior estuvo en vigencia en cualquier momento durante los 18 meses anteriores a (a) el primer día de entrada en vigencia de la cobertura bajo este contrato si no rige un período de espera; o (b) el día en que el solicitante presenta una solicitud sustancialmente completa de cobertura si rige un período de espera.

- Atención materna.
- Servicios o insumos que no son médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad, lesión, afección, trastorno o disfunción orgánica; cualquier servicio o insumo experimental o bajo investigación.
- Cualquier cargo que supere el monto permitido según lo determinemos nosotros.
- Cualquier servicio o insumo cuyos beneficios se provean o puedan proveerse luego de su debido reclamo, según la Ley de compensación para trabajadores.
- Cualquier servicio o insumo cubierto en forma total o parcial por cualquier ley de los Estados Unidos (incluido Medicare), un país extranjero, subdivisión estatal o política, **excepto** Medicaid.
- Cargos por servicios e insumos provistos que requieren nuestra aprobación, cuando dicha aprobación no se otorga.
- Servicios o insumos que usted no está obligado a pagar o que la ley no le exija que pague sin esta cobertura u otra similar (**excepto** el tratamiento de enfermedades mentales o retraso mental brindado por una institución financiada con impuestos).
- Cualquier servicio o insumo brindado por una persona relacionada con usted por lazos sanguíneos o conyugales.
- Tratamiento de lesiones o enfermedad a causa de guerra, actos de guerra o mientras se encuentra sirviendo de forma activa o reservada a las fuerzas armadas.
- Cualquier cargo por suicidio o intento de suicidio.
- Cargos que surjan por el incumplimiento de una visita programada a un médico u otro proveedor profesional, para completar formularios del seguro o para la obtención de historias clínicas, salvo que nosotros lo solicitemos y lo recibamos.
- Cargos por habitación y comidas durante una admisión hospitalaria para procedimientos de diagnóstico o evaluación, salvo que los exámenes no hayan podido realizarse como paciente ambulatorio.
- Servicios o insumos provistos durante una admisión hospitalaria o una admisión en otro centro proveedor que comiencen antes de la fecha de entrada en vigencia del paciente, o servicios o insumos provistos después de la terminación de la cobertura del participante, **salvo** lo dispuesto en el contrato.
- Servicios dietéticos y nutricionales, **salvo** según pueda estipularse en el contrato para (1) un programa de evaluación nutricional provisto en un hospital y por el hospital y aprobado por nosotros en forma anticipada; (2) *tratamiento de diabetes* y (3) *determinadas terapias para niños con retraso en el desarrollo*.
- Atención de apoyo.
- Exámenes físicos de rutina, exámenes de diagnóstico o vacunas, **excepto** según lo dispuesto en el contrato (1) *Mamografías*, (2) *Atención preventiva* hasta el máximo de beneficio por año calendario, (3) *Vacunas para niños*, (4) *Determinados exámenes para detectar cáncer de próstata*, (5) *Examen de control para detectar*

deficiencia auditiva en recién nacidos, (6) Determinados exámenes para detectar cáncer colorrectal, (7) Determinadas terapias para niños con retraso en el desarrollo, y (8) Determinados exámenes para detectar el virus del papiloma humano (HPV) y el cáncer cervical.

- Servicios o insumos (**excepto** procedimientos quirúrgicos o diagnósticos médicamente necesarios) para el tratamiento de articulaciones de la mandíbula, músculos o sus estructuras relacionadas con accesorios o férulas, fisioterapia o alteración para eliminar el dolor o la disfunción.
- Servicios o insumos provistos para corregir deformidades de la mandíbula congénitas, adquiridas o del desarrollo a partir de los 19 años de edad del participante.
- Cualquier artículo de *gastos médico-quirúrgicos* en los que se incurra por atención o tratamientos odontológicos, cirugía oral cubierta o accesorios odontológicos, **excepto** (1) cirugía oral según se define en el contrato, (2) defectos congénitos de un hijo dependiente, o (3) servicios necesarios por una lesión accidental.
- Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética salvo que sea causada por lesión, defectos congénitos de un hijo dependiente; cirugía reconstructiva después de una cirugía por cáncer; cirugía reconstructiva después de una mastectomía; cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico; y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluso linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.
- Anteojos, lentes de contacto o audífonos o exámenes para recetarlos o exámenes para detectar la agudeza visual o el nivel de audición o cirugía refractiva.
- Trastornos mentales y nerviosos **excepto** el trastorno orgánico cerebral según se define en el contrato.
- Salvo según lo específicamente dispuesto en el contrato, cualquier servicio social médico; terapia o asesoramiento familiar para pacientes ambulatorios, asesoramiento emocional, asesoramiento vocacional o terapia o asesoramiento familiar o conyugal; cualquier servicio o insumo provisto por un licenciado en trabajo social clínico, un licenciado en asesoramiento profesional o un especialista en terapia para la familia y el matrimonio.
- Tratamiento de adolescentes con trastornos de conducta, entre ellos trastornos de conducta y de oposición.
- Servicios de terapia ocupacional que no comprendan modalidades de la fisioterapia tradicional y no formen parte de un programa de rehabilitación física.
- Viaje, ya sea recomendado o no por el médico u otro proveedor profesional, **excepto** servicios de ambulancia según lo dispuesto en el contrato.
- Tratamiento del peso o la obesidad, incluso procedimientos quirúrgicos, aunque otras afecciones médicas se beneficien con la reducción.
- Cualquier servicio o insumo para exámenes de alergia en pacientes hospitalizados, o cualquier examen o tratamiento para la sensibilidad ambiental o ecología clínica, o cualquier tratamiento no reconocido como seguro y eficaz.
- Cualquier servicio o insumo provisto con terapias de quelación, **excepto** el tratamiento por envenenamiento agudo con metal.
- Cualquier servicio o insumo para reversión de la esterilización (femenina o masculina), cirugía transexual, disfunción sexual, servicios de fertilización in vitro o inseminación artificial.
- Atención de rutina de los pies según lo descrito en el contrato.
- Cualquier servicio de lenguaje y audición **salvo** según lo dispuesto en el contrato para (1) *gastos de atención a largo plazo*, (2) *atención preventiva* hasta el máximo de beneficio por año calendario, (3) *examen de control para detectar deficiencia auditiva en recién nacidos* y (4) *determinadas terapias para niños con retraso en el desarrollo*.
- Cualquier servicio o insumo para mamosplastia de reducción.
- Servicios o insumos para acupuntura, videofluoroscopia, tracción intersegmental, electromiografía de superficie, manipulación bajo anestesia y exámenes musculares a través de maquinaria computarizada de kinesiología como por ejemplo, Isostation, Digital Myograph y Dynatron.
- Servicios o insumos para el tratamiento de dependencia química; servicios o insumos provistos por un licenciado en asesoramiento sobre dependencia química o un licenciado asociado en psicología.

- Accesorios de ortodoncia u otro accesorio odontológico; férulas o vendajes de venta libre o provistos por un médico en un ambiente no hospitalario para ayudar con las deformaciones y esguinces; calzado ortopédico que sea parte separada de una ortesis cubierta, calzado especialmente pedido, realizado a medida o incorporado; calzado inmovilizador para pies, hormas de zapatos diseñadas para apoyar el arco o para realizar un cambio en los pies o en la alineación de los pies, soportes para arcos, medias y fajas elásticas, **excepto** accesorios para pies cuando se proveen junto con el tratamiento de la diabetes.
- Servicios o insumos provistos para enfermedades o en relación con estas enfermedades, las cuales han sido específicamente excluidas para un participante.
- Cualquier fármaco o medicamento, **salvo según lo dispuesto** en el Programa de medicamentos recetados, que son: (1) entregados por una farmacia y recibidos por el participante mientras tiene la cobertura de este contrato; (2) entregados en el consultorio de un proveedor o durante la internación en un hospital u otro centro de atención intensa y recibidos por el participante para uso como paciente ambulatorio; (3) fármacos y medicamentos de venta libre o por los cuales no se cobra; (4) recetas de enjuague bucal antiséptico o con fluoruro o de soluciones o preparaciones orales tópicas; (5) Retin-A o medicamentos de uso tópico farmacológico similar; o (6) medicamentos para dejar de fumar que requieren receta.
- Cualquier servicio o insumo no definido de forma específica como gasto elegible en el contrato.

Los beneficios ofrecidos bajo el Programa de medicamentos recetados no están disponibles para:

- Los medicamentos que no exigen por ley una receta de un proveedor (excepto insulina inyectable); y los medicamentos o dispositivos cubiertos para los cuales no se obtiene una receta válida.
- Dispositivos o equipamiento médico duradero de cualquier tipo (aunque dichos dispositivos requieran receta), como por ejemplo, entre otros, dispositivos anticonceptivos, dispositivos terapéuticos, dispositivos artificiales u otros similares (excepto jeringas y agujas hipodérmicas desechables para inyecciones autoadministradas). Sin embargo, la cobertura de los dispositivos anticonceptivos recetados se provee bajo la parte médica del contrato.
- Administración o inyección de cualquier medicamento.
- Vitaminas (excepto las que por ley exigen receta y para las cuales no haya alternativas no recetadas).
- Medicamentos entregados en el consultorio médico o durante la internación en un hospital u otra institución o centro de atención intensa, lo cual incluye medicamentos para llevar al hogar y medicamentos entregados por un hogar de ancianos o una institución o centro de cuidados de apoyo o crónicos.
- Medicamentos, dispositivos u otros servicios o insumos de farmacia cubiertos cuyos beneficios se proveen o puedan proveerse luego de su debido reclamo según la Ley de compensación para trabajadores.
- Medicamentos, dispositivos u otros servicios o insumos de farmacia cubiertos en forma total o parcial por cualquier ley de los Estados Unidos (incluido Medicare), un país extranjero, subdivisión estatal o política, **excepto** Medicaid.
- Cualquier servicio provisto o artículos proporcionados por los cuales la farmacia normalmente no cobra.
- Medicamentos para los cuales el cargo habitual y acostumbrado de la farmacia al público en general sea inferior o igual al monto de copago dispuesto según el contrato.
- Medicamentos para la infertilidad y medicamentos para la fertilidad; dispositivos anticonceptivos recetados, materiales anticonceptivos no recetados (**excepto** medicamentos anticonceptivos orales recetados que son medicamentos con advertencia). Sin embargo, la cobertura de los dispositivos anticonceptivos recetados se provee bajo la parte médica del contrato.
- Cualquier receta de enjuague bucal antiséptico o con fluoruro o de soluciones o preparaciones orales tópicas.
- Medicamentos que por ley deban indicar: “Precaución: limitado por la ley federal a uso investigativo” o medicamentos experimentales, aunque se cobre un cargo por los medicamentos.
- Medicamentos cubiertos entregados en cantidades que superan los montos estipulados o renovaciones de cualquier receta que superen el número de renovaciones especificadas por el médico o por ley o cualquier fármaco o medicamento entregado más de un año después de la fecha de la receta.

- Medicamentos con advertencia no aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA).
- Fluidos, nutrientes o medicamentos (incluidos todos los aditivos y quimioterapia) utilizados o previstos para el uso en infusiones intravenosas o gastrointestinales (enterales) o inyecciones intravenosas en el hogar; medicamentos administrados por vías distintas de la subcutánea en el hogar. Esta excepción no rige para las fórmulas dietarias necesarias para el tratamiento de fenilcetonuria (PKU) u otras enfermedades hereditarias.
- Medicamentos recetados y entregados para el tratamiento de la obesidad o para uso en un programa de reducción del peso, pérdida de peso o control dietario.
- Medicamentos, cuyo uso real o previsto sería ilegal, falto de ética, imprudente, abusivo, no necesario desde el punto de vista médico o impropio en cualquier otro respecto.
- Medicamentos obtenidos mediante el uso no autorizado, fraudulento, abusivo o impropio de la tarjeta de identificación.
- Medicamentos utilizados o previstos para el uso en el tratamiento de una enfermedad, afección, trastorno, lesión o disfunción del cuerpo que no estén cubiertos por el programa o para los cuales se han terminado los beneficios.
- Rogaine, minoxidil o cualquier otro fármaco, medicamento, solución o preparación utilizado o previsto para el uso en el tratamiento de la calvicie, el debilitamiento del cabello o cualquier afección relacionada, ya sea para ayudar o fomentar el crecimiento del cabello, para reemplazar cabello perdido o de cualquier otra manera.
- Cualquier producto para dejar de fumar que requiera receta.
- Medicamentos cosméticos utilizados principalmente para mejorar el aspecto, incluso, entre otros, para la corrección de arrugas en la piel o el envejecimiento de la piel.
- Medicamentos recetados para los cuales exista un producto de venta libre con el mismo ingrediente activo.
- Medicamentos para mejorar el rendimiento atlético.
- Medicamentos para tratar disfunciones sexuales, incluso, entre otros, sildenafil citrato (Viagra), fentolamina (Regitine), alprostadil (Prostin, Edex, Caverject) y apomorfina en forma oral y tópica.
- Sueros y productos para tratar alergias.
- Medicamentos compuestos que no cumplan con la definición de Medicamentos Compuestos especificada en el contrato.

V. Renovación

- A. La cobertura de cualquier participante según el contrato finalizará a partir de la fecha que suceda primero:
- el último día del período para el cual se han pagado las primas, sujeto al período de gracia;
 - el fallecimiento del participante;
 - el último día de cualquier mes de contrato en el cual un participante reside, vive o trabaja en un área en la cual estamos autorizados a prestar servicios, pero sólo si la cobertura se termina de manera uniforme independientemente de cualquier factor relacionado con el estado de salud del participante;
 - el último día del mes de contrato en el cual recibamos una solicitud por escrito del participante para que cancelemos su cobertura o la cobertura de otro participante;
 - en la fecha del contrato estipulada para casos de declaración falsa intencional o fraudulenta de un hecho material; o
 - el último día del mes de contrato en el cual: (1) su cónyuge deja de ser dependiente o (2) sus hijos se casen o cumplan los 25 años de edad o (3) un hijo discapacitado deja de serlo o más de la mitad de su manutención deje de depender de usted.
- B. Tenemos derecho a cancelar este contrato después de notificarle con 90 días de anticipación pero sólo si todos los contratos del Plan PPO-SELCHOICE-3 se cancelan, siempre que cada participante tenga la opción de adquirir una cobertura garantizada de cualquier otro contrato de seguro médico individual que le ofrezcamos al momento de discontinuar este contrato.

- C. Si cancelamos este contrato según se menciona anteriormente en la Sección B, un participante no opta por adquirir otra póliza de seguro hospitalario, médico o quirúrgico y si está totalmente discapacitado en la fecha de cancelación según se describe en la Sección B, la cobertura continúa y se limitará a: (1) la duración del período de beneficio; (2) el pago de los beneficios máximos del contrato o (3) un período no inferior a los 90 días.
- D. Podemos optar por terminar todos los planes de cobertura hospitalaria, médica o quirúrgica individuales ofrecidos o emitidos para ofrecerse en este estado, pero sólo si:
- notificamos al comisionado del Departamento de Seguros de Texas antes de los 180 días anteriores a la fecha de finalización de la cobertura bajo el primer plan individual de beneficios de salud hospitalario, médico o quirúrgico;
 - notificamos a cada participante cubierto antes de los 180 días anteriores a la fecha de finalización de la cobertura de ese participante; y
 - procedemos de manera uniforme independientemente de cualquier factor relacionado con el estado de salud de los individuos cubiertos o los dependientes de individuos cubiertos que puedan comenzar a ser elegibles para la cobertura.

VI. Primas

A. La prima inicial para el Plan que ha elegido bajo este contrato es:

- Categoría preferida \$_____.
- Categoría estándar \$_____.

Se cobra un cargo de solicitud único no reembolsable de \$30.00. El cargo de solicitud debe entregarse con su solicitud.

Adjunte la prima con su solicitud. Una vez finalizada la suscripción y aprobada su cobertura, si se requiere una prima adicional, recibirá una factura suplementaria.

Las primas se pagan en forma mensual, bimensual o trimestral y vencen el primer día de cada mes de contrato.

- B. Las primas de este contrato se basan en el sexo y la edad del suscriptor, el lugar de residencia, determinadas afecciones médicas o una combinación de dichas afecciones médicas, incluso, entre otros factores, si el solicitante es fumador o usa productos derivados del tabaco y el número y la clasificación de los miembros de la familia que se incluirán en el contrato. Los cambios en estos factores pueden ocasionar un cambio en la prima.
1. Si usted o su cónyuge llegan a una edad en la que se aplica una nueva prima, ésta cambiará automáticamente a la tarifa correspondiente a su nueva edad o a la nueva edad de su cónyuge.
 2. La tarifa que le ofrecemos es para la residencia que se indica en su solicitud. Es posible que no tenga validez para un lugar de residencia distinto. Las primas están sujetas a ajustes automáticos ante un cambio de residencia.
 3. También tenemos el derecho de aumentar las primas después de enviarle una notificación con 30 días de anticipación. Sin embargo, salvo cuando se trate de un aumento que sea resultado de un cambio en un nuevo segmento de edad, una reubicación de residencia en una nueva área geográfica de Texas o un cambio en el tipo de contrato (cobertura familiar, individual, de dependientes, etc.) la prima inicial no podrá aumentarse durante seis meses.
 4. Si tanto ambos cónyuges están en la misma membresía, la prima se calculará según la edad de cada adulto.
- C. Se provee un período de gracia para cada pago de prima. El período de gracia será de 10 días en el caso de primas mensuales y de 31 días para primas trimestrales.