



COMMUNITY HEALTH PLAN
of Washington™

The power of community

INDIVIDUAL & FAMILY PLANS

Evidencia de cobertura de 2025



Cascade Select
Gold | Silver | Bronze



INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dónde enviar las reclamaciones

ENVÍE SUS RECLAMACIONES POR CORREO

CHP Claims
PO Box 269002
Plano, TX 75026-9002

ENVÍE SUS RECLAMACIONES SOBRE MEDICAMENTOS RECETADOS POR CORREO

Express Scripts, Inc.
Attn: Commercial Claims
P.O. Box 14711
Lexington, KY 40512-4711
Fax: (608) 741-5475

**Comuníquese con el administrador
de beneficios de farmacia en**
Teléfono: (866) 907-1906
www.express-scripts.com

Servicio al Cliente

Dirección postal

Community Health Plan of Washington
1111 Third Avenue, Suite 400
Seattle, WA 98101

Números de teléfono

Número local y gratuito: (866) 907-1906 (TTY:711)

Quejas y apelaciones

Comentarios

Community Health Plan of Washington
Attn: Customer Experience Manager
1111 Third Avenue, Suite 400, Seattle, WA 98101
Teléfono: (866) 907-1906
Fax: (206) 613-8984

Apelaciones

Community Health Plan of Washington
Attn: Appeals Coordinator
1111 Third Avenue, Suite 400, Seattle, WA 98101
Teléfono: (866) 907-1906
Fax: (206) 613-8984

Sitio web

Visite nuestro sitio web individualandfamily.chpw.org para obtener más información y acceso seguro en línea a la información sobre reclamaciones en su portal para miembros de myCHPW.



Community Health Plan of Washington Cascade Select Gold Silver Bronze

Acuerdo de cobertura de atención médica para individuos y familias

Cascade Select de Community Health Plan of Washington es un plan de seguro médico para individuos y familias ofrecido por Community Health Plan of Washington (“CHPW”). CHPW es un Contratista de servicios de atención médica con licencia del estado de Washington debidamente registrado bajo las leyes del estado de Washington para brindar cobertura de atención médica. Este Acuerdo de cobertura de atención médica para individuos y familias (“Acuerdo”) establece los términos bajo los cuales se proporcionará la cobertura de atención médica, incluidos los derechos y responsabilidades de las partes contratantes, los requisitos de inscripción y elegibilidad, así como los beneficios a los que tienen derecho los inscritos en virtud de este Acuerdo y lo que usted paga como Miembro de este plan de salud. Por favor, lea este Acuerdo para familiarizarse con los términos de su cobertura de atención médica.

Encontrará más información sobre CHPW y sobre los beneficios únicos de nuestros planes Cascade Select en la página 5 de este Acuerdo.

Este Acuerdo se realiza entre CHPW y la persona designada en este documento como el Suscriptor. En consideración al pago oportuno de la prima aplicable, CHPW acepta proporcionar los beneficios de este Acuerdo sujetos a los términos y condiciones del mismo, incluidos los endosos, enmiendas o anexos a este Acuerdo requeridos o permitidos por la ley estatal o federal y firmados y emitidos por CHPW.

Este Acuerdo consta de los siguientes documentos:

- Acuerdo de cobertura de atención médica para individuos y familias
- Solicitud de intercambio de beneficios de salud de Washington firmada
- Solicitud de inscripción individual de Cascade Select de CHPW firmada

SU DERECHO A DEVOLVER ESTE ACUERDO EN UN PLAZO DE 10 DÍAS

Si, por alguna razón, no está satisfecho con este Acuerdo, puede rescindirlo devolviéndolo a CHPW o al productor a través del cual se compró, dentro de los 10 días posteriores a la entrega. La fecha de entrega del Acuerdo es la fecha en que le proporcionamos acceso al Acuerdo electrónicamente, o el 5.º día posterior a la fecha del matasellos si se envía una copia por correo. En el caso de que el Acuerdo sea devuelto dentro de los 10 días, CHPW reembolsará de inmediato todos los pagos de primas recibidos del Suscriptor en relación con la emisión y el Acuerdo será nulo hasta su Fecha de entrada en vigencia. Si CHPW no reembolsa los pagos dentro de los 30 días posteriores a la recepción oportuna del Acuerdo devuelto, CHPW debe pagar una multa del 10% de dicha prima, que se sumará al reembolso. CHPW puede reducir el reembolso a una cantidad igual al costo de cualquier beneficio que pagamos antes de que usted rescindiera el Acuerdo.

Tiene derecho a obtener esta información en otro formato, como audio, Braille o un tamaño de letra grande debido a necesidades especiales, o en su idioma, sin costo adicional.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-907-1906 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-907-1906 (TTY: 711)。

Af Soomaali (Somali) DIGTOONI: Haddii aad ku hadasho Af Soomaali, adeegyada caawimada luqadda, oo lacag la'aan ah, ayaa lagu heli karaa adiga. Wac 1-866-907-1906. (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-907-1906 (телетайп: 711).

(Arabic) العربية ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-907-1906 (طابعة هاتفية: 711).

አማርኛ (Amharic) ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክላው ቁጥር ይደውሉ 1-866-907-1906 (መስማት ለተሳናቸው፡ 711)።

توجه برای دری (Dari) اگر به زبان دری صحبت می کنید، خدمات مساعدت زبان، طور رایگان برای شما موجود می باشد. با شماره تماس بگیرید. 1-866-907-1906 (TTY: 711)

ትግርኛ (Tigrinya) ምልክታ፡ ትግርኛ ትዘረብ ተኸይንካ ኣገልግሎት ኣገዝ ቋንቋ ንዓኻ ብናጻ ይርከብ። ደውል 1-866-907-1906 (TTY: 711)።

ဗမာ (Burmese) သတိပို့ရန် - အကယုၤၤ သွဉ်း ချမ္ဗူစကား ကို ဝေ့ုဟပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သုဒ္ဓါအကြံ ကို စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-866-907-1906 (TTY: 711) သို့မို့ ဝေ့ုဆို့ပါ။

ਪੰਜਾਬੀ (Panjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-866-907-1906 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-907-1906 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

(Farsi) فارسی توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای تماس بگیرید. 1-866-907-1906 (TTY: 711) شما فراهم می باشد. با

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-866-907-1906 (телетайп: 711).

ភាសាខ្មែរ (Khmer) កត់ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាមិនគិតថ្លៃមានសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-866-907-1906 (TTY: 711)។

Índice

BIENVENIDA.....	5
TÉRMINOS Y CONDICIONES LEGALES	6
ACCESO A LA ATENCIÓN	11
GESTIÓN DE LA UTILIZACIÓN	12
AUTORIZACIÓN PREVIA	14
COSTOS COMPARTIDOS.....	16
BENEFICIOS.....	18
DETALLES DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS.....	19
EXCLUSIONES, LIMITACIONES Y SERVICIOS NO CUBIERTOS.....	52
ELEGIBILIDAD.....	63
INSCRIPCIÓN.....	64
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	67
PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES.....	68
PREGUNTAS, QUEJAS, RECLAMOS Y APELACIONES.....	69
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	76
SUBROGACIÓN Y REEMBOLSO	83
DEFINICIONES.....	85

BIENVENIDA

Gracias por elegir Cascade Select de Community Health Plan of Washington (CHPW) para su cobertura de atención médica para 2025. Este Acuerdo explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar como miembro de este plan de salud. Por favor, lea este Acuerdo para familiarizarse con los términos de su cobertura de atención médica.

Acerca de Community Health Plan of Washington. CHPW es un proveedor sin fines de lucro de atención médica asequible y de calidad con vínculos estrechos con las comunidades a las que brinda servicios, construido en torno de una red de Centros de salud comunitarios en todo el estado de Washington.

¿Qué hace que Cascade Select de Community Health Plan of Washington sea diferente? CHPW ofrece opciones de cobertura integrales para nuestros Miembros de Cascade Select. La Red de afiliados de Cascade Care de CHPW está compuesta por un conjunto diverso de proveedores y se centra en los Centros de salud comunitarios participantes. CHPW está acreditado por el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad y proporciona servicios de salud integrales y funciones de administración médica, incluida la administración de la utilización, la administración de la atención, las transiciones de la atención y los servicios de farmacia a los Miembros de CHPW.

Información de contacto. La información de contacto importante se encuentra en la última página de este Acuerdo. Llame o escriba a Servicio al Cliente si tiene preguntas sobre beneficios o Reclamaciones, la atención que recibe, cambios de dirección u otra información personal, o para obtener información por escrito sobre su plan de salud. Puede encontrar información actualizada sobre la Red de afiliados de Cascade Care de CHPW y nuestros proveedores de la red en nuestro sitio web en: individualandfamily.chpw.org.

Referencias. A lo largo de este Acuerdo, se hace referencia a CHPW como “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”. Se hace referencia a Cascade Select de Community Health Plan of Washington como “plan”, “este plan” o “nuestro plan”. Las referencias a “usted” y “su” se refieren a los Miembros. Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica y los servicios, incluidos los Medicamentos recetados, disponibles para usted como Miembro de CHPW. Cuando usamos los términos “Miembro” o “Miembros”, nos referimos a todas las personas inscritas en este plan. El uso de los términos “incluye” o “inclusive” a lo largo de este Acuerdo no pretende ser exclusivo ni debe interpretarse como exclusivo. Otros términos en mayúsculas utilizados en este Acuerdo se definen en la sección *Definiciones* de este Acuerdo o cuando se utilizan por primera vez.

TÉRMINOS Y CONDICIONES LEGALES

CHPW se compromete a proporcionar los beneficios establecidos en este Acuerdo.

Pagos de Primas. Durante la vigencia de este Acuerdo, el Suscriptor deberá presentar a CHPW la prima mensual vigente para todas las personas inscritas en la unidad familiar del Suscriptor. Las primas son pagaderas por mes calendario el primer día del mes en que vencen o antes, sujeto al período de gracia vigente (30 días para los Miembros que no reciben un crédito fiscal federal para las primas, y 90 días para los Miembros que reciben un crédito fiscal federal para las primas o un subsidio financiado por el estado de Washington, como Cascade Care Savings). Cuando la ley lo permita o lo exija, las primas están sujetas a cambios por parte de CHPW mediante notificación por escrito con 30 días de anticipación enviada por correo a la dirección de cada Suscriptor o, si corresponde, enviada de forma electrónica a la dirección de correo electrónico del Suscriptor, tal como figure en los registros de CHPW.

Tarjetas de identificación. CHPW proporcionará tarjetas de identificación, solo para fines de identificación, a todos los Miembros inscritos en virtud de este Acuerdo.

Administración del Acuerdo. CHPW puede adoptar políticas y procedimientos razonables para ayudar en la administración de este Acuerdo. Estos pueden incluir políticas y procedimientos relacionados con el derecho a beneficios y las determinaciones de cobertura.

Modificación del Acuerdo. Según lo permita o exija la ley, CHPW puede modificar este Acuerdo mediante notificación por escrito con 30 días de anticipación a la dirección de cada Suscriptor o, si corresponde, por correo electrónico a la dirección de correo electrónico del Suscriptor, tal como figure en los registros de CHPW. La falta de recepción de dicha notificación no afectará la modificación ni la fecha de entrada en vigencia de la misma. Ninguna declaración verbal de ninguna persona modificará ni afectará de otro modo los beneficios, limitaciones ni exclusiones de este Acuerdo, transmitirá ni anulará ninguna cobertura, aumentará ni reducirá ningún beneficio en virtud de este Acuerdo, ni se utilizará en el enjuiciamiento o defensa de una reclamación en virtud de este Acuerdo.

Evidencia de Necesidad médica. CHPW tiene el derecho de exigir evidencia de que un servicio o suministro que reciba sea Médicamente necesario antes de que proporcionemos los beneficios de este plan. Esta evidencia puede ser presentada por usted o en su nombre por sus Proveedores de atención médica. Ningún beneficio estará disponible si no se proporciona la evidencia requerida o si esta no es aceptable para nosotros.

Declaraciones intencionalmente falsas o engañosas. Si los beneficios de este plan se pagan por error debido a que un Miembro o Proveedor comete un fraude o proporciona declaraciones intencionalmente falsas o engañosas, CHPW tendrá derecho a recuperar esos montos. Consulte la disposición sobre el *Derecho de recuperación* en esta sección.

Si un Miembro comete fraude o hace declaraciones fraudulentas o intencionalmente falsas o engañosas en un formulario que afecte su admisión para la cobertura o los riesgos que asumiremos, inclusive cualquier formulario de solicitud o inscripción requerido por CHPW o el Mercado de seguros para la salud de Washington, CHPW puede, a su elección:

- Denegar la(s) reclamación(es) del Miembro
- Reducir la cantidad de beneficios provistos para la(s) Reclamación(es) del Miembro
- Anular la cobertura del Miembro en virtud de este plan (anular significa volver la cobertura a su Fecha de entrada en vigencia, como si nunca hubiera existido)

No anularemos su cobertura en base a una declaración falsa que haya hecho, a menos que haya realizado un acto o práctica que constituya fraude o haya realizado una tergiversación intencional de un hecho material que afecte su admisión para la cobertura.

Cooperación de los Miembros. Usted tiene el deber de cooperar con nosotros de manera oportuna y apropiada en nuestra administración de los beneficios en virtud de este Acuerdo.

Aviso en virtud de este Acuerdo. Cualquier notificación requerida por CHPW en virtud de este Acuerdo se hará por escrito y se enviará a la dirección más reciente o, si corresponde, a la dirección de correo electrónico que figure en los registros de CHPW para el Suscriptor. La notificación requerida por CHPW se considerará entregada correctamente al depositarla en el correo de los Estados Unidos o con un cartero privado, con franqueo prepago o, si corresponde, al transmitirla de forma electrónica a la dirección de correo electrónico proporcionado por el Suscriptor para tales fines. Cualquier notificación que deba proporcionarse a CHPW debe hacerse por escrito y se considerará entregada correctamente al momento de ser recibida por CHPW en la dirección postal principal de CHPW:

Community Health Plan of Washington
1111 3rd Ave, Suite 400
Seattle, WA 98101

Su información de contacto. Es extremadamente importante que CHPW mantenga su información de contacto actualizada, incluida su dirección postal, durante todo el plazo de su cobertura. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-907-1906 para confirmar o informar cambios en su información de contacto. Si CHPW recibe un formulario de cambio de dirección del Servicio Postal de los Estados Unidos para un Suscriptor, CHPW actualizará sus registros en consecuencia.

Elección de la ley y del foro. Este Acuerdo se rige y se interpretará de acuerdo con las leyes del estado de Washington, excepto en la medida en que lo preceda la ley federal. Cualquier demanda o procedimiento legal presentado contra nosotros por usted o cualquier persona que reclame un derecho en virtud de este plan debe presentarse en Seattle, Washington, dentro de los 3 años posteriores a la fecha en que denegamos, por escrito, los derechos o beneficios reclamados en virtud de este plan, o de la fecha de finalización de cualquier proceso de revisión independiente.

Cumplimiento de las leyes. CHPW y el Suscriptor, así como cualquier dependiente, deberán cumplir con todas las leyes y regulaciones estatales y federales vigentes en cumplimiento con este Acuerdo.

Prácticas de privacidad. Para obtener una explicación completa de cómo protegemos su privacidad, consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad aquí:
individualandfamily.chpw.org/member-center/member-resources/plan-documents

Rescisión o no renovación del contrato. Este Acuerdo es un contrato renovable garantizado y no puede rescindirse sin la aprobación mutua de cada una de las partes, excepto en las circunstancias que se establecen a continuación.

Falta de pago o no aceptación de la prima. El incumplimiento del pago de la prima mensual o de la contribución dará lugar a la rescisión de este Acuerdo a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima. El hecho de que el Suscriptor no acepte las primas revisadas proporcionadas como parte del proceso de renovación anual se considerará falta de pago y dará lugar a la no renovación de este Acuerdo. El Suscriptor puede rescindir este Acuerdo dentro de los 30 días de la notificación por escrito de un aumento de la prima.

Falta de pago de Copagos o Coseguros. La falta de pago de los Copagos o Coseguros en virtud de este Acuerdo dará lugar a la rescisión de este Acuerdo mediante notificación por escrito por parte de CHPW.

Falta de pago de Deducibles. La falta de pago de los Deducibles en virtud de este Acuerdo dará lugar a la rescisión de este Acuerdo mediante notificación por escrito por parte de CHPW.

Incumplimiento de los requisitos de Elegibilidad. El incumplimiento por parte de un Miembro de los requisitos de elegibilidad continuos para la cobertura de este plan, incluidos los requisitos del Área de servicio y del Suscriptor establecidos en la sección de Elegibilidad, dará lugar a la rescisión de este Acuerdo a partir de la fecha en que el Miembro deje de cumplir con los requisitos vigentes.

Incumplimiento o violación. El incumplimiento sustancial de este Acuerdo por parte de un Miembro o la violación por parte de un Miembro de las políticas publicadas de este plan que hayan sido aprobadas por la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington, dará lugar a la rescisión de este Acuerdo mediante notificación por escrito por parte de CHPW.

Fraude. El fraude cometido por un Miembro, o las declaraciones intencionalmente falsas o engañosas de un Miembro que afecten su elegibilidad para la cobertura en virtud de este plan, resultarán en la rescisión de este Acuerdo a partir de la fecha del fraude, o de las declaraciones intencionalmente falsas o engañosas.

Cambio en la ley. Un cambio en la ley estatal o federal que ya no permita que CHPW continúe ofreciendo cobertura en virtud de este plan resultará en la terminación de este Acuerdo a partir de la fecha de entrada en vigencia del cambio en la ley.

Retiro o cese de los servicios. Si CHPW se retira de la totalidad o de una parte del Área de servicio, según lo permita la ley, o si descontinuamos este plan para todas las personas cubiertas por este plan, según lo permitido por la ley, rescindiremos este Acuerdo. CHPW puede descontinuar este plan si decide descontinuar toda la cobertura médica individual ofrecida en el estado de Washington, en cuyo caso proporcionaremos un aviso por escrito a cada Suscriptor cubierto sobre la interrupción del plan al menos 180 días antes de la interrupción. CHPW también debe notificar a la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington con al menos 180 días de anticipación en caso de interrupción de este plan. En caso de interrupción, los servicios recibidos antes de la fecha de entrada en vigencia de dicha interrupción estarán cubiertos de acuerdo con los términos de este Acuerdo.

No discriminación. CHPW y sus proveedores y otros socios contratados cumplen con todas las leyes federales, estatales y locales de derechos civiles vigentes y no discriminan, excluyen ni tratan diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, género (incluida la identidad de género y la expresión de género), estado civil, edad, orientación sexual, presencia de discapacidades físicas o mentales, o cualquier otro motivo prohibido por la ley en sus prácticas laborales y en la prestación de servicios de atención médica.

CHPW brinda ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros. Estos servicios incluyen intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos, como letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros. Además, CHPW brinda servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como servicios de interpretación profesional e información escrita en otros idiomas.

Si necesita este tipo de servicios, comuníquese con Servicio al Cliente de CHPW al 1-866-907-1906 (TTY: 711), de 8 a.m a 5 p.m., de lunes a viernes.

Si considera que CHPW no brindó estos servicios o que lo discriminó de otra forma, puede presentar un reclamo. Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico:

CHPW Civil Rights Coordinator
1111 3rd Ave, Suite 400
Seattle, WA 98101
Teléfono: 1-866-907-1906 o 711 para TTY
Fax: (206) 613-8984
civil.rights@chpw.org

Si necesita ayuda para presentar una queja, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de CHPW para que lo ayude.

También puede presentar una queja comunicándose con la Oficina del Comisionado de Seguros en línea en: insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status o por teléfono al: 1-800-562-6900. Los formularios de queja están disponibles en línea en: <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW Room 509F HHH Building
Washington, DC 20201
Teléfono: 1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 para TDD.

Los formularios de queja están disponibles en línea en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Aviso de otra cobertura. CHPW no le prohíbe contratar libremente otros servicios de atención médica por fuera de este plan. Sin embargo, como condición para recibir los beneficios de este plan, debe notificarnos lo siguiente:

- Cualquier acción legal o reclamo contra otra parte por una afección o Lesión por la cual brindamos beneficios, y el nombre y la dirección de la compañía de seguros de esa parte.
- El nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros que brinde protección contra lesiones personales, cobertura para automovilistas con seguro insuficiente o cobertura para automovilistas sin seguro.
- Cualquier otro seguro bajo el cual tenga o pueda tener derecho a recuperar una compensación.
- El nombre de cualquier otro plan de seguro grupal o individual que cubra al Suscriptor o a cualquier dependiente, o cualquier otra fuente de beneficios de atención médica que un Miembro reciba o a los que tenga derecho.

Derecho de recuperación. CHPW tiene derecho a recuperar cualquier monto pagado que exceda el monto necesario para cumplir con sus obligaciones en virtud de este Acuerdo. CHPW puede recuperar el pago en exceso de cualquier persona a quien o para quien se realizó el pago, o de cualquier otra compañía. Además, si este Acuerdo se rescinde como se describió en la disposición de *Fraude*, tenemos derecho a recuperar el monto de cualquier Reclamación que hayamos pagado en virtud de este plan y los costos administrativos razonables en los que hayamos incurrido para pagar dicha Reclamación o recuperar dichos montos.

Derecho a beneficios y pago de los mismos. Los beneficios de este plan están disponibles solo para los Miembros. Salvo que lo exija la ley, no aceptaremos ningún intento de cesión, embargo ni retención de ningún derecho de este plan. Los Miembros no pueden asignar un beneficiario por Reclamaciones, pagos ni cualquier otro derecho de este plan. Solo a nuestra discreción, y de acuerdo con la ley, podemos pagar los beneficios de este plan a:

- El Suscriptor
- Un Proveedor
- Otra compañía de seguro médico
- Un Miembro

- Otra parte legalmente autorizada bajo las leyes federales o estatales de manutención médica de menores
- Conjuntamente, a cualquiera de los anteriores

El pago a cualquiera de los anteriores satisfará nuestra obligación en cuanto al pago de beneficios.

ACCESO A LA ATENCIÓN

Este plan es una Organización de Proveedores Exclusivos (EPO), lo que significa que los servicios están cubiertos solo cuando se reciben de Proveedores de la Red, con excepciones limitadas, como la Atención de emergencia. Este plan pone a su disposición una red integral de Proveedores, Hospitales y otros proveedores de atención médica especializados y de atención primaria de alta calidad. Excepto en las circunstancias limitadas descritas en este Acuerdo, si recibe atención de un Proveedor Fuera de la red, usted es responsable de todos los costos asociados con los servicios recibidos Fuera de la red, excepto según lo exijan las leyes o regulaciones estatales y federales vigentes, incluidas la Ley de Protección de Facturación de Saldo del estado de Washington y la Ley Sin Sorpresas federal y sus respectivas regulaciones de implementación.

Proveedores de la red. Cuando recibe atención de un Proveedor de la red, usted es responsable de todos los Copagos, Deducibles, Coseguros, montos que excedan los montos máximos de beneficios establecidos y cargos por servicios y suministros no cubiertos. No necesita una referencia para obtener cuidado especializado de Proveedores de la red.

Proveedores de atención primaria. Usted debe seleccionar un Proveedor de atención primaria (PCP) de uno de nuestros Centros de salud comunitarios de la red. Puede seleccionar cualquier Proveedor de atención primaria de un Centro de salud comunitario de nuestra red, y cada Miembro puede seleccionar un Proveedor de atención primaria diferente. Su Proveedor de atención primaria le proporcionará servicios de atención primaria y preventivos oportunos, de alta calidad e integrales, que respondan a sus necesidades de salud. Su Proveedor de atención primaria coordinará la atención recibida de otros proveedores de atención médica, incluida la obtención de referencias apropiadas para atención especializada Fuera de la red y se asegurará de que se cumplan los requisitos de Autorización previa vigentes, según sea necesario.

Si no selecciona un Proveedor de atención primaria, le asignaremos uno. Si su Proveedor de atención primaria no está disponible, puede recibir atención de cualquier Proveedor de un Centro de salud comunitario en su Centro de salud comunitario. Puede elegir un nuevo Proveedor de atención primaria o solicitar que se le reasigne uno en cualquier momento al comunicarse con Servicio al Cliente, y dicho cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. En caso de que se rescinda el contrato de su Proveedor de atención primaria con nosotros, puede continuar recibiendo atención de su parte en los mismos términos durante al menos sesenta (60) días después de la notificación de terminación.

Proveedores Fuera de la red. En general, debe recibir Servicios cubiertos de Proveedores de la red. Salvo que se indique lo contrario en este Acuerdo, los servicios recibidos de Proveedores Fuera de la red no están cubiertos. Usted será responsable del 100% del costo de los servicios de

Proveedores Fuera de la red, y estos costos no se aplicarán a su Deducible o gasto Máximo de bolsillo (MOOP), excepto según lo exijan las leyes o regulaciones estatales y federales vigentes, incluida la Ley de Protección de Facturación de Saldo del estado de Washington y la Ley Sin Sorpresas federal y sus respectivas regulaciones de implementación.

Referencias. Si un Proveedor de la red no ofrece un Servicio cubierto, su Proveedor de atención primaria le ayudará a obtener una referencia aprobada por el plan de salud a un Proveedor Fuera de la red apropiado. Cuando obtiene una referencia que ha sido aprobada por CHPW, puede obtener beneficios Fuera de la red en el nivel de beneficios de la Red.

Atención de emergencia. Hay algunos servicios que puede recibir de Proveedores Fuera de la red sin una referencia, como Atención de emergencia y transporte terrestre y aéreo de emergencia o ambulancia. Esto incluye la Atención de emergencia cuando usted está fuera del Área de servicio del plan. Solo se le cobrarán los costos compartidos dentro de la red de su plan según la Ley de Protección de Facturación de Saldo del estado de Washington y la Ley Sin Sorpresas federal.

Contáctenos. Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente.

GESTIÓN DE LA UTILIZACIÓN

Los beneficios enumerados en este Acuerdo deben ser médicamente necesarios y están sujetos a revisión por parte de CHPW. El personal de Utilización que toma las decisiones clínicas con respecto a la atención está compuesto por enfermeros certificados, trabajadores sociales, farmacéuticos y médicos. La prueba del estado actual y sin restricciones de las licencias clínicas se mantiene archivada en todo momento. CHPW y sus socios utilizan criterios clínicos reconocidos a nivel nacional, guías y estándares de práctica comunitarios para determinar si la atención es médicamente necesaria:

- Utilizando criterios basados en la evidencia como MCG® y otros criterios especializados
- Consultando a médicos internos y externos y expertos clínicos, incluidos especialistas, para revisar casos complejos
- Implementando la revisión por pares de una Organización de Revisión Independiente (“IRO”)

Ciertos servicios, como las visitas a un PCP o a un especialista dentro de la red, no requieren una revisión de la administración de utilización. Además, no se requiere ninguna revisión de la administración de utilización de ningún tipo, incluidas, entre otras, las autorizaciones previas, simultáneas o posteriores al servicio, para una consulta inicial de evaluación y administración o una serie de consultas indicadas en su *Programa de beneficios* con un proveedor contratado para un nuevo episodio de atención de quiropráctica, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia de masajes, o terapias del habla y la audición. Los servicios de atención médica Médicamente necesarios son aquellos que se utilizan para evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o dolencia o sus síntomas.

Los servicios Médicamente necesarios están cubiertos cuando los proporciona un proveedor que ejerce dentro del alcance de su licencia y cuando se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Es necesario para el tratamiento o diagnóstico de una afección médica cubierta.
- Es el suministro o nivel de intervención o servicio más apropiado que es esencial para el diagnóstico o tratamiento de la afección médica cubierta del Miembro, teniendo en cuenta los posibles beneficios y daños para el Miembro.
- Se sabe que es eficaz para mejorar los resultados de salud de la afección médica del Miembro de acuerdo con evidencia científica suficiente, estándares reconocidos profesionalmente, opinión experta convincente y una comparación con intervenciones alternativas, que incluyen las no intervenciones.
- No se suministra principalmente para la conveniencia del Miembro o proveedor de servicios.
- Representa un uso económicamente eficiente de los servicios, intervenciones y suministros médicos que pueden proporcionarse de manera segura y eficaz a la afección del Miembro.

El hecho de que una intervención, servicio o suministro sea proporcionado, recetado o recomendado por un médico u otro Proveedor no lo hace, en sí mismo, Médicamente necesario. Una intervención, servicio o suministro puede ser Médicamente necesario solo en parte. Si esto ocurre, se cubrirá la parte que se considere Médicamente necesaria, sujeta a las limitaciones y exclusiones del plan. Proporcionamos fundamentos clínicos, juicios científicos, definiciones del plan y el lenguaje del plan que se utiliza para tomar una determinación de Administración de utilización para la necesidad médica o los servicios experimentales o de investigación. Estos están disponibles de forma gratuita para cualquier Miembro, beneficiario o Proveedor contratante actual o potencial, previa solicitud, dentro de un tiempo razonable y de una manera que proporcione un acceso razonable al solicitante. Esto se aplica con respecto a los beneficios médicos o quirúrgicos y de salud mental o de Trastornos por abuso de sustancias en virtud del plan.

Evaluación de nuevas tecnologías

Un Proveedor o Miembro puede pedirle a CHPW que cubra una nueva tecnología. Nuestro equipo de Servicios clínicos se compromete a mantenerse al día con las noticias y la investigación sobre nuevas pruebas, medicamentos, tratamientos y dispositivos, y nuevas formas de utilizar los procedimientos, medicamentos y dispositivos actuales. Un Director médico dirige la investigación y revisión de la nueva tecnología basándose en la literatura médica escrita, los estudios de investigación y la información recibida de los expertos clínicos en el campo. Las nuevas tecnologías se aprueban en base a estándares que protegen al paciente.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Autorizaciones previas

La revisión de autorización previa es el proceso de revisión de ciertos servicios, artículos e intervenciones médicos, quirúrgicos y de salud conductual para garantizar que se satisfagan las necesidades médicas y la idoneidad de la atención antes de recibir los servicios. El personal de Administración de Utilización usa nuestra lista aprobada de criterios clínicos para tomar estas determinaciones. Cada solicitud de Autorización previa es revisada primero por un miembro del personal clínico. Si el personal clínico no puede aprobar una solicitud, esta se envía a un Médico conocido como Director médico para su revisión. Todas las denegaciones de solicitudes de Autorización previa son hechas por un médico o farmacéutico. El Director médico está disponible para hablar con su Proveedor sobre las denegaciones de la Administración de utilización.

Requisitos de autorización previa

Si no obtiene Autorización previa para los servicios y suministros para los que se requiere, su plan no cubrirá dichos servicios y suministros ni sus reclamaciones. Usted es responsable en última instancia de obtener la Autorización previa; puede pedirle a su Proveedor que se comuniquen con CHPW por usted, pero es su responsabilidad obtener la Autorización previa para cualquier servicio o suministro para el que se requiera. Para obtener más información sobre los servicios que requieren Autorización previa, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-907-1906.

Los servicios y suministros que requieren Autorización previa se enumeran en las siguientes listas de Autorización previa por categoría de servicio: Servicios médicos y quirúrgicos, Servicios de salud conductual y Medicamentos administrados por profesionales. Los requisitos de autorización previa se pueden encontrar en individualandfamily.chpw.org/provider-center/prior-authorization. Puede solicitar que se le envíe una copia impresa por correo llamando al Servicio al Cliente.

Su Proveedor puede presentar una solicitud anticipada a CHPW para determinaciones de beneficios o Necesidad médica. Si un servicio se puede considerar Experimental o De investigación para una afección determinada, recomendamos una determinación de beneficios por adelantado, ya que estos servicios no están cubiertos sin Autorización previa, excepto cuando están cubiertos como Costos de rutina del paciente asociados con un ensayo clínico aprobado.

Aviso para admisiones hospitalarias de emergencia

Las admisiones hospitalarias directamente desde la sala de emergencias no requieren Autorización previa. Sin embargo, se requiere una notificación dentro de las 24 horas o el siguiente día hábil después de la admisión hospitalaria, o lo antes posible, cuando se admite directamente desde la sala de emergencias. El centro o su proveedor nos notificarán si lo admiten en un hospital.

Revisión concurrente y coordinación del alta

La hospitalización continua está sujeta a una revisión clínica periódica para garantizar una atención oportuna y de calidad en el entorno adecuado. La coordinación del alta ayuda a las personas en la transición del Hospital a su hogar o a otro Centro.

Administración de casos

Una afección médica catastrófica es una afección que requiere una hospitalización prolongada, terapias extremadamente costosas u otros cuidados que agotarían los recursos financieros de una familia. Una afección médica catastrófica puede requerir atención a largo plazo y tal vez de por vida, que a menudo implica servicios extensos en un Centro o en el hogar. Con la administración de casos, un enfermero administrador de casos o un terapeuta certificado preparado con una Maestría monitorea a un paciente con una afección médica catastrófica y explora tipos coordinados o alternativos de atención adecuada. El administrador de casos consulta con el paciente, la familia y el médico tratante para desarrollar un plan de atención que puede incluir:

- Ofrecer apoyo personal al paciente
- Ponerse en contacto con la familia para obtener asistencia y apoyo
- Monitorear las estadías en el Hospital o Centro de enfermería especializada
- Abordar las opciones de cuidado alternativo
- Ayudar a obtener el equipo y los servicios necesarios
- Proporcionar orientación e información sobre los recursos disponibles

La administración de casos es un servicio voluntario. No hay reducciones de beneficios ni sanciones si el paciente y la familia deciden no participar. Cada tratamiento se adapta individualmente a un paciente específico y no debe considerarse apropiado ni recomendado para ningún otro paciente, ni siquiera para uno con el mismo diagnóstico. La decisión final sobre el curso del tratamiento recae en los pacientes y sus Proveedores.

Línea para asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas

Puede llamar a la Línea de consejos de enfermería gratuita para obtener información sobre atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El personal de enfermería puede ayudarlo cuando tenga preguntas sobre inquietudes relacionadas con la salud o necesite información sobre salud. Para hablar con un enfermero, llame gratis al 1-866-418-2920 (voz) o al 711 (TTY para personas con discapacidad auditiva o del habla).

Segundas opiniones

Este plan cubre una segunda opinión de un Proveedor calificado con respecto a cualquier diagnóstico médico o plan de tratamiento. La cobertura, incluidos los montos que usted es responsable de pagar por los Servicios y suministros cubiertos (“Costos compartidos”), depende de si consulta a un Proveedor Dentro de la red o Fuera de la red.

Consulte la sección *Costos compartidos*.

COSTOS COMPARTIDOS

En esta sección de su Acuerdo se explican los tipos de gastos que debe pagar por los Servicios cubiertos antes de que se proporcionen los beneficios de este plan (“Costos compartidos”). Para evitar Gastos de bolsillo inesperados, es importante que entienda de qué montos es responsable.

Copagos

Los Copagos son montos fijos en dólares por adelantado que usted debe pagar en el momento y lugar en que recibe un servicio o suministro. Los montos específicos de los Copagos se encuentran en el Programa de beneficios que figura en *individualandfamily.chpw.org/member-center/member-resources/plan-documents/*.

El pago de un Copago no excluye la posibilidad de que se le facturen cargos adicionales si se determina que el servicio no es un Servicio cubierto. Los Copagos que se cobren al miembro nunca superarán el costo del servicio real.

Sala de emergencias

Por cada consulta a la sala de emergencia, usted paga un Copago/Coseguro, independientemente de si recibe servicios de Proveedores Dentro de la red o Fuera de la red. Si lo admiten directamente en el Hospital como paciente hospitalizado desde la sala de emergencia en un plazo de 24 horas, no deberá pagar el Copago/Coseguro de la Sala de emergencia y los servicios que reciba estarán sujetos a Deducible y Coseguro.

Servicios profesionales: Consulta en consultorio

Usted debe pagar un Copago por Consulta en consultorio cuando recibe atención primaria o especializada u otros servicios de un Proveedor Dentro de la red. Los Copagos por la Consulta en consultorio se enumeran en la sección Servicios profesionales del *Programa de beneficios*. Las Consultas en consultorio que requieren un Copago no se aplican a los Deducibles y usted no está obligado a pagar un Coseguro por estas consultas. Los Servicios cubiertos brindados durante una consulta en consultorio, que no forman parte de la consulta en el consultorio, están sujetos a Deducible y Coseguro, y pueden requerir Autorización previa. Consulte la sección *Autorización previa*.

Se aplicarán Copagos/Coseguros independientes para cada Proveedor independiente del que reciba servicios, incluso si esos servicios se reciben el mismo día o en el mismo lugar. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-907-1906.

Proveedores de atención primaria

Usted debe pagar un Copago por Consulta en consultorio cuando recibe atención primaria de su Proveedor de atención primaria (“PCP”).

Proveedores especializados

Usted debe pagar un Copago por Consulta en consultorio especializado cuando recibe atención especializada de un Proveedor de la Red.

Deducible por año calendario

El Deducible por año calendario es el monto de los gastos en los que debe incurrir en cada periodo de 12 meses (del 1 de enero al 31 de diciembre) por Servicios y suministros cubiertos antes de que este plan proporcione ciertos beneficios. Consulte el Programa de beneficios para determinar qué montos de copagos y coseguros se pueden aplicar a su deducible.

El monto aplicado a su Deducible por año calendario por cualquier Servicio o suministro cubierto no excederá el Monto permitido (consulte la sección *Definiciones* de este Acuerdo).

Deducible individual

El Deducible individual es el monto fijo en el que cada Miembro debe incurrir y satisfacer antes de que se proporcionen ciertos beneficios de este plan.

Deducible familiar

Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.

Tenga en cuenta: Su deducible individual o familiar se acumula para el Máximo de gastos de bolsillo individual de la Red. Algunos beneficios tienen un monto máximo en la cantidad de consultas o días de atención que se pueden cubrir. Los gastos Fuera de la red no satisfacen el monto de su Deducible individual o familiar, excepto según lo exijan las leyes o regulaciones estatales y federales vigentes, incluida la Ley de Protección de Facturación de Saldo del estado de Washington y la Ley Sin Sorpresas federal y sus respectivas regulaciones de implementación.

Sin traspaso

Los gastos en los que incurra por Servicios y suministros cubiertos en los últimos 3 meses de un Año calendario que satisfagan la totalidad o parte del Deducible del Año calendario **no** se utilizarán para satisfacer la totalidad o parte del Deducible del año siguiente.

Coaseguro

El Coseguro es un porcentaje definido del Monto permitido que usted paga por los Servicios y suministros cubiertos que recibe. El Coseguro es el porcentaje del que usted es responsable, sin incluir los Copagos ni el Deducible del Año calendario aplicables, cuando pagamos beneficios con un costo inferior al 100%.

Máximo de bolsillo (MOOP)

El Monto máximo de bolsillo (MOOP) es el monto máximo que cada persona pagará cada Año calendario por los Servicios y suministros cubiertos. Los pagos que usted haga a los Proveedores de la red directamente por concepto de Coseguro, Copagos y cualquier Deducible requerido para servicios médicos se aplican a su Máximo de bolsillo. Por lo general, los pagos que realice por los servicios prestados por Proveedores Fuera de la red no se acumularán en su Monto máximo de bolsillo, salvo que lo exijan las leyes o regulaciones estatales y federales vigentes, incluidas la Ley de Protección de Facturación de Saldo del estado de Washington y la Ley Sin Sorpresas federal y sus respectivas regulaciones implementadas. Una vez que se haya alcanzado el Monto máximo de bolsillo individual, los beneficios de este plan se proporcionarán al 100% del

Monto permitido por el resto de ese Año calendario para los Servicios cubiertos por Proveedores de la Red. Los gastos Fuera de la red no satisfacen los Montos máximos de bolsillo, excepto según lo exijan las leyes o regulaciones estatales y federales vigentes, incluidas la Ley de Protección de Facturación de Saldo del estado de Washington y la Ley Sin Sorpresas federal y sus respectivas regulaciones de implementación.

Miembros indoamericanos o nativos de Alaska

Si usted es indoamericano o nativo de Alaska y sus ingresos son inferiores al 300% del Nivel federal de pobreza, no estará obligado a pagar Costos compartidos por los Servicios o beneficios cubiertos. Independientemente de los ingresos de su hogar, si usted es indoamericano o nativo de Alaska, no estará obligado a pagar Costos compartidos por los servicios prestados por o a través de Proveedores de atención médica para indígenas. Los Proveedores de atención médica para indígenas son Proveedores médicos y de otro tipo de atención médica que brindan servicios de atención médica a través de programas operados por el Servicio de salud para la población indígena federal, o a través de tribus, organizaciones tribales u organizaciones indígenas urbanas.

BENEFICIOS

En esta sección del Acuerdo se describen los beneficios específicos disponibles para los Servicios y suministros cubiertos. Los beneficios están disponibles para un servicio o suministro descrito en esta sección cuando cumple con todos los siguientes requisitos:

- Debe proporcionarse en relación con la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión cubierta.
- Debe ser Médicamente necesario y debe proporcionarse en un entorno Médicamente necesario. El cuidado de pacientes hospitalizados solo está cubierto cuando necesita atención que no podría brindarse en un entorno ambulatorio sin afectar negativamente su afección o la calidad de la atención que recibiría.
- No debe excluirse de la cobertura de este plan.
- Se debe incurrir en el gasto mientras esté cubierto por este plan y después de que se cumplan los requisitos aplicables de este plan.
- Debe ser proporcionado por un Proveedor que preste servicios dentro del alcance de su licencia o certificación.

Los beneficios de algunos tipos de servicios y suministros pueden estar limitados o excluidos en virtud de este plan. Consulte las disposiciones sobre beneficios reales en la sección *Detalles de beneficios médicos* y la sección *Exclusiones* para obtener una descripción completa de los Servicios y suministros cubiertos, las limitaciones y las exclusiones.

DETALLES DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS

Todos los beneficios cubiertos están sujetos a las limitaciones, exclusiones y disposiciones de este plan. Los Servicios médicos y quirúrgicos, los Servicios conductuales y los Medicamentos administrados por profesionales tienen pautas específicas para la Autorización previa y se pueden encontrar en individualandfamily.chpw.org/provider-center/prior-authorization. Se le pueden enviar copias impresas por correo, una vez que las solicite llamando al Servicio al Cliente. Además, para estar cubiertos, los servicios y suministros médicos deben ser Medicamente necesarios para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión (excepto para cualquier cuidado Preventivo cubierto). Además, un Proveedor que ejerza dentro del alcance de su licencia debe prestar el servicio. Consulte la sección *Definiciones* para obtener una descripción del término “Medicamente necesario” y una lista de los tipos de Proveedores que pueden prestar Servicios cubiertos.

Servicios de acupuntura

Los servicios de acupuntura están cubiertos cuando los proporciona un acupunturista para tratar una Enfermedad o Lesión cubierta. Los beneficios están sujetos al límite de beneficio máximo de acupuntura de este plan, excepto cuando se proporcionan para tratar una afección de Trastorno por abuso de sustancias (consulte *Servicios para Trastornos por abuso de sustancias*), que se encuentra en el *Programa de beneficios*.

Atención de alergias

Como parte de los beneficios de atención primaria y consultas en el consultorio de un especialista, este plan cubre pruebas de alergia, inyecciones y sueros; sin embargo, el suero está cubierto solo cuando se recibe y administra en el consultorio de un Proveedor. Si se recibe de una Farmacia, el suero para tratar alergias puede estar cubierto por el beneficio de Medicamentos recetados.

Servicios para pacientes ambulatorios

Este plan cubre los Servicios para pacientes ambulatorios con varios beneficios diferentes. La cobertura de los Servicios para pacientes ambulatorios se describe en las disposiciones aplicables a lo largo de este Acuerdo y está sujeta a las limitaciones de dichas disposiciones. Servicios para pacientes ambulatorios se refiere a los servicios Medicamente necesarios prestados a los Miembros en entornos que no sean un Hospital o un Centro de enfermería especializada, que generalmente se reconocen y aceptan con fines diagnósticos o terapéuticos para tratar una Enfermedad o Lesión.

Servicios de ambulancia para transporte de emergencia

Este plan cubre el transporte en ambulancia a la sala de emergencia del Hospital más cercano o al proveedor de servicios de emergencia de salud conductual para los inscritos que estén experimentando una afección médica de emergencia, incluido el tratamiento proporcionado como parte del servicio de ambulancia, cuando cualquier otra forma de transporte ponga en peligro la salud del miembro y el propósito del transporte no sea por razones personales o de conveniencia. Los servicios de ambulancia no requieren Autorización previa.

Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen ambulancia terrestre y aérea con licencia:

- Servicios de ambulancia terrestre se refiere a la prestación de tratamiento y atención médica en el lugar de una emergencia médica o durante el transporte de un paciente desde el lugar de los hechos hasta un centro de atención médica apropiado o un

proveedor de servicios de emergencia de salud conductual, cuando los servicios son prestados por uno o más vehículos de ambulancia terrestre diseñados para este fin; y el transporte en ambulancia terrestre entre hospitales o proveedores de servicios de emergencia de salud conductual, hospitales o proveedores de servicios de emergencia de salud conductual y otros centros o ubicaciones de atención médica, y entre centros de atención médica cuando los servicios sean médicamente necesarios y sean prestados por uno o más vehículos de ambulancia terrestre diseñados para este propósito.

“Organización de servicios de ambulancia terrestre” significa una organización pública o privada autorizada por el departamento de salud bajo el capítulo [18.73](#) RCW para proporcionar servicios de ambulancia terrestre.

Terapia de análisis conductual aplicado (consulte Servicios de salud mental)

Productos sanguíneos y servicios

Los beneficios se proporcionan para el costo de la sangre y los hemoderivados, incluido el almacenamiento de sangre y los servicios y suministros de un banco de sangre.

Ensayos clínicos

Ensayo clínico se refiere a un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se lleva a cabo en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición mortal, a partir del cual es probable que se produzca la muerte, a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o afección, y que esté financiado y aprobado por:

- Uno de los Institutos Nacionales de Salud (NIH).
- Un grupo o centro cooperativo de los NIH que incluye, entre otros, el Grupo Cooperativo Clínico del NCI y el Programa Comunitario de Oncología Clínica del NCI.
- Los Departamentos federales de Asuntos de Veteranos o de Defensa.
- Una Junta de Revisión Institucional (IRB) de una institución de Washington que tenga la aprobación de un contrato de aseguramiento de proyectos múltiples por parte de la Oficina de Protección contra los Riesgos de Investigación de los NIH.
- Una reunión de una entidad de investigación calificada que cumpla con los criterios para la elegibilidad para la Beca de Apoyo a Centros de los NIH.

Un ensayo clínico aprobado cumple con los siguientes requisitos:

- Se ha otorgado Autorización previa para participar en ensayos clínicos.
- El objetivo principal de la intervención del ensayo es la intención terapéutica de mejorar potencialmente los resultados de salud.
- La intervención del ensayo clínico está destinada a una condición cubierta por este plan.
- El ensayo clínico se lleva a cabo bajo un protocolo de investigación escrito, aprobado por una IRB apropiada, que demuestra que el ensayo cumple con las regulaciones federales relacionadas con la protección de sujetos humanos.
- El ensayo clínico proporciona un documento de consentimiento informado completo al Miembro que participa, el Miembro ha firmado este documento y el plan ha revisado el documento antes de la participación del Miembro en el ensayo clínico.

Todas las limitaciones aplicables del plan para la cobertura de la atención Fuera de la red, junto con todos los requisitos del plan aplicables para la certificación previa, el registro y las

referencias, se aplicarán a cualquier costo asociado con la participación del Miembro en el ensayo. El plan puede requerir que el Miembro acuda a un proveedor Dentro de la red que participe en un ensayo clínico si el proveedor acepta al miembro como participante. Un Miembro que participe en un ensayo clínico aprobado que se lleve a cabo fuera del estado de residencia del Miembro tendrá cobertura si el plan proporciona cobertura Fuera de la red para los Costos de rutina del paciente.

Los costos asociados con la participación en ensayos clínicos se cubren de la siguiente manera:

- Costos de rutina para pacientes, definidos como: Artículos o servicios que normalmente se proporcionan en el marco del plan para un miembro que no está inscrito en un ensayo clínico (p. ej., atención habitual/atención estándar).

Los costos que no están cubiertos incluyen:

- Artículos de investigación, servicios, pruebas o dispositivos que son el objeto del ensayo clínico.
- Intervenciones, servicios, pruebas o dispositivos proporcionados por el patrocinador del ensayo sin cargo.
- Costos de recopilación de datos o mantenimiento de registros que no serían necesarios sin el ensayo clínico; esta exclusión finaliza luego con cualquier actividad (p. ej., imágenes, análisis de laboratorio, biopsias) necesaria únicamente para satisfacer las necesidades de recopilación de datos del ensayo.
- Servicios o intervenciones que claramente no concuerdan con los estándares de atención ampliamente aceptados y establecidos para el diagnóstico particular del miembro.
- Intervenciones asociadas con el tratamiento de afecciones no cubiertas por el plan.

Anestesia dental

Los servicios en centros para pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluidos los servicios de anestesia general, están cubiertos para procedimientos dentales cuando la anestesia es necesaria para salvaguardar la salud de una persona. Este beneficio proporciona cobertura si el paciente es menor de 7 años o tiene un retraso en el desarrollo, una afección dental que no puede tratarse de manera segura y eficaz en un consultorio dental, o si el médico del paciente ha determinado que la afección médica del paciente lo pondrá en riesgo indebido si el procedimiento dental se realiza en un consultorio dental. Los beneficios de anestesia dental no están disponibles para los cargos de un dentista ni para los servicios recibidos en el consultorio de un dentista. Este beneficio incluye servicios para preparar la mandíbula para el tratamiento de radioterapia de enfermedades neoplásicas.

Educación sobre la diabetes y educación nutricional para personas con diabetes, autogestión y capacitación para la diabetes

Este beneficio cubre la capacitación de autogestión para la diabetes para pacientes ambulatorios, la educación y los servicios de consejería nutricional para el tratamiento y la gestión de la diabetes cuando los solicite un Proveedor. Los servicios deben ser prestados por profesionales de atención médica debidamente certificados o registrados, incluidos los servicios de educación y capacitación de autogestión para pacientes ambulatorios proporcionados a través de centros ambulatorios de educación sobre la diabetes autorizados. Los beneficios conforme a esta sección también incluyen exámenes médicos de la vista (exámenes de retina dilatada) para los Miembros con diabetes.

Elementos para la autogestión de la diabetes

Tienen cobertura las bombas de insulina y los suministros recetados para la gestión manejo y el tratamiento de la diabetes cuando sean Medicamento necesarios para el Miembro. Las bombas de insulina y los dispositivos de infusión de insulina están sujetos a todas las condiciones de cobertura establecidas en el beneficio de Equipo médico duradero. Los beneficios de insulina, hipoglucemiantes orales, monitores de glucosa en sangre, jeringas de insulina con agujas, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre y orina, tiras reactivas y tabletas de cetonas y lancetas y dispositivos para lancetas están cubiertos por el beneficio de Medicamentos recetados de este plan.

Servicios de diálisis

Los servicios de diálisis para la insuficiencia renal crónica están cubiertos cuando se proporcionan en un Hospital, un centro para pacientes ambulatorios o en el hogar.

Equipo médico duradero

El Equipo médico duradero (“DME”) es Equipo médico, incluido el equipo para mejorar la movilidad, que puede soportar el uso repetido, no es desechable, se usa con un propósito médicamente terapéutico, generalmente no es útil en ausencia de Enfermedad o Lesión, y es apropiado para el uso en el hogar. El DME se puede alquilar o comprar a discreción del plan; el costo total del alquiler del DME no puede exceder su precio de compra. La reparación o el reemplazo están cubiertos solo cuando son necesarios debido al uso normal, un cambio en la condición física del paciente o el crecimiento de un niño. Los artículos duplicados no están cubiertos. Cuando exista más de una opción, los beneficios se limitarán al modelo o artículo menos costoso apropiado para tratar la afección cubierta del paciente.

Algunos ejemplos de DME son:

- Muletas
- Oxígeno y equipos para la administración de oxígeno
- Andadoras
- Silla de ruedas

Este beneficio también cubre lo siguiente:

- Equipo para monitorear la diabetes, como el costo inicial de una bomba de insulina y los suministros relacionados con dicho equipo. Los suministros para la diabetes, como insulina, jeringas, agujas, lancetas, tiras reactivas, etc., están cubiertos por el beneficio de Medicamentos recetados.
- Dispositivos prostéticos externos utilizados para reemplazar extremidades corporales ausentes.
- Suministros médicos necesarios para el tratamiento o cuidado de una afección cubierta adecuada, incluidos, entre otros, prendas de compresión, sostenes y suministros para mastectomía, y suministros de ostomía. Tenga en cuenta que los suministros disponibles sin receta están excluidos de este beneficio.
- **Artículos médicos limitados para la visión:** Se proporcionan beneficios de artículos para la visión para las siguientes afecciones médicas de los ojos: úlcera corneal, queratopatía ampollosa, erosión recurrente de la córnea, insuficiencia de la película lagrimal, afaquia, enfermedad de Sjögren, cataratas congénitas, abrasión corneal y queratocono.
- Impuesto estatal sobre las ventas de equipo médico duradero y para la mejora de la movilidad.

Los dispositivos implantados quirúrgicamente pueden estar cubiertos por el beneficio quirúrgico apropiado y no se consideran DME. Los beneficios para DME están determinados por el tipo de dispositivo y su uso previsto, y no por la entidad que proporciona o factura el dispositivo.

Los cargos por el DME y los suministros médicos que se enumeran a continuación no están cubiertos:

- Equipos de biorretroalimentación.
- Equipos o suministros cuyo propósito principal es prevenir Enfermedades o Lesiones.
- Equipo para hacer ejercicio.
- Anteojos o lentes de contacto para afecciones que no figuran como una afección médica cubierta por el beneficio Pediátrico de la visión, incluido el cuidado de los ojos de rutina.
- Artículos no fabricados exclusivamente para el tratamiento terapéutico directo de una Enfermedad o Lesión.
- Artículos principalmente para comodidad, conveniencia, actividades deportivas/recreativas o uso fuera del hogar.
- Plantillas para zapatos y zapatos ortopédicos listos para usar.
- Artículos de venta libre (excepto muletas, andadores, sillas de ruedas estándar, suministros para la diabetes y suministros de ostomía Medicamente necesarios, que están cubiertos).
- Artículos de comodidad personal, incluidos, entre otros, aires acondicionados, rollos lumbares, almohadillas térmicas, pañales o artículos de higiene personal.
- Dispositivos de fototerapia relacionados con el trastorno afectivo estacional.
- Equipos de apoyo/artículos adaptables al entorno, incluidos, entre otros, pasamanos, elevadores de sillas, rampas, sillas para ducha, inodoros portátiles, elevadores para automóviles, elevadores y modificaciones realizadas a la casa, al lugar de trabajo o al vehículo del paciente.
- Los siguientes Equipos/suministros médicos: asientos o cochecitos de seguridad regulares o especiales, sillas de paseo, sistemas o suministros de filtración/purificación de aire, purificadores de agua, colchones alergénicos, sillas ortopédicas u otras sillas especiales, almohadas, equipos de entrenamiento para no mojar la cama, bañeras de hidromasaje, vaporizadores, humidificadores de habitaciones, bañeras de hidromasaje u otros tipos de bañeras, unidades de luz UV u otras unidades de luz para el hogar, equipos y suministros para análisis de sangre en el hogar (excepto equipos y suministros para la diabetes, y medidores de anticoagulación domiciliarios).

Atención de emergencia

Este plan cubre la Atención de emergencia, incluidos los servicios y suministros, los cargos de los pacientes ambulatorios por la observación del paciente, los costos de los Centros y los exámenes de detección médica que se requieren para la estabilización de un paciente que experimenta una Emergencia médica. La Atención de emergencia prestada por centros Dentro y Fuera de la red está cubierta por este plan e incluye servicios de desintoxicación Medicamente necesarios, incluida la desintoxicación para Trastornos por abuso de sustancias. Los Medicamentos recetados asociados con una Emergencia médica, incluidos los comprados en un país extranjero, también están cubiertos.

Una Emergencia médica es una afección médica, de salud mental o de Trastorno por abuso de sustancias que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluidos dolor intenso o angustia emocional) de tal manera que una persona prudente, que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención inmediata resulte en: 1) poner la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer) en grave peligro; 2) deterioro grave de las funciones corporales; o 3) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Ejemplos de una Emergencia médica son dolor intenso, sospecha de ataques cardíacos y fracturas (huesos rotos). Otros ejemplos de afecciones emergentes son la dificultad para respirar, los cortes profundos o el sangrado intenso, y el dolor que se trata mejor de forma ambulatoria. En el caso de una emergencia, en el hogar o afuera, busque la atención más inmediata disponible. Para recibir los beneficios de la red, debe obtener toda la atención de seguimiento de Proveedores de la red. Se requiere Autorización previa para recibir Atención fuera de la red durante un viaje.

Si tiene una Emergencia médica, busque ayuda lo antes posible. Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u Hospital más cercano. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Puede recibir atención médica y de emergencia de salud conductual cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de su red.

Planificación familiar

Este plan cubre todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (“FDA”) de los Estados Unidos. Los servicios anticonceptivos aprobados por la FDA proporcionados en el consultorio o en un entorno ambulatorio, como los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes subdérmicos, incluida la inserción y extracción, y los procedimientos de esterilización voluntaria, como la vasectomía y la ligadura de trompas, están cubiertos por el beneficio de Planificación familiar sin Costos compartidos cuando los proporcionan Proveedores de la Red.

Se reembolsarán las reposiciones para 12 meses de medicamentos anticonceptivos obtenidos de una sola vez, a menos que el miembro solicite un suministro pequeño. Los medicamentos anticonceptivos se pueden recibir en el consultorio del proveedor, si están disponibles. Los métodos anticonceptivos que requieren receta, incluidos los anticonceptivos orales, los parches transdérmicos, el anillo vaginal, las inyecciones de medroxiprogesterona y los anticonceptivos de emergencia, están cubiertos por el beneficio de Medicamentos recetados y se encuentran en el Formulario.

Los anticonceptivos de venta libre aprobados por la FDA, incluidos los medicamentos y dispositivos anticonceptivos orales, los productos y los métodos de barrera, incluidos los condones que deben estar cubiertos por las leyes estatales o federales, están cubiertos cuando los proporciona un proveedor dentro de la red, incluidas las compras solicitadas en línea con el proveedor o la farmacia dentro de la red. La cobertura de los anticonceptivos de venta libre aprobados no requiere receta, independientemente del género o la orientación sexual de la persona cubierta y de si se van a utilizar como método anticonceptivo o exclusivamente para la prevención de infecciones de transmisión sexual. Para obtener información sobre cómo presentar un reembolso por reclamación de venta libre, consulte la sección Reclamaciones de este documento.

Interrupción del embarazo

La interrupción voluntaria del embarazo está cubierta por este plan sin Costos compartidos e incluye el tratamiento médico destinado a inducir la interrupción de un embarazo, excepto con el fin de producir un nacimiento vivo, y toda la atención Médicamente necesaria asociada con la finalización del tratamiento, incluidas, entre otras, visitas al consultorio, consejería, pruebas de laboratorio y diagnóstico, suministros y medicamentos recetados. Consulte su *Programa de beneficios*.

Atención de afirmación de género

La atención de afirmación de género incluye servicios de atención médica recetada para tratar cualquier afección relacionada con la identidad de género de la persona y puede incluir consultas de atención primaria, atención especializada, servicios de salud mental para pacientes externos, beneficios de medicamentos recetados y servicios quirúrgicos.

Consulte la política de criterios de cobertura clínica de necesidad médica para cirugía de afirmación de género: [Transgender_Health_Policy_Clinical_Coverage_Criteria_-_MM166.pdf](#) que se encuentra en nuestro sitio web [atención médica para la comunidad LGBTQ+](#). La política de criterios clínicos de CHPW está alineada con las recomendaciones de la Asociación Mundial de Profesionales para los Estándares de Atención de Salud Transgénero para la Salud de las Personas Transgénero y de Género Diverso, Versión 8, para adolescentes.

Estudios genéticos

Las pruebas genéticas, la consejería, las intervenciones, la terapia y otros servicios genéticos están cubiertos cuando se determina que son cuidados Médicamente necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una afección cubierta, o un precursor Médicamente necesario para obtener un tratamiento oportuno de una condición cubierta. Este beneficio no incluye las pruebas genéticas del padre del niño como parte de la atención prenatal o del recién nacido.

Servicios de habilitación

Los beneficios se proporcionan para los servicios de habilitación cuando sean Médicamente necesarios y la comunidad médica los reconozca como eficaces:

- Para el desarrollo parcial o total
- Para mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria
- Para mantener y aprender habilidades apropiadas para la edad y desempeñarse dentro del entorno del individuo
- Para compensar una enfermedad física, cognitiva y emocional progresiva

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Servicios de terapia del habla, terapia ocupacional, fisioterapia y terapia auditiva.
- Dispositivos aprobados por la FDA diseñados para ayudar a un miembro y que requieren una receta para dispensar el dispositivo.
- Servicios de habilitación recibidos en un centro de atención médica basado en la escuela, a menos que se presten conforme a los requisitos federales de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades de 2004, como un Plan Educativo Individual (IEP).

No están cubiertos los servicios de rehabilitación diurna diseñados para proporcionar capacitación, actividades estructuradas o asistencia especializada a adultos, los servicios de tareas domésticas para ayudar con las necesidades básicas y los servicios vocacionales y de custodia.

NOTA: Los servicios de terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios están sujetos a un máximo total combinado de 25 consultas por miembro por año calendario, a menos que sea médicamente necesario tratar un diagnóstico según el Manual diagnóstico y estadístico (DSM) (para la salud conductual).

Cuidado médico en el hogar

El paciente debe estar confinado a su casa y requerir servicios de Atención especializada. El cuidado médico en el hogar está cubierto cuando se proporciona como alternativa a la hospitalización y lo receta su médico. Los beneficios se limitan a consultas intermitentes de una agencia de atención médica en el hogar certificada. Una consulta de atención médica en el hogar se define como: una sesión o encuentro por tiempo limitado con cualquiera de los siguientes Proveedores de una agencia de cuidado médico en el hogar:

- Prestadores de servicios de enfermería, como enfermeros matriculados (RN) o enfermeros auxiliares autorizados (LPN).
- Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o del habla certificado o registrado (o un asistente que trabaje bajo la supervisión de uno de estos proveedores).
- Asistente/auxiliar de cuidado médico en el hogar que trabaja directamente bajo la supervisión de uno de los Proveedores anteriores.
- Trabajador social licenciado (con maestría); o dietista Registrado. No están cubiertos los servicios de enfermería privada, los servicios de atención por turnos o por hora, el Cuidado asistencial, la atención de mantenimiento, los servicios de limpieza, el cuidado de relevo y los servicios de comidas.

Los artículos y gastos adicionales que se cubren cuando se brinda atención médica en el hogar incluyen:

- Medicamentos y terapias de infusión aprobados proporcionados y facturados por una agencia aprobada de cuidado médico en el hogar.
- Equipo médico duradero cuando lo facture una agencia de cuidado médico en el hogar certificada.
- Servicios y suministros requeridos por la agencia de cuidado médico en el hogar para brindar atención.

La atención médica en el hogar que se indica a continuación no está cubierta:

- Cuidado asistencial
- Enfermería privada
- Servicios de limpieza o comidas
- Atención de mantenimiento
- Servicios de atención por turnos o por horas

Cuidados para enfermos terminales

El Cuidado para enfermos terminales, incluidos los suministros, está cubierto. El cuidado para enfermos terminales debe ser recetado por su médico, según su determinación de que usted tiene una enfermedad terminal y es elegible para recibir servicios para enfermos terminales. Los servicios deben ser prestados por una agencia de Cuidados para enfermos terminales certificada. Este beneficio incluye atención aguda, de relevo y en el hogar para satisfacer las necesidades físicas, psicosociales y especiales de una unidad de paciente-familia durante las etapas finales de la enfermedad y la muerte. El Cuidado para enfermos terminales se brinda en una variedad de niveles para satisfacer las necesidades individuales de la unidad paciente-familia. Los niveles que se ofrecen son:

- Visitas intermitentes a domicilio, proporcionadas según sea necesario por el equipo de cuidado para enfermos terminales, que incluye profesionales de atención médica, personal de apoyo y un enfermero registrado de guardia las 24 horas del día. Este nivel de atención no cubre alojamiento y comida mientras el miembro resida en un Centro de enfermería especializada, un hogar familiar para adultos o un centro de vida asistida.
- El Cuidado para enfermos terminales para pacientes internados es necesario y la atención no se puede administrar donde reside el paciente. La atención se brindará en un Centro para pacientes hospitalizados hasta que la afección del paciente se estabilice.
- Cuidado continuo en el hogar, proporcionado cuando ocurre una crisis médica en el lugar donde reside el paciente y se puede brindar atención en la residencia. Durante esos períodos, el equipo de cuidado para enfermos terminales puede brindar atención las 24 horas del día durante un máximo de 5 días.
- El cuidado de relevo para pacientes hospitalizados y ambulatorios está disponible para brindar atención continua y para que el cuidador del paciente descanse de los deberes de cuidar al paciente. El cuidado de relevo se limita a un total de 14 días, pacientes hospitalizados o ambulatorios, de por vida para el Suscriptor. Cuando se brinda atención de relevo al paciente en un centro para pacientes hospitalizados, también se cubren los costos de alojamiento y comida.

Cuando se proporcionan dentro de los Niveles de atención definidos anteriormente, los gastos cubiertos adicionales incluyen:

- Medicamentos y terapias de infusión aprobados proporcionados y facturados por una agencia de cuidado para enfermos terminales aprobada.
- Equipo médico duradero cuando lo facture un programa certificado de cuidado para enfermos terminales.
- Servicios y suministros requeridos por la agencia de cuidado para enfermos terminales para brindar la atención.

Cualquier cargo por cuidado para enfermos terminales que califique en virtud de este beneficio y de cualquier otro beneficio de este plan estará cubierto por el beneficio más apropiado, según lo determine CHPW.

El cuidado para enfermos terminales que se indica a continuación no está cubierto:

- Cuidado asistencial o atención de mantenimiento, excepto los cuidados paliativos para el paciente con una enfermedad terminal sujetos a los límites establecidos.
- Servicios de asesoramiento financiero o legal.

- Servicios de limpieza o comidas.
- Servicios prestados por un Suscriptor o por la Familia o Voluntarios del paciente.
- Servicios que no figuran específicamente como servicios para enfermos terminales cubiertos por este plan.
- Equipos de apoyo, como pasamanos o rampas.
- Transporte.

Atención hospitalaria: Centro quirúrgico ambulatorio, para pacientes hospitalizados y para pacientes ambulatorios

Consulte el beneficio de *Atención de emergencia* en este Acuerdo para conocer la cobertura de la Atención de emergencia, incluidos los exámenes de detección médica, en la sala de emergencia de un Hospital.

Atención hospitalaria para pacientes internados

La Atención hospitalaria para pacientes internados está cubierta cuando es Médicamente necesaria, excepto cuando la enfermedad mental es el diagnóstico primario (consulte el beneficio de atención médica de salud mental) y se proporciona en el entorno más apropiado y rentable. Por recomendación del médico y con el consentimiento del Miembro, CHPW evaluará si cubre la atención en un entorno alternativo.

Los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos incluyen los siguientes:

- Costos de instalaciones, incluido el alojamiento y la comida
- Servicios, suministros y tratamientos prestados por el proveedor y el personal durante la hospitalización
- Servicios y suministros quirúrgicos y de quirófano, incluida la anestesia
- Servicios de laboratorio y radiología
- Servicios de Farmacia para pacientes hospitalizados, incluida la terapia de infusión
- Servicios de desintoxicación Médicamente necesarios para pacientes internados

Este beneficio no cubre:

- Admisiones en hospitales solo con fines de diagnóstico, a menos que los servicios no puedan prestarse sin el uso de instalaciones hospitalarias para pacientes internados, o a menos que su afección médica haga que la atención de pacientes hospitalizados sea Médicamente necesaria.
- Cualquier día de cuidado de pacientes hospitalizados que exceda la duración de la estadía que sea Médicamente necesaria para tratar su afección.

Hospital para pacientes ambulatorios y centro quirúrgico ambulatorio

Ciertas cirugías y otros procedimientos para pacientes ambulatorios requieren Autorización previa; consulte la sección *Requisitos de autorización previa* para obtener más información. La atención en Hospitales y Centros quirúrgicos ambulatorios está cubierta cuando sea Médicamente necesaria e incluye cirugía, servicios y suministros para pacientes ambulatorios, quirófano y anestesia, radiología, costos de instalaciones y servicios de laboratorio y Farmacia. Este beneficio no cubre los medicamentos, las soluciones ni los suplementos nutricionales de venta libre.

Servicios de diagnóstico de infertilidad

La cobertura se proporciona solo para la evaluación inicial y el diagnóstico de la infertilidad. Algunos ejemplos de servicios cubiertos para el diagnóstico inicial de infertilidad son: biopsia de endometrio, histerosalpingografía, servicios de pruebas de detección reproductiva o recuento de espermatozoides. Los tratamientos y procedimientos con el fin de producir un embarazo no están cubiertos.

Tratamiento de infusión

Este beneficio cubre la administración de medicamentos por vía intravenosa, subcutánea y epidural (en el torrente sanguíneo, debajo de la piel y en las membranas que rodean la médula espinal). Los tratamientos farmacológicos que comúnmente se administran a través de la infusión incluyen: antibióticos, quimioterapia, manejo del dolor, nutrición parenteral e inmunoglobulina.

Los diagnósticos que comúnmente requieren tratamiento de infusión incluyen infecciones que no responden a los antibióticos orales; cáncer y dolor relacionado con el cáncer; enfermedades o trastornos gastrointestinales que impiden el funcionamiento normal del sistema gastrointestinal; insuficiencia cardíaca congestiva; y trastornos inmunitarios. Las visitas de enfermería asociadas con el tratamiento de infusión están cubiertas por el beneficio de *Atención médica en el hogar*, sin importar si el paciente está confinado a su casa. Para obtener información específica sobre los costos compartidos asociados con el lugar de servicio, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-907-1906.

Servicios de radiología y laboratorio

Este plan cubre servicios de radiología y laboratorio, y suministros de laboratorio para fines de diagnóstico cuando sean Medicamento necesarios y los solicite un proveedor calificado. Los servicios incluyen análisis de sangre, radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (PET), ecografías, pruebas cardiovasculares, incluidos estudios de la función pulmonar y procedimientos de diagnóstico neuromuscular/neurológicos.

Mamografía

Este beneficio cubre exámenes de las mamas de diagnóstico y complementarios, como la mamografía de diagnóstico, la tomosíntesis digital (mamografía 3D), la resonancia magnética o la ecografía.

Atención de maternidad

Este beneficio cubre la atención médica, quirúrgica y hospitalaria durante el término del embarazo; incluidas las pruebas prenatales para detectar trastornos congénitos; parto (vaginal o cesárea); tratamiento intrauterino para el feto; complicaciones del embarazo, como sufrimiento fetal, diabetes gestacional y toxemia; y condiciones relacionadas para un Suscriptor o Dependiente. Los servicios de un médico certificado, un enfermero especializado registrado avanzado (ARNP), una partera autorizada o una enfermera partera certificada (CNM), así como los cargos asociados con el parto en el hogar, un hospital o un centro de maternidad, están cubiertos por este beneficio. Este beneficio también cubre la atención de rutina del recién nacido, incluidos los niños recién adoptados. Las circuncisiones están cubiertas hasta 28 días después del nacimiento. Las circuncisiones realizadas después de los 28 días deben ser Medicamento necesarias, según lo determine CHPW. La atención posnatal cubierta incluye apoyo y consejería para la lactancia. Los costos de los extractores de leche están cubiertos, incluidos los extractores de leche eléctricos dobles (inclusive las piezas y el mantenimiento del extractor), y

pueden ser una unidad de alquiler o una nueva que pueda conservar, así como el almacenamiento de la leche materna.

No hay límite para la duración Médicamente necesaria de la hospitalización de la madre y su recién nacido. Cuando la madre es atendida por un médico, el médico tratante determinará un momento adecuado para el alta, en consulta con la madre. Este beneficio cubre los suministros Médicamente necesarios para un parto en la casa para los Miembros de bajo riesgo. La atención prenatal está cubierta por el beneficio de Servicios de Atención preventiva, Pruebas de detección e Inmunización. El cuidado posnatal, incluido el apoyo y la consejería para la lactancia, los sacaleches, incluidos los extractores de leche eléctricos dobles (inclusive las piezas y el mantenimiento del extractor), ya sea para una unidad de alquiler o una nueva que pueda conservar, y el almacenamiento de leche materna están cubiertos por el beneficio de Servicios de Atención preventiva, Pruebas de detección e Inmunización.

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres de 1996

La Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres de 1996 establece que los planes de salud no pueden restringir los beneficios por la duración de la hospitalización en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal normal, o menos de 96 horas después de una cesárea. La ley federal no prohíbe que el Proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de estos períodos. Una aseguradora no puede requerir que un Proveedor obtenga autorización, de la aseguradora, del emisor del seguro o del Administrador externo de la aseguradora, para prescribir la duración de una estadía que no exceda estos períodos.

Servicios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias

Este beneficio cubre el tratamiento Médicamente necesario de Trastornos de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados, residenciales y ambulatorios. Este beneficio incluye la terapia de análisis conductual aplicado (ABA) realizada por un Proveedor calificado en terapia ABA y recetada para un diagnóstico en el que se ha demostrado que la terapia produce un cambio significativo, servicios prestados a personas que requieren tratamiento para trastornos por abuso de sustancias, incluida la desintoxicación por trastornos por abuso de sustancias.

La atención Médicamente necesaria cubierta en virtud de este beneficio incluye el tratamiento y los servicios para afecciones psiquiátricas y de salud mental y trastornos por abuso de sustancias, para pacientes con un diagnóstico de categoría del DSM, incluidas las terapias del desarrollo neurológico y el tratamiento de salud conductual para esas afecciones, excepto si están excluidas. El tratamiento Médicamente necesario ordenado por un tribunal para afecciones por Trastornos de salud mental y por abuso de sustancias está cubierto por este beneficio.

Las terapias del neurodesarrollo consisten en fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y mantenimiento para restaurar o mejorar el desempeño en función del retraso en el desarrollo. Las terapias de neurodesarrollo conforme a este beneficio no se combinarán con los servicios de rehabilitación para la misma afección. Las admisiones de emergencia requieren una notificación como se describe en la Notificación de admisiones de emergencia en un Hospital en la sección *Administración de la utilización* de este Acuerdo.

Las admisiones de pacientes hospitalizados, incluidos los centros residenciales, relacionadas con el Trastorno por abuso de sustancias no requieren Autorización previa. Este plan cubre un mínimo de 2 días hábiles, excepto los fines de semana y días feriados, de servicio para Trastornos por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados o residenciales para todos los Miembros. Los servicios para Trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados o residenciales que superen los 2 días hábiles están sujetos a la autorización continua del plan.

La atención y los servicios para Trastornos de salud mental y por abuso de sustancias deben ser Médicamente necesarios y prestarse en el nivel de atención menos restrictivo. Los centros que ofrecen un nivel de atención para pacientes hospitalizados deben tener un modelo médico con personal médico o de enfermería en el lugar las 24 horas del día. La atención puede recibirse en un Hospital o en un centro de tratamiento, o a través de programas de tratamiento residencial, programas hospitalarios parciales, programas intensivos para pacientes ambulatorios, a través de servicios grupales o individuales para pacientes ambulatorios, o en un entorno de atención médica en el hogar.

Tienen cobertura los Medicamentos recetados durante una admisión como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio relacionados con Trastornos de salud mental o por abuso de sustancias. Este beneficio también cubre los servicios prestados por un Proveedor de salud conductual certificado, que ejerza dentro del alcance de su licencia, para un diagnóstico cubierto en un Centro de enfermería especializada, así como un tratamiento de acupuntura. Cuando se proporciona para tratar el Trastorno por abuso de sustancias, no se aplica el límite del beneficio máximo de acupuntura de este plan.

El asesoramiento familiar, las pruebas psicológicas y los programas psicoterapéuticos están cubiertos únicamente si están relacionados con el tratamiento de una Afección de salud mental aprobada, específicamente, las indicadas en el DSM. El tratamiento de trastornos alimentarios está cubierto cuando se asocia con el tratamiento de un diagnóstico de categoría en el DSM. Los siguientes diagnósticos con el código "V" del DSM también están cubiertos por este beneficio: servicios médicamente necesarios para problemas relacionales entre padres e hijos para niños menores de 5 años; duelo de niños menores de 5 años; y disforia de género.

El cuidado de salud mental que se detalla a continuación no está cubierto:

- Programas basados en la aventura o en la naturaleza que se centran principalmente en la educación, la socialización o la delincuencia.
- Biorretroalimentación.
- Evaluaciones ordenadas por la corte cuando no sean Médicamente necesarias.
- Cuidado asistencial, incluida la vivienda que no sea parte integral de un nivel de atención Médicamente necesario, como la atención necesaria para obtener refugio, para disuadir el comportamiento antisocial, para disuadir el comportamiento fugitivo o ausente, o para lograr un relevo familiar.
- Alojamiento para personas en un Programa hospitalario parcial o un Programa ambulatorio intensivo.
- Consejería matrimonial y de pareja.
- Terapia familiar, en ausencia de un diagnóstico de salud mental aprobado.
- Terapias no tradicionales o alternativas no basadas en técnicas y teorías aceptadas por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y Psicología.

- Entrenamiento de sensibilidad.
- Tratamiento de disfunciones sexuales y trastornos parafilicos.
- Hogares grupales terapéuticos, hogares comunitarios residenciales, escuelas terapéuticas, programas basados en la aventura y en la naturaleza, u otros programas similares.

La atención para trastornos por abuso de sustancias que se detalla a continuación no está cubierta:

- Alcohólicos Anónimos u otros programas o grupos de apoyo similares para tratar el Trastorno por abuso de sustancias.
- Clases de biorretroalimentación y reducción del estrés.
- Cuidado necesario para obtener refugio, para disuadir el comportamiento antisocial o para disuadir el comportamiento fugitivo o ausente.
- Beneficios para Trastornos por abuso de sustancias que no se enumeran específicamente.
- Evaluaciones ordenadas por la corte cuando no sean Médicamente necesarias.
- Tratamientos ordenados por un tribunal o tratamientos relacionados con el aplazamiento del enjuiciamiento, el aplazamiento de la sentencia o la sentencia suspendida, o tratamientos ordenados como condición para conservar los derechos de conducir, cuando no sean Médicamente necesarios.
- Cuidado asistencial, incluida la vivienda que no sea parte integral de un nivel de atención Médicamente necesario, como la atención necesaria para obtener refugio, para disuadir el comportamiento antisocial, para disuadir el comportamiento fugitivo o ausente, o para lograr un relevo familiar, inclusive:
 - Servicios de patrullaje de emergencia.
 - Servicios de información o referencia.
 - Escuelas de información.
 - Cuidado a largo plazo o asistencial.
 - Tratamiento sin revisión concurrente continua para garantizar que el tratamiento se proporcione en el entorno menos restrictivo necesario.
- Alojamiento para personas en un Programa hospitalario parcial o un Programa ambulatorio intensivo.
- Trastornos no relacionados con sustancias.
- Hogares grupales terapéuticos, hogares comunitarios residenciales, escuelas terapéuticas, programas basados en la aventura y en la naturaleza, u otros programas similares.

Atención al recién nacido

Están cubiertos los servicios y suministros médicos para un hijo recién nacido luego del nacimiento de una mujer Suscriptora o un Dependiente inscrito, incluidos los cargos por la guardería del hospital para un recién nacido, el examen físico inicial y una prueba de fenilcetonuria (PKU). Los beneficios se aplican bajo la propia cobertura del recién nacido, en relación con el cuidado de la guardería de un recién nacido natural o un niño recién adoptado. La cobertura para recién nacidos, incluidos los recién nacidos de mujeres dependientes, se proporciona durante las primeras 3 semanas de vida, según se describe en el *Programa de beneficios*, incluso si el recién nacido no está inscrito. Los beneficios se proporcionarán a un nivel no inferior a la cobertura de la madre inscrita, incluso en el caso de admisiones independientes en un Hospital. Para que la cobertura continúe después de las primeras 3 semanas de vida, el niño recién nacido debe ser elegible e inscribirse, como se explica en las secciones de *Elegibilidad e Inscripción*.

Fórmulas nutricionales y dietéticas

La cobertura de fórmulas nutricionales y dietéticas, incluidas las fórmulas elementales y los alimentos médicos, se proporciona cuando sea Médicamente necesario. Deben cumplirse las siguientes condiciones:

- La fórmula debe ser una fórmula especializada para el tratamiento de una deficiencia metabólica reconocida y potencialmente mortal, como la PKU; o
- La fórmula debe ser la fuente importante de la nutrición primaria de un paciente o administrarse junto con la nutrición intravenosa.

Cirugía bucal

La cobertura para cirugía bucal se proporciona cuando sea Médicamente necesaria y esté relacionada con un traumatismo o lesión, y cuando dichos servicios o aparatos sean necesarios para o como resultado de un tratamiento médico de emergencia, o cuando se requiera la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radioterapia de ciertas afecciones. La cirugía bucal necesaria para un diagnóstico dental, como la enfermedad periodontal, no está cubierta. Algunos ejemplos de servicios cubiertos son:

- La reducción o manipulación de fracturas de huesos faciales
- Servicios para preparar la mandíbula para tratamientos de radioterapia de enfermedades neoplásicas
- Extirpación de lesiones, quistes y tumores de la mandíbula, la boca, el labio o la lengua
- Incisión de senos paranasales accesorios, glándulas salivales o conductos bucales

Aparatos ortopédicos

Este beneficio cubre la colocación y compra de férulas, entablillados, aparatos ortopédicos y suministros o Aparatos ortopédicos que se utilizan para sostener, alinear o corregir deformidades o para mejorar la función de las partes móviles del cuerpo. También se incluye en este beneficio la cobertura de aparatos para el cuidado de los pies para la prevención de complicaciones asociadas con la diabetes. Este beneficio no cubre las plantillas para zapatos ni los zapatos ortopédicos que estén listos para usar.

Visión pediátrica

Los servicios pediátricos de la visión, incluidos los honorarios profesionales, los suministros y los materiales, están cubiertos para menores de 19 años, de acuerdo con las limitaciones descritas en el *Programa de beneficios*. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Examen de la visión de rutina.
- Examen oftalmológico integral, con dilatación y refracción.
- Una evaluación integral de la baja visión cada cinco años.
- Lentes o lentes de contacto recetados, incluidos los lentes de policarbonato y el revestimiento resistente a rayones.
- Los lentes pueden incluir lentes monofocales, bifocales o trifocales con líneas convencionales, o lentes lenticulares.
- Un par de marcos o lentes de contacto, en lugar de lentes y marcos, una vez por año calendario.
- Evaluación, ajuste y atención de seguimiento.
- Dispositivos ópticos para baja visión, servicios, capacitación e instrucción.

Además de las exclusiones y limitaciones del plan vigentes, los siguientes servicios y materiales no están cubiertos por el beneficio pediátrico de la visión:

- Ortopedia o entrenamiento de la visión y cualquier prueba complementaria asociada.
- Lentes planos (menos de $\pm .50$ de potencia de dioptrías).
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
- Reemplazo de lentes y marcos provistos conforme a este plan cuando se pierdan o se rompan, excepto en los intervalos normales cuando los servicios están disponibles.
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos (estos servicios están cubiertos por sus beneficios médicos).
- Tratamientos correctivos de la visión que se consideran experimentales o en investigación.
- Costos por servicios y materiales que superen las limitaciones indicadas en el *Programa de beneficios*.

Medicamentos recetados

Este beneficio proporciona cobertura para Medicamentos recetados dispensados por una Farmacia participante. Para los fines de este plan, un Medicamento recetado es cualquier sustancia médica que, según la ley federal, debe estar etiquetada de la siguiente manera: “Precaución: La ley federal prohíbe la dispensación sin receta”, y se describe con más detalle en la sección *Definiciones*.

Su beneficio de Medicamentos recetados requiere que usted pague una Parte del costo de un Copago o Coseguro por cada receta nueva separada o repetición que reciba de una Farmacia participante.

De acuerdo con el Código Revisado de Washington (RCW) 48.43.0961, CHPW no requerirá la sustitución de un medicamento no preferido por un medicamento preferido en una clase terapéutica determinada, ni aumentará su obligación de costos compartidos durante el año del plan para un medicamento, si la receta es para un resurtido de un medicamento antipsicótico, antidepresivo, antiepiléptico u otro medicamento recetado para tratar una enfermedad mental grave, si usted es médicamente estable y toma el medicamento y un proveedor participante continúa recetando el medicamento. CHPW puede requerir la sustitución de medicamentos genéricos durante el año actual del plan y puede agregar o quitar medicamentos a su formulario durante el año actual del plan.

Este beneficio para Medicamentos recetados tiene cuatro Niveles:

Medicamentos genéricos del Formulario, Nivel 1	Medicamentos genéricos que se encuentran en el Formulario actual de CHPW.
Medicamentos de marca preferidos del Formulario, Nivel 2	Medicamentos de marca que se encuentran en el Formulario actual de CHPW y son los preferidos por CHPW.
Medicamentos de marca no preferidos del Formulario, Nivel 3	Medicamentos de marca que están incluidos en el Formulario actual de CHPW, pero que no son preferidos por CHPW.
Medicamentos especializados, Nivel 4	Medicamentos especializados, según se describe en el beneficio de Medicamentos recetados de medicamentos especializados a continuación.

Si necesita una lista de los Medicamentos recetados en estos niveles, una copia del formulario de CHPW o información sobre cómo participar en las decisiones sobre los beneficios, llámenos al 1-866-907-1906 o visite el siguiente sitio web: individualandfamily.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage.

Tenga en cuenta lo siguiente: Este beneficio de Medicamentos recetados cubre ciertas vacunas cuando las administra un farmacéutico en un entorno de farmacia. Las vacunas cubiertas incluyen vacunas contra la influenza, la neumonía, el herpes zóster, la difteria/tétanos/tos ferina, la hepatitis, el VPH, la meningitis, la triple vírica/infantil, la rabia y las vacunas para viajar. Consulte el beneficio de inmunización para conocer la cobertura de inmunización.

Beneficio de Farmacia minorista

El beneficio de Farmacia minorista solo se aplica a las Recetas surtidas en Farmacias minoristas participantes.

- **Farmacias minoristas participantes**
Una vez que haya pagado los Costos compartidos requeridos, pagaremos directamente a la Farmacia participante.
- **Farmacias minoristas no participantes**
Usted paga el precio completo de los Medicamentos recetados.

Si necesita una lista de farmacias participantes, llámenos al 1-866-907-1906 o visite nuestro sitio web en individualandfamily.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage.

Costos compartidos y gastos de bolsillo máximos de los medicamentos recetados

Los Costos compartidos de Medicamentos recetados conforme a este plan se aplican únicamente a los Medicamentos recetados surtidos por Farmacias participantes. Si surte una Receta en una Farmacia no participante, será responsable del costo completo de la Receta y sus Gastos de bolsillo no se aplicarán para calcular el Deducible o el Máximo de bolsillo en el Año calendario.

Si surte una Receta de medicamento especializado en una Farmacia especializada no participante, usted será responsable del costo total de la Receta y sus Gastos de bolsillo no se aplicarán a su Deducible o Máximo de bolsillo del Año calendario.

CHPW aplica los pagos de terceros realizados en su nombre por Medicamentos recetados, incluidos los pagos realizados mediante la aplicación de un cupón de medicamento del fabricante u otro descuento del fabricante, para sus obligaciones anuales de Costos compartidos, incluidos los Deducibles, Copagos, Coseguros y Gastos máximos de bolsillo aplicables.

Su costo compartido máximo para los Inhaladores para el asma (corticosteroides, corticosteroides inhalados y combinación de corticosteroides inhalados), autoinyectores de epinefrina, EpiPen (productos que contienen al menos 2 autoinyectores) e insulina es de \$35 por un suministro para 30 días y no se aplicará a su Deducible por Año calendario.

Usted o su Proveedor pueden solicitar una sustitución de un Medicamento recetado cubierto. Su solicitud está sujeta a una revisión de Autorización previa y es posible que requiera documentación clínica adicional de su Proveedor. Se permiten sustituciones de Medicamentos recetados Genéricos o del formulario cubiertos si: (1) el Miembro no tolera el Medicamento recetado cubierto; (2) el Proveedor que receta determina que el Medicamento recetado cubierto no es terapéuticamente eficaz para el Miembro; o (3) el Proveedor que receta determina que se requiere una dosis para un tratamiento clínicamente eficaz que difiere de la limitación de dosis del formulario de CHPW para el Medicamento recetado cubierto. Si decide comprar el medicamento antes de que se haya completado la revisión, deberá pagar el precio total del medicamento. Si la revisión verifica que el Medicamento recetado es Medicamento necesario y dispensado por una Farmacia participante, puede presentar un reclamo de reembolso.

Al tomar determinaciones de Autorización previa para sustituciones de Medicamentos recetados, podemos considerar los criterios de Necesidad médica basados en la evidencia, las recomendaciones del fabricante, el hecho de que el medicamento esté disponible sin receta, las circunstancias del caso individual, las pautas de la FDA, incluidas las advertencias de recuadro negro, los estudios clínicos revisados por pares aceptados y los compendios de referencia estándar. Los montos de sus Costos compartidos para cada nivel de Medicamentos recetados pueden variar según su beneficio (Gold, Silver o Bronze). Los detalles de los Costos compartidos, Copagos y Coseguros se encuentran en la table del programa de beneficios en Medicamentos recetados. Cuando surta su Receta en una farmacia participante, sus Gastos de bolsillo se aplicarán a su Máximo de bolsillo, independientemente del Nivel al que pertenezca su receta.

Límite de suministro

Los medicamentos del Nivel 1 y del Nivel 2 están disponibles en un suministro para hasta 90 días en las farmacias minoristas participantes o a través del pedido por correo. Los costos compartidos se pagan en el momento de la entrega. Este beneficio proporciona hasta un suministro de 30 días en medicamentos de nivel 3 y 4. Los costos compartidos se pagan en el momento de la entrega.

Sincronización de medicamentos recetados

Para facilitar la coordinación adecuada de las repeticiones de medicamentos para un paciente que toma dos o más medicamentos, este beneficio permite la sincronización de nuevos medicamentos en cantidades necesarias para lograr la sincronización de unos medicamentos con otros.

La sincronización de medicamentos permite repeticiones de recetas de más o menos de un suministro de un mes con el fin de sincronizar futuras repeticiones con otros medicamentos de rutina. Los copagos y coseguros aplicables se ajustarán si se proporciona menos de una cantidad de repetición estándar durante la sincronización de medicamentos.

Repetición de receta de gotas oftálmicas

Según el juicio del farmacéutico dispensador, este beneficio permitirá una repetición temprana de gotas oftálmicas recetadas después del setenta por ciento de los días de uso previstos a partir de la última fecha de dispensación. Se permitirá la autorización del farmacéutico sin necesidad de consultar con un médico u obtener una nueva receta o repetición de receta de un médico siempre que la repetición no sea superior al número original de repeticiones prescritas por el médico.

Beneficio de recetas de medicamentos especializados

El beneficio de recetas de medicamentos especializados sólo se aplica a los medicamentos especializados de Nivel 4, dispensados por las farmacias de especialidad participantes. Los medicamentos especializados son medicamentos de alto costo que se utilizan para tratar condiciones complejas, raras o crónicas y a menudo requieren un manejo, almacenamiento, administración o monitoreo especial del paciente. Los Medicamentos especializados pueden ser medicamentos inyectables orales o autoadministrados para tratar afecciones como artritis reumatoide, hepatitis, esclerosis múltiple, cáncer o trastornos del crecimiento (excluyendo la estatura baja idiopática sin deficiencia de hormona de crecimiento). Las farmacias de especialidad participantes se especializan en la entrega y manejo clínico de medicamentos especializados. Usted y su proveedor de atención médica deben trabajar con nuestras Farmacias de especialidad participantes para organizar el pedido y la entrega de estos medicamentos.

Tenga en cuenta lo siguiente: Los Medicamentos de Especialidad que se administran bajo la supervisión de un médico, a través de una infusión en el hogar o dentro de un centro médico, son parte de sus beneficios médicos.

- **Farmacia de especialidad participante:**
Los medicamentos especializados de Nivel 4 deben ser dispensados a través de una farmacia de especialidad participante. Sus Gastos de bolsillo para Medicamentos especializados contarán para su Máximo de bolsillo del año calendario si son dispensados por una Farmacia de especialidad participante.
- **Farmacia de especialidad no participante:**
Usted pagará el total del precio si surte la receta en una farmacia de especialidad no participante. Sus Gastos de bolsillo para Medicamentos especializados no contarán para su Máximo de bolsillo del año calendario si son dispensados por una Farmacia de especialidad no participante.

Tenga en cuenta lo siguiente: Este plan solo cubrirá los medicamentos especializados que son dispensados por nuestras farmacias de especialidad participantes. Si necesita una lista de Farmacias de especialidad participantes, cubiertas según este beneficio de Recetas de medicamentos especializados, llámenos al 1-866-907-1906 o visite nuestro sitio web en individualandfamily.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage.

Alcance del beneficio de Medicamentos recetados

Este beneficio proporciona los siguientes artículos del formulario cuando los dispensa una Farmacia participante autorizada para su uso fuera de un centro médico (se aplican límites cuando corresponda):

- Medicamentos recetados y vitaminas (Medicamentos de leyenda federal recetados por un Proveedor certificado), incluidos los agentes orales recetados para supervisar los niveles de azúcar en sangre.
- Medicamentos recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, cuando se obtienen con receta, incluidos: aspirina, flúor, hierro y medicamentos para dejar de consumir tabaco.
- Medicamentos de leyenda federal orales y tópicos.
- Medicamentos inyectables recetados para la autoadministración, incluidos los medicamentos inyectables para la diabetes del formulario.
- Agujas y jeringas hipodérmicas utilizadas para la administración de insulina. También están cubiertos los siguientes suministros desechables para la prueba de la diabetes: tiras reactivas, kits de emergencia de glucagón, agentes de prueba y lancetas.
- La profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención de la infección por el VIH está cubierta sin costos compartidos para las personas con alto riesgo de infección por VIH; consulte Atención preventiva para los servicios de PrEP cubiertos sin costos compartidos.

Los medicamentos profilácticos posteriores a la exposición están cubiertos sin costos compartidos. No deberá pagar su Costo compartido normal por los medicamentos recibidos de una Farmacia participante para determinados medicamentos que cumplan con las guías para los servicios preventivos que se describen en el beneficio de Cuidado preventivo.

Si se le cobra un Costo compartido por algún medicamento de los mencionados anteriormente mientras lo toma con fines preventivos o por motivos que están de acuerdo con las recomendaciones del Grupo de Tareas de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, puede solicitar una revisión del Costo compartido y solicitar el reembolso. Es posible que se requiera una revisión de Costo compartido para que ciertos medicamentos preventivos califiquen para una exención de Costos compartidos. Para solicitar una revisión de los Costos compartidos, usted o su representante autorizado deben presentar un Formulario de solicitud de cobertura de beneficios completado. Puede obtener una copia del formulario de solicitud de cobertura de beneficios en nuestro sitio web en individualandfamily.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage/ o llamando a Servicio al Cliente al 1-8660-907-1906. Usted o su proveedor tendrán que completar el formulario y enviarlo por correo o fax a:

Express Scripts

Attn: Benefit Coverage Review Department
 PO Box 66587
 St Louis, MO 63166-6587
 Fax: 877-328-9660

Proceso de Autorización previa

Puede comunicarse con nosotros para solicitar una Autorización previa (PA) para un medicamento recetado. Solicitud estándar: Tomaremos una determinación sobre su solicitud estándar una vez que recibamos toda la información necesaria dentro de los 3 días calendario (excluyendo los días feriados) para las solicitudes electrónicas y dentro de los 5 días calendario para las solicitudes no electrónicas. Si se necesita información adicional para tomar una determinación sobre su solicitud de Autorización previa para Medicamentos recetados, solicitaremos esa información dentro de 1 día calendario a partir de la presentación. Excepto en el caso de las solicitudes recibidas de forma no electrónica, en las que se solicitará información adicional dentro de los 5 días calendario siguientes a su presentación. Una vez que el proveedor envíe información adicional, aprobaremos o rechazaremos la solicitud dentro de los 4 días calendario posteriores a la recepción de la información adicional. Si no se proporciona información adicional, podemos denegar su solicitud de Autorización previa para Medicamentos recetados.

Solicitud urgente: Puede solicitar una revisión urgente de una Autorización previa para Medicamentos recetados en los casos en que el paso del tiempo adicional pueda poner en grave peligro su salud. Tomaremos una determinación sobre su solicitud urgente una vez que recibamos toda la información necesaria dentro de 1 día calendario para solicitudes electrónicas y 2 días calendario para solicitudes no electrónicas. Si se necesita información adicional para tomar una determinación sobre su solicitud de Autorización previa para Medicamentos recetados, solicitaremos esa información dentro de 1 día calendario a partir de la presentación. Una vez que el proveedor envíe información adicional, aprobaremos o rechazaremos la solicitud dentro de los 2 días calendario posteriores a la recepción de la información adicional. Si no se proporciona información adicional, podemos denegar su solicitud de Autorización previa para Medicamentos recetados.

Si denegamos su solicitud de Autorización previa, recibirá una carta en la que se le informará por qué se rechazó la solicitud. En la carta le informaremos cómo usted o su representante autorizado pueden apelar nuestra decisión. También puede revisar la sección “Apelaciones” de este Acuerdo.

Si tiene preguntas sobre nuestro proceso de Autorización previa de Medicamentos recetados, puede comunicarse con nosotros. También puede solicitar una copia del proceso.

Excepciones al formulario

Es posible que su proveedor le haya recetado un Medicamento recetado que no esté en nuestro Formulario o que tenga reglas o requisitos de cobertura especiales para estar cubierto por este plan. Si necesita un Medicamento recetado que no está cubierto de la manera que a usted o a su proveedor le gustaría que estuviera, puede solicitar una excepción.

Para solicitar una Excepción al formulario, usted o su proveedor deben llamar o enviar su solicitud por escrito a: Express Scripts, Inc.

Express Scripts

Attn: Benefit Coverage Review Department

PO Box 66587

St Louis, MO 63166-6587

Fax: 877-328-9660

Teléfono: 1-800-753-2851

Después de que se haya revisado su solicitud de Excepción al formulario, recibirá una notificación por escrito si nuestra decisión es denegar su solicitud. En el caso de las solicitudes de excepción al formulario estándar, emitiremos una decisión y notificaremos al miembro o al agente del miembro y al médico que emite las recetas dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud inicial. En el caso de las solicitudes de excepción al formulario acelerado, tomaremos una decisión y notificaremos al miembro o al agente del miembro y al médico que emite las recetas dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud inicial. Si su solicitud es denegada, este plan no cubrirá el medicamento solicitado y usted será responsable de pagar los costos asociados con el medicamento solicitado. Si no está de acuerdo con la determinación del plan, tiene derecho a apelar nuestra decisión o, alternativamente, a solicitar una revisión externa por parte de una Organización de Revisión Independiente (“IRO”).

Para solicitar la Revisión externa de una solicitud de Excepción al formulario denegada, puede comunicarse con Servicio al Cliente. Le informaremos a usted o a su representante nuestra decisión de conceder su solicitud de Revisión externa a más tardar 72 horas después de recibir su solicitud, o dentro de las 24 horas si su solicitud original de una Excepción al formulario fue una solicitud acelerada. Consulte la sección *Apelaciones* de este Acuerdo para obtener información sobre la Revisión externa o la presentación de una Apelación.

Solicitud de cambios en el Formulario

Si usted o su Proveedor desean solicitar que se agregue un medicamento nuevo o existente al Formulario, debe enviarse una carta por correo a la siguiente dirección (e incluir copias de artículos de investigación relevantes y citas de revistas) que indique las ventajas significativas basadas en evidencia del producto farmacéutico sobre los medicamentos actuales del formulario:

CHPW Director of Pharmacy

1111 3rd Ave, Suite 400

Seattle, WA 98101

Cobertura de usos no aprobados de medicamentos

Ningún medicamento será excluido de la cobertura de este beneficio de medicamentos recetados para una indicación en particular debido a que el medicamento no ha sido aprobado por la FDA para esa misma indicación si dicho medicamento es reconocido como eficaz para el tratamiento de dicha indicación:

- En uno de los compendios de referencia estándar.
- En la mayoría de la literatura médica pertinente revisada por pares, si no se reconoce en uno de los compendios de referencia estándar.
- Por el Secretario Federal de Salud y Servicios Humanos.
- La cobertura de un medicamento recetado requerida por esta sección también incluirá los servicios médicamente necesarios asociados con la administración del medicamento.
- Esta regulación no se interpretará en el sentido de requerir cobertura para ningún medicamento cuando la FDA haya determinado que su uso está contraindicado.
- Esta regulación no se interpretará en el sentido de requerir cobertura para medicamentos experimentales que no hayan sido aprobados para ninguna indicación por la FDA.

Surtido de emergencia

Surtido de emergencia se refiere a la entrega de un Medicamento recetado que está sujeto a Autorización previa en virtud de este plan, a un Miembro por parte de un proveedor de Farmacia participante, que ha utilizado su juicio profesional para identificar que el Miembro tiene una “necesidad médica urgente”, sin obtener primero la Autorización previa. Una necesidad médica urgente significa que la falta de acceso al Medicamento recetado solicitado podría tener como resultado lo siguiente:

- poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto), o
- deterioro grave de las funciones corporales, o
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Si el proveedor de Farmacia participante determina que el Miembro tiene una necesidad médica urgente, el proveedor determinará la cantidad necesaria para satisfacer la necesidad médica urgente del Miembro, hasta un suministro para 30 días. Un surtido de emergencia es aplicable cuando:

- La farmacia dispensadora no puede comunicarse con el departamento de Autorización previa del emisor por teléfono, ya que está fuera del horario comercial de ese departamento.
- Un emisor está disponible para responder a las llamadas telefónicas de una farmacia dispensadora con respecto a un beneficio cubierto, pero el emisor no puede comunicarse con el médico que receta para realizar una consulta completa.

Solo está cubierta la dosis de Surtido de emergencia del Medicamento recetado. En caso de que el Medicamento recetado continúe para el tratamiento más allá del Surtido de emergencia aprobado, se aplicarán las restricciones estándar del formulario y los procedimientos de administración de utilización.

Usted será responsable de pagar un Costo compartido del suministro para 30 días, incluidos los Deducibles, Coseguros y Copagos vigentes. Consulte el Programa de beneficios para obtener más información. El costo compartido se basa en el nivel en el que el Medicamento recetado está incluido en el formulario.

CHPW cubre los Surtidos de emergencia para los medicamentos de nuestro formulario con las siguientes limitaciones:

- Los Surtidos de emergencia no están disponibles para ciertos Medicamentos especializados, como medicamentos oncológicos, hepatitis C, productos biológicos, tratamientos para la esclerosis múltiple y reemplazos enzimáticos, que no cumplen con los criterios de “necesidad terapéutica urgente”.
- Los Surtidos de emergencia no están cubiertos en Farmacias no participantes.
- Puede encontrar más información en individualandfamily.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage.

Exclusiones de beneficios de Medicamentos recetados. Este beneficio no cubre:

- Fármacos y medicamentos que pueden obtenerse legalmente sin receta médica porque son de venta libre (“OTC”). Los medicamentos OTC están excluidos incluso si los receta un

profesional, a menos que se indique lo contrario en este beneficio. Algunos ejemplos de artículos OTC no cubiertos son: medicamentos y vitaminas no recetados, suplementos alimenticios y dietéticos, medicamentos a base de hierbas o naturopáticos, y suplementos dietéticos y nutricionales (p. ej., fórmulas infantiles o suplementos proteicos). Esta exclusión no se aplica a los medicamentos OTC que cumplan con las pautas para servicios preventivos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio.

- Medicamentos con fines cosméticos, o para promover o estimular el crecimiento del cabello, o prevenir las arrugas; excepto cuando se utiliza como tratamiento de afirmación de género.
- Medicamentos para uso Experimental o En investigación.
- Productos biológicos, sangre o hemoderivados no incluidos en el formulario.
- Medicamentos compuestos que no contengan al menos un Medicamento recetado aprobado por la FDA más allá de su límite máximo de reposición.
- Medicamentos dispensados para su uso o administración en un centro de atención médica o en el consultorio de un Proveedor, o medicamentos para llevar a casa dispensados y facturados por un centro médico, a menos que estén cubiertos por el beneficio de Planificación familiar o Receta de medicamentos especializados.
- Reemplazo de medicamentos perdidos o robados.
- Medicamentos para tratar la infertilidad, incluidos los medicamentos para mejorar la fertilidad.
- Medicamentos para tratar la disfunción sexual.
- Medicamentos para el control de peso.
- Dispositivos terapéuticos, aparatos, equipos médicos, suministros médicos, equipos y accesorios para personas con diabetes, excepto los que se indiquen específicamente como cubiertos en este beneficio. Consulte el beneficio de Equipo médico duradero para conocer la cobertura disponible.
- Los agentes de inmunización y las vacunas están cubiertos, pero se describen en Cuidado preventivo, Pruebas de detección y Servicios de inmunización. El Tratamiento de infusión también está cubierto, pero se describe en la sección Tratamiento de infusión.

Programas de administración de beneficios de Medicamentos recetados

Para promover el uso adecuado de los medicamentos, ciertos medicamentos están sujetos a Autorización previa para revisar y confirmar la Necesidad médica antes de ser dispensados. Como parte de esta revisión, algunas recetas pueden requerir información médica adicional del Proveedor que las receta, la sustitución de un medicamento equivalente o el fracaso de un medicamento preferido. Si decide comprar el medicamento antes de que se haya completado la revisión, deberá pagar el precio total del medicamento. Si la revisión verifica que el medicamento usado es Medicamento necesario y dispensado por una Farmacia participante, puede presentar un reclamo de reembolso. Consulte la sección *Reclamaciones* de este Acuerdo para obtener más información.

Al tomar estas determinaciones, tomamos en consideración los criterios de necesidad médica clínicamente basados en la evidencia, las recomendaciones del fabricante, las circunstancias del caso individual, las pautas de la FDA, la literatura médica publicada y los compendios de referencia estándar. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener detalles sobre qué medicamentos requieren autorización previa o consulte la sección *Cobertura de medicamentos*

recetados en nuestro sitio web.

Derecho a recibir servicios de farmacia seguros y eficaces

Las leyes estatales y federales establecen normas para garantizar la seguridad y eficacia de los servicios de farmacia, y para garantizar su derecho a saber qué medicamentos están cubiertos por este plan, qué limitaciones de cobertura se aplican y cómo puede participar en las decisiones sobre los beneficios de farmacia. Para obtener más información sobre las políticas de cobertura de Medicamentos recetados de este plan, o si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su beneficio de farmacia, llámenos al 1-866-907-1906. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley, o si tiene inquietudes sobre los beneficios de farmacia de su plan, comuníquese con la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington al 1-800-562-6900 o www.insurance.wa.gov. Si tiene alguna inquietud sobre los farmacéuticos o las farmacias que lo atienden, llame al Departamento de Salud del estado de Washington al 360-236-4700, www.doh.wa.gov.

Atención podiátrica

Se proporciona cobertura para servicios de podología quirúrgicos Médicamente necesarios, que incluyen incisión y drenaje de tejido infectado del pie, remoción de lesiones del pie, remoción o desbridamiento de uñas infectadas y tratamiento de fracturas y dislocaciones de huesos del pie. La atención de rutina de los pies, como el tratamiento de callosidades, durezas, atención no quirúrgica de uñas de los pies, arcos caídos y otras quejas sintomáticas de los pies, no están cubiertas, excepto para Suscriptores con diabetes.

Servicios de atención preventiva, Pruebas de detección e Inmunización

Su plan cubre todos los servicios preventivos y las vacunas en virtud de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA), sin costos compartidos, proporcionados por su Proveedor o bajo su supervisión, incluidos:

- Exámenes físicos y de rutina.
- Inmunizaciones para adultos, niños y adolescentes.
- Prueba de detección de cáncer colorrectal (Suscriptores mayores de 45 años, o menores de 50 años cuando sean de alto riesgo); no se aplican los costos compartidos para los siguientes servicios que son parte integral de la realización de la colonoscopia:
 - Consulta requerida con un especialista antes del procedimiento de detección.
 - Medicamentos para la preparación intestinal recetados para el procedimiento de detección.
 - Servicios de anestesia prestados en relación con una colonoscopia preventiva.
 - Extirpación de pólipos realizada durante el procedimiento de detección.
 - Cualquier examen patológico en una biopsia de pólipo realizada como parte del procedimiento de detección.
 - Una colonoscopia después de una prueba positiva de detección basada en heces no invasiva o una prueba de detección con visualización directa debe estar cubierta sin costo compartido.
- Prueba de detección de depresión para todos los adultos, incluidas las mujeres embarazadas y durante el posparto.
- Exámenes de las mamas de diagnóstico y complementarios, como la mamografía

de diagnóstico, la tomosíntesis digital (mamografía 3D), la resonancia magnética o la ecografía.

- Servicios preventivos y de bienestar, incluido el manejo de enfermedades crónicas.
- Prueba de detección de cáncer de próstata.
- Servicios, pruebas y pruebas de detección, según lo recomiende(n):
 - Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
 - La Administración de Recursos y Servicios de Salud.
 - El Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., que incluye pruebas de detección y pruebas para las recomendaciones A y B para la prevención y el cuidado crónico.
- Los servicios de profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención de la infección por el VIH para personas con alto riesgo de contraer la infección por el VIH en los que no se aplican los costos compartidos incluyen:
 - Visitas al consultorio asociadas con cada servicio preventivo recomendado de PrEP cuando este sea el propósito principal de la visita al consultorio
 - Pruebas de detección de VIH
 - Las personas deben hacerse la prueba y confirmar que no están infectadas por el VIH antes de comenzar la PrEP y volver a hacerse la prueba del VIH cada tres meses mientras toman la PrEP.
 - Pruebas de detección de hepatitis B y C
 - Las personas deben someterse a pruebas de detección del virus de la hepatitis B (VHB) al inicio para comenzar la PrEP, de acuerdo con las pautas de los CDC. Además, las personas deben someterse a pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) al inicio del estudio y periódicamente de acuerdo con las pautas de los CDC. La detección de la infección por el VHC está indicada para todas las personas con riesgo continuo de contraer VHC.
 - Prueba de creatinina y cálculo del aclaramiento estimado de creatina (eCrCl) o tasa de filtración glomerular (eGFR)
 - En el caso de las personas que toman la PrEP, se debe medir y calcular su eCrCl o eGFR estimados al comienzo del tratamiento para evaluar si la función renal está dentro del rango para la prescripción segura de medicamentos para la PrEP. La creatinina y la eCrCl o la eGFR deben chequearse periódicamente de acuerdo con las pautas de los CDC.
 - Pruebas de embarazo
 - Las personas en edad fértil que toman la PrEP deben someterse a una prueba de embarazo al inicio del estudio y deben volver a hacerse la prueba periódicamente a partir de entonces, de acuerdo con las pautas de los CDC, hasta que se suspenda la PrEP.
 - Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento
 - Las personas que toman la PrEP deben someterse a pruebas de detección de ITS al inicio del estudio y, a partir de entonces, deben hacerse pruebas periódicas de acuerdo con las pautas de los CDC, que pueden requerir múltiples pruebas anatómicas

(es decir, genitales, orofaríngeas y rectales) para detectar gonorrea y clamidia, y pruebas para detectar sífilis, junto con asesoramiento conductual, que se recomiendan para reducir el riesgo de ITS.

- Consejería de adherencia
 - A las personas que toman la PrEP se les debe ofrecer consejería regular para evaluar el comportamiento y la adherencia de acuerdo con las pautas de los CDC para garantizar que la PrEP se use según lo prescrito y maximizar su eficacia. Los componentes del apoyo a la adherencia también incluyen la educación del paciente, los sistemas de recordatorio para la toma de medicamentos y el desarrollo de un plan para abordar los efectos adversos de la medicación.
- Atención de rutina para la maternidad (prenatal y posnatal), incluidos exámenes y pruebas prenatales, apoyo a la lactancia materna y asesoramiento.
- Los costos de los extractores de leche están cubiertos, incluidos los extractores de leche eléctricos dobles (inclusive las piezas y el mantenimiento del extractor), y pueden ser una unidad de alquiler o una nueva que pueda conservar, así como el almacenamiento de la leche materna.

Servicios profesionales

Este beneficio se aplica a las consultas en el consultorio de un proveedor por Telemedicina y en persona, e incluye suministros y servicios asociados con dichas consultas. El tratamiento de infusión y las inyecciones terapéuticas proporcionadas en el consultorio también están cubiertas por este beneficio. Los servicios de Telemedicina están cubiertos cuando el sitio de origen es uno de los siguientes:

- Hospital
- Clínica de salud rural
- Centro de salud calificado federalmente
- El consultorio de un médico u otro proveedor de cuidados médicos
- Agencia de salud conductual autorizada o certificada
- Centro de enfermería especializada
- Casa o cualquier lugar determinado por la persona que recibe los servicios
- Centro de diálisis renal, excepto un centro de diálisis renal independiente

La atención brindada por fax, correo electrónico o Internet, que no sean consultas por Telemedicina cubiertas, no está cubierta, excepto según lo exijan las leyes o regulaciones estatales o federales vigentes.

Community Health Plan of Washington ofrece acceso a servicios de Telemedicina a los miembros a través de la plataforma de atención virtual de CHPW. Para obtener más información sobre nuestros servicios de atención virtual, consulte nuestro sitio web en individualandfamily.chpw.org/member-center/plan-benefits/virtual-care.

Procedimientos plásticos y reconstructivos

Este beneficio cubre los procedimientos reconstructivos solo cuando el propósito principal del procedimiento es tratar una afección médica o mejorar o restaurar la función fisiológica. Los procedimientos reconstructivos incluyen cirugía u otros procedimientos realizados para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por traumatismos, infecciones, tumores, enfermedades, lesiones accidentales o cirugías previas (si la cirugía previa estuviera cubierta por este plan). En el caso de una lesión accidental, los servicios deben completarse dentro de los 12 meses posteriores a la lesión inicial. Los procedimientos cosméticos están excluidos de la cobertura, excepto las cirugías de feminización facial y otros tratamientos faciales de afirmación del género, como el afeitado traqueal, la electrólisis del cabello y otros cuidados, como mastectomías, reducciones mamarias, implantes mamarios o cualquier combinación de procedimientos de afirmación del género, incluidas las revisiones del tratamiento anterior. El hecho de que una Persona cubierta pueda sufrir consecuencias psicológicas o comportamiento socialmente evitativo como resultado de una Lesión o Enfermedad no clasifica la cirugía (u otros procedimientos realizados para aliviar dichas consecuencias o comportamiento) como un procedimiento reconstructivo.

Este beneficio también incluye procedimientos que corrigen Anomalías congénitas anatómicas (sin importar si dichos procedimientos mejoran o restauran la función fisiológica, o podrían considerarse cosméticos) y la cirugía de reconstrucción de mamas después de una mastectomía que resultó de una enfermedad, Dolencia o Lesión, así como la reconstrucción de la mama no afectada para lograr la simetría. Otros servicios requeridos por la *Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998*, incluidas las prótesis mamarias internas o externas y el tratamiento de complicaciones, se prestan de la misma manera y al mismo nivel que los de cualquier otro Servicio cubierto.

Prótesis

Este beneficio cubre los dispositivos prostéticos por motivos funcionales para reemplazar una parte faltante del cuerpo, incluidas las extremidades artificiales, las prótesis mamarias externas luego de una mastectomía y las prótesis maxilofaciales. Los dispositivos o aparatos prostéticos que se insertan quirúrgicamente en el cuerpo están cubiertos por el beneficio de *Cuidado hospitalario* correspondiente. Los Dispositivos prostéticos externos que no requieren cirugía están cubiertos por el beneficio de DME correspondiente. Los criterios de necesidad médica para estos dispositivos se encuentran en la póliza de Criterios de Cobertura Clínica de CHPW MM158, Zapatos prostéticos, ortopédicos y terapéuticos para personas con diabetes.

Servicios de rehabilitación

La cobertura para afecciones discapacitantes se proporciona a través de servicios de terapia de rehabilitación para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Algunos ejemplos de estos servicios son fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional e implantes cocleares.

Deben cumplirse las siguientes condiciones:

- Los servicios son para mantener, restaurar y mejorar significativamente la función que estaba presente anteriormente, pero que se perdió o se deterioró debido a una discapacidad, Lesión o Enfermedad.
- Los servicios no son para terapia paliativa, recreativa, de relajación o de mantenimiento.

- La pérdida de la función no fue el resultado de una Lesión relacionada con el trabajo.

La cobertura de rehabilitación cardíaca requiere que los Miembros hayan experimentado un problema cardíaco, como infarto de miocardio, angina crónica estable, trasplante de corazón o trasplantes de corazón y pulmón.

Rehabilitación para pacientes hospitalizados

Los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados deben ser facturados por una unidad de rehabilitación de un Hospital u otro centro de rehabilitación aprobado. Cuando la rehabilitación sigue a la atención aguda en una hospitalización continua, este beneficio comienza el día en que la atención se vuelve principalmente de rehabilitación. El cuidado de pacientes hospitalizados incluye alojamiento y comida, servicios prestados y facturados por el centro para pacientes hospitalizados y terapias realizadas durante la estadía de rehabilitación.

Rehabilitación para pacientes ambulatorios

Los beneficios de rehabilitación para pacientes ambulatorios están sujetos a las siguientes disposiciones:

- No debe estar confinado en un Hospital u otro Centro médico.
- Los servicios deben ser facturados por un Hospital, un médico o un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, del habla o un masajista.

Una vez que los beneficios de esta disposición se hayan agotado por una condición en particular, la cobertura no podrá extenderse utilizando los beneficios de ninguna otra disposición.

NOTA: Los servicios de terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios están sujetos a un máximo combinado de 25 consultas por Miembro por Año calendario.

Servicios prestados en un Centro de enfermería especializada

Los beneficios incluyen servicios para pacientes hospitalizados y suministros de un Centro de enfermería especializada para el tratamiento de una Enfermedad, Lesión o discapacidad física, así como servicios de Farmacia y Recetas surtidas en el Centro de enfermería especializada. Los servicios en Centros de enfermería especializada están cubiertos cuando se proporcionan como alternativa a la hospitalización y los solicita su Proveedor. El servicio de habitación y comida se limita a un cuarto semiprivado, excepto cuando se determine que un cuarto privado es Médicamente necesario. La atención debe ser terapéutica o de naturaleza restaurativa y requerir la prestación en el centro por parte de personal médico profesional certificado, bajo la dirección de un médico, para obtener el resultado médico deseado, incluidos los servicios prestados por un Proveedor de salud conductual certificado para un diagnóstico cubierto. El cuidado asistencial y de mantenimiento no están cubiertos.

Manipulaciones de la columna vertebral

Cubre manipulaciones espinales para tratar una enfermedad, lesión o afección cubierta realizadas por quiroprácticos calificados y otros proveedores y profesionales certificados, como proveedores de osteopatía y fisioterapeutas. La cobertura incluye la evaluación y el manejo iniciales, la manipulación de la columna vertebral, la radiología de diagnóstico y el diagnóstico y el tratamiento de trastornos musculoesqueléticos, cuando se realizan dentro del alcance de la licencia del Proveedor. Los beneficios están sujetos al límite de beneficios máximos de este plan que se indica en el *Plan de beneficios*.

Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM)

Los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios están cubiertos para el tratamiento de la ATM cuando sea médicamente necesario. Este plan no cubre los servicios dentales ni los cargos del dentista relacionados con el tratamiento de la ATM.

Inyecciones terapéuticas

Este beneficio cubre las inyecciones terapéuticas, incluidos sueros, agujas y jeringas, proporcionadas en el consultorio de su médico. Este plan cubre tres dosis didácticas por medicamento inyectable, de por vida, proporcionadas en el consultorio de un médico u otro entorno clínico. Todos los demás medicamentos especializados autoinyectables están cubiertos por el beneficio de *Medicamentos recetados especializados*.

Servicios para dejar de fumar: Programa Quit For Life®

Este beneficio para dejar de fumar incluye consejería de asesores capacitados, materiales educativos y terapia de reemplazo de nicotina (parche o chicle) para ayudarlo a dejar de fumar. Además, su beneficio de Medicamentos recetados también cubre ciertos medicamentos para dejar de fumar según lo recetado.

Trasplantes

Tienen cobertura los trasplantes de órganos, incluidos los órganos artificiales (cuando su médico lo apruebe médicamente y de acuerdo con las recomendaciones del fabricante), los trasplantes de médula ósea y de células madre cuando se cumplan los criterios de cobertura clínica que demuestren que el trasplante es médicamente necesario y que el trasplante ha sido aprobado por CHPW.

Los servicios directamente relacionados con los trasplantes de órganos deben ser coordinados por su Proveedor de la red. **Un trasplante propuesto no tendrá cobertura si se considera Experimental o En investigación para la afección del Miembro.** La aprobación de la Autorización previa para trasplantes se basa en estos criterios:

- Una recomendación por escrito con documentación de respaldo recibida de su Proveedor.
- La solicitud del trasplante se basa en la Necesidad médica.
- El procedimiento solicitado y el protocolo asociado no se consideran un tratamiento Experimental o En investigación para su afección.
- El procedimiento es realizado en un centro y por un Proveedor aprobado por CHPW.
- Después de la evaluación, usted es aceptado en el programa de trasplantes del centro aprobado y cumple con todos los requisitos del programa.

Tenga en cuenta: Los trasplantes de córnea no se consideran un trasplante de órganos y están cubiertos por los beneficios médico-quirúrgicos de este plan, y no por el beneficio de trasplante.

Servicios para el receptor

Los servicios cubiertos para el receptor del trasplante incluyen los siguientes:

- Servicios médicos y quirúrgicos directamente relacionados con el procedimiento de trasplante y la atención de seguimiento
- Pruebas y exámenes de diagnóstico directamente relacionados con el procedimiento de trasplante y la atención de seguimiento

- Cargos de centros para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y cargos farmacéuticos incurridos mientras esté hospitalizado
- Productos farmacéuticos administrados en un entorno ambulatorio
- Medicamentos contra el rechazo

Servicios para el donante

Los gastos de los donantes están cubiertos si se cumplen los siguientes criterios:

- Aprobamos el procedimiento de trasplante.
- El beneficiario está inscrito en este plan.
- Los gastos son por servicios directamente relacionados con el procedimiento de trasplante.

Los gastos cubiertos por los donantes incluyen los siguientes:

- Tipificación, pruebas y asesoramiento de donantes.
- Suministros y tratamientos, incluidos los cargos del centro del donante de trasplantes, realizados en un entorno hospitalario o ambulatorio.
- Selección, extracción, almacenamiento y transporte del órgano del donante por parte del equipo quirúrgico/de recolección o del órgano o la médula ósea del donante.
- Se cubren los gastos razonables de viaje y alojamiento del donante.

Cuando tanto el receptor como el donante sean miembros de este plan, se pagarán cargos cubiertos por todos los servicios y suministros cubiertos recibidos tanto por el donante como por el receptor.

Tenga en cuenta: Si elige donar un órgano o médula ósea, sus gastos de donante no están cubiertos a menos que el receptor también esté inscrito en este plan. Los servicios para tratar las complicaciones que surjan de la donación están cubiertos en la medida en que no estén cubiertos por el plan médico del receptor.

Los servicios de trasplante que se enumeran a continuación no están cubiertos para los trasplantes de órganos ni de médula ósea:

- Trasplantes de animales a humanos.
- Complicaciones derivadas del procedimiento de donación si el donante no es Miembro.
- Gastos del donante para un Miembro que done un órgano o médula ósea, excepto para el tratamiento de complicaciones derivadas de la donación, que estén cubiertos como cualquier otra enfermedad, en la medida en que no estén cubiertos por el plan médico del receptor.
- Trasplantes considerados experimentales o de investigación, según lo define CHPW.

Atención de urgencia

Este plan cubre los servicios de atención de urgencia, incluidos los servicios de proveedores, los costos de las instalaciones y los suministros prestados por una clínica de atención de urgencia o un Proveedor. Algunos ejemplos de afecciones urgentes son los cortes y laceraciones, la diarrea, las reacciones alérgicas, los esguinces, las infecciones del tracto urinario y los vómitos. Los proveedores de atención de urgencia a menudo están disponibles fuera del horario comercial normal.

Programas de pérdida y control de peso

La prueba de detección de obesidad es un servicio de cuidado preventivo que está cubierto para todos los miembros adultos de este plan sin costos compartidos cuando los proporciona un Proveedor Dentro de la red. Las terapias para la pérdida de peso y el control de peso están cubiertas para niños mayores de 6 años que califican como obesos y miembros adultos con un índice de masa corporal (IMC) documentado de 30 kg/m² o más, cuando son proporcionadas por un Proveedor Dentro de la red. El plan cubre las siguientes intervenciones conductuales multicomponente:

- Sesiones de consejería grupal e individual de alta intensidad (de 12 a 26 sesiones en un año).
- Actividades de control conductual, como objetivos de pérdida de peso.
- Asesoramiento para mujeres de 40 a 60 años con un IMC normal o de sobrepeso (de 18.5 a 29.9 kg/m²) para mantener el peso o limitar el aumento de peso para prevenir la obesidad. El asesoramiento puede incluir una discusión individualizada sobre la alimentación saludable y la actividad física.
- Mejora de la dieta o la nutrición y aumento de la actividad física.
- Abordamiento de las barreras al cambio.
- Autocontrol.
- Elaboración de estrategias para mantener los cambios en el estilo de vida.

Los siguientes servicios para bajar de peso no están cubiertos por este plan:

- Programas de ejercicio o uso de equipos de ejercicio.
- Suplementos dietéticos para adelgazar, como las comidas proteicas líquidas Optifast, los alimentos preenvasados Nutrisystem, los alimentos Medifast, la fitoterapia.
- Jenny Craig, Weight Watchers, Diet Center, Zone diet u otros programas similares.
- Cirugía bariátrica.

Servicios de manejo de la abstinencia

Este plan cubre los servicios de manejo de la abstinencia prestados por agencias de salud conductual Dentro y Fuera de la red; CHPW no es responsable de reembolsar a la agencia de salud conductual Fuera de la red una tarifa mayor que la que se pagaría a una agencia Dentro de la red; y es posible que la agencia de salud conductual no le facture el saldo. Los servicios para el manejo de la abstinencia se refieren a la desintoxicación y evaluación administradas o supervisadas médicamente las 24 horas del día, y a la evaluación y referencia al tratamiento para adultos o adolescentes que se retiran del alcohol o las drogas, lo que puede incluir la inducción de medicamentos para la recuperación de la adicción. Los servicios de administración de retiros no requieren Autorización previa y este plan cubre un mínimo de 3 días de servicios de manejo de retiros para todos los Miembros. Los servicios de administración de retiros que superen los 3 días hábiles están sujetos a la autorización continua del plan. La cobertura incluye lo siguiente:

- Alojamiento y comida
- Servicios médicos Dentro de la red
- Medicación
- Servicios de recuperación de dependencia, educación y asesoramiento

Cuidado de la salud de la mujer

Las mujeres Miembros tienen derecho a acceder directamente a los Proveedores de la Red que ofrecen servicios de atención médica para la mujer (MD, Doctores en Medicina Osteopática, ARNP y parteras). Estos servicios incluyen:

- Exámenes de atención de la salud de la mujer
- Tratamiento de algunos problemas reproductivos
- Servicios anticonceptivos
- Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual

Su Proveedor de atención médica de la mujer también puede continuar tratándola para recibir servicios de rutina y tratamiento de seguimiento para los problemas que se encuentren durante su examen de atención médica para la mujer.

EXCLUSIONES, LIMITACIONES Y SERVICIOS NO CUBIERTOS

Además de las exclusiones enumeradas en este Acuerdo, los siguientes beneficios están excluidos, limitados o no cubiertos por este plan:

Aromaterapia

Entrenamiento atlético, fisicoculturismo, entrenamiento físico o gastos relacionados

Autopsias

Cirugía bariátrica y suministros

Beneficios de otras fuentes

A menos que estén cubiertos por la sección *de Coordinación de beneficios*, los beneficios no están disponibles conforme a este plan en la medida en que la cobertura esté disponible a través de:

- Cobertura médica de vehículos motorizados o cobertura sin culpa de vehículos motorizados
- Cobertura de protección contra lesiones personales (“PIP”)
- Cobertura de responsabilidad comercial
- Una póliza de propietario de vivienda
- Todos los demás tipos de seguro de responsabilidad civil
- Compensación laboral o cobertura similar

Beneficios que se han agotado

Montos que exceden el Monto permitido o el beneficio máximo de un Servicio cubierto.

Servicios y equipos de biorretroalimentación

Medicamentos botánicos o a base de hierbas y otros medicamentos de venta libre

Cargos por citas rotas

Montos que se facturan por citas rotas, atrasadas o perdidas.

Atención prestada por teléfono, fax, correo electrónico, Internet, excepto la atención cubierta Telemedicina

Dependencia a la cafeína o nicotina

Tratamiento de la dependencia de la cafeína; tratamiento de la dependencia a la nicotina, según se describe en la sección del Programa para dejar de fumar –Quit For Life® conforme a esta Póliza.

Cargos por registros o informes

Cargos separados de los Proveedores por el suministro de registros o informes, excepto aquellos que solicitamos para la revisión de utilización o la administración de casos.

Exclusiones de la cobertura de trastornos por abuso de sustancias

- Alcohólicos Anónimos u otros programas o grupos de apoyo similares para tratar el Trastorno por abuso de sustancias.
- Clases de biorretroalimentación o reducción del estrés.
- Cuidado necesario para obtener refugio, para disuadir el comportamiento antisocial, para disuadir el comportamiento fugitivo o ausente.
- Beneficios para Trastornos por abuso de sustancias que no se enumeran específicamente.
- Evaluaciones ordenadas por la corte cuando no sean Médicamente necesarias.
- Tratamientos ordenados por un tribunal o tratamientos relacionados con el aplazamiento del enjuiciamiento, el aplazamiento de la sentencia o la sentencia suspendida, o tratamientos ordenados como condición para conservar los derechos de conducir, cuando no existe la necesidad médica.
- Cuidado asistencial, incluida la vivienda que no sea parte integral de un nivel de atención Médicamente necesario, como la atención necesaria para obtener refugio, para disuadir el comportamiento antisocial, para disuadir el comportamiento fugitivo o ausente, o para lograr un relevo familiar, inclusive:
 - Servicios de patrullaje de emergencia.
 - Servicios de información o referencia.
 - Escuelas de información.
 - Cuidado a largo plazo o asistencial.
 - Tratamiento sin revisión concurrente continua para garantizar que el tratamiento se proporcione en el entorno menos restrictivo necesario.
- Alojamiento para personas en un Programa hospitalario parcial o un Programa ambulatorio intensivo.
- Trastornos no relacionados con sustancias.
- Hogares grupales terapéuticos, hogares comunitarios residenciales, escuelas terapéuticas, programas basados en la aventura o en la naturaleza, u otros programas similares.

Cirugía y servicios cosméticos

- Servicios o suministros (incluidos medicamentos) prestados con fines cosméticos o cirugía plástica, ya sean de naturaleza cosmética o reconstructiva, independientemente de si se prestan para restaurar, mejorar, corregir o alterar la apariencia o la forma de una estructura corporal, incluidas las complicaciones directas o indirectas y los efectos posteriores de las mismas, excepto las cirugías de feminización facial y otros tratamientos faciales de afirmación del género, como el afeitado traqueal, la electrólisis capilar y otros cuidados como mastectomías, reducciones de senos, implantes mamarios o cualquier combinación de procedimientos de afirmación del género, incluidas las revisiones previas al tratamiento.

Las únicas excepciones a esta exclusión son:

- Reparación de un defecto que sea el resultado directo de una Lesión o Enfermedad, siempre que dicha reparación se complete dentro de los 12 meses posteriores a la fecha del evento.
- Reparación de la anomalía congénita del hijo Dependiente desde el momento del nacimiento.

- Cirugía de reconstrucción de mamas en relación con una mastectomía, excepto según lo especificado en el beneficio de Procedimientos plásticos y reconstructivos.
- Corrección de trastornos funcionales tras nuestra revisión y aprobación.

Servicios de consejería, educación o capacitación

- Clases y programas de bienestar comunitario que promueven la salud y el estilo de vida. Ejemplos de estas clases y programas son RCP para adultos, niños o bebés, clases de seguridad, habilidades para el cuidado de niños, prevención del dolor de espalda, manejo del estrés, seguridad en la bicicleta o habilidades para padres.
- Servicios de consejería, educación o capacitación, excepto según lo establecido en los beneficios de Servicios para trastornos por abuso de sustancias, Servicios profesionales, Educación sobre diabetes y Educación nutricional para personas con diabetes, o para la Atención médica mental, o para servicios que cumplan con los estándares para servicios médicos preventivos en el beneficio de Cuidado preventivo. Esto incluye la asistencia vocacional y el alcance; la consejería social, sexual y de acondicionamiento físico; consejería familiar y conyugal; y psicoterapia familiar y marital, excepto cuando sea Médicamente necesario tratar el Trastorno o los trastornos mentales o de abuso de sustancias diagnosticados de un Miembro.
- Servicios no médicos, tales como consejería espiritual, de duelo, legal o financiera.
- Terapia recreativa, vocacional o educativa; programas de nivel de ejercicio o mantenimiento.
- Terapia social o cultural.
- Terapia de gimnasia o natación.

Servicios ordenados por un tribunal

Servicios ordenados por un tribunal, servicios relacionados con un enjuiciamiento diferido, sentencia diferida o suspendida, o con los derechos de conducir, excepto según lo considere médicamente necesario CHPW.

Cuidado asistencial

Cuidado asistencial, excepto el cuidado para enfermos terminales (consulte los beneficios de Cuidado médico en el hogar y Cuidado para enfermos terminales).

Servicios dentales

Servicios dentales, de cirugía oral o relacionados con la ortodoncia, incluidos los siguientes:

- Cuidado de los dientes o estructuras dentales.
- Daño en los dientes debido a morder o masticar.
- Servicios dentales después de una lesión en dientes naturales sanos. Sin embargo, tienen cobertura los servicios o aparatos necesarios para el tratamiento médico o como resultado de este, si el servicio es de emergencia o requiere la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radioterapia de enfermedad neoplásica.
- Radiografías dentales.
- Extracciones de dientes, impactados o de otro tipo (excepto según lo cubierto por el plan).
- Ortodoncia.

- Cirugía ortognática, excepto cuando esté relacionada con la ATM, la apnea del sueño o la reparación de una anomalía congénita.
- Servicios para corregir la mala posición de los dientes.

Los cargos por el DME y los suministros médicos que se enumeran a continuación:

- Equipos de biorretroalimentación.
- Dispositivos de comunicación electrónicos o de teclado.
- Equipos o suministros cuyo propósito principal es prevenir Enfermedades o Lesiones.
- Equipo para hacer ejercicio.
- Artículos no fabricados exclusivamente para el tratamiento terapéutico directo de una Enfermedad o paciente lesionado.
- Artículos principalmente para comodidad, conveniencia, actividades deportivas/recreativas o uso fuera del hogar.
- Artículos de venta libre (excepto muletas, andadores, sillas de ruedas estándar, suministros para la diabetes y suministros de ostomía Medicamente necesarios, que están cubiertos).
- Artículos de comodidad personal, incluidos aires acondicionados, rollos lumbares, almohadillas térmicas, pañales o artículos de higiene personal.
- Dispositivos de fototerapia relacionados con el trastorno afectivo estacional.
- Equipos de apoyo y artículos adaptables al entorno, incluidos: pasamanos, elevadores de sillas, rampas, sillas para ducha, inodoros portátiles, elevadores para automóviles, elevadores y modificaciones realizadas en la casa, el lugar de trabajo o el vehículo del paciente.
- Los siguientes Equipos/suministros médicos: asientos o cochecitos de seguridad regulares o especiales, sillas de paseo, sistemas o suministros de filtración/purificación de aire, purificadores de agua, colchones alérgicos, sillas ortopédicas u otras sillas especiales, almohadas, equipos de entrenamiento para no mojar la cama, bañeras de hidromasaje, vaporizadores, humidificadores de habitaciones, bañeras de hidromasaje u otros tipos de bañeras, unidades de luz UV u otras unidades de luz para el hogar, equipos y suministros para análisis de sangre en el hogar (excepto equipos y suministros para la diabetes, y medidores de anticoagulación domiciliarios).

Medicamentos y suplementos alimenticios

Medicamentos de venta libre, soluciones, suministros y suplementos alimenticios y nutricionales, excepto según lo especificado en los beneficios Nutricionales y de Fórmulas dietéticas; medicamentos o dispositivos a base de hierbas, naturopáticos u homeopáticos; análisis capilar; y vitaminas que no requieren receta, salvo que lo exija la ley.

Terapia ambiental

Terapia diseñada para proporcionar un entorno supervisado o cambiado.

Servicios experimentales o en investigación

Cualquier servicio o suministro que CHPW determine que es Experimental o en investigación en la fecha en que se proporciona, y cualquier complicación directa o indirecta o secuela de los mismos. Nuestra determinación se basa en los criterios establecidos en la sección *Definiciones* en Experimental o En investigación. Si CHPW determina que un servicio es Experimental o En investigación y, por lo tanto, no está cubierto, puede apelar nuestra decisión.

Tenga en cuenta: Esta exclusión no se aplica a ciertos servicios Experimentales o En investigación prestados como parte de ensayos clínicos aprobados. La determinación del beneficio se basa en los criterios especificados en el beneficio de *Ensayos clínicos*.

Familiares o voluntarios

Servicios o suministros que usted se proporcione a sí mismo o que le proporcione un Proveedor que esté relacionado con usted por sangre, matrimonio o adopción. Ejemplos de dichos Proveedores son su cónyuge, padre o hijo. Servicios o suministros prestados por voluntarios, excepto según lo especificado en los beneficios de Cuidado médico en el hogar y Cuidado para enfermos terminales.

Instalaciones médicas gubernamentales

Cualquier cargo por parte de un centro que sea propiedad de los Estados Unidos o esté operado por ellos, o cualquier gobierno estatal o local, a menos que el Suscriptor esté legalmente obligado a pagar, sin incluir: (i) los gastos cubiertos prestados por un Centro médico propiedad u operado por el Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE. UU. cuando los servicios se presten a un Suscriptor por una Enfermedad o Lesión no relacionada con el servicio; y (ii) los gastos cubiertos prestados por un Centro Médico Militar de los Estados Unidos a los Suscriptores que no están en servicio militar activo.

Alopecia

- Medicamentos, suministros, equipos o procedimientos para reemplazar el cabello, retrasar la caída del cabello o estimular el crecimiento del cabello
- Prótesis capilares, como pelucas, tejidos capilares, trasplantes e implantes

Atención auditiva

Exámenes y programas de audición de rutina, o tratamiento para la pérdida de la audición, incluidos los audífonos implantados quirúrgicamente o usados externamente, y la cirugía y los servicios necesarios para implantarlos. La excepción a esta exclusión son los implantes cocleares, que están cubiertos.

La atención médica en el hogar que se indica a continuación:

- Cuidado asistencial
- Enfermería privada
- Servicios de limpieza o comidas
- Atención de mantenimiento
- Servicios de atención por turnos o por horas

Cuidado para enfermos terminales enumerado a continuación:

- Cuidado asistencial o atención de mantenimiento, excepto los cuidados paliativos para el paciente con una enfermedad terminal, sujetos a los límites establecidos
- Enfermería privada
- Servicios de asesoramiento financiero o legal
- Servicios de limpieza o comidas
- Servicios prestados por un Suscriptor o por la Familia o Voluntarios del paciente

- Servicios que no figuran específicamente como servicios para enfermos terminales cubiertos por el plan
- Equipos de apoyo, como pasamanos o rampas
- Transporte

Limitaciones de los beneficios de la hormona del crecimiento humano

La cobertura de la hormona del crecimiento humano se proporciona únicamente bajo el beneficio de Medicamentos recetados de medicamentos especializados. La hormona del crecimiento humano no está cubierta para tratar la baja estatura idiopática sin deficiencia de la hormona del crecimiento.

Tratamiento para la infertilidad y reversión de la esterilización enumerados a continuación:

- Tratamiento de la infertilidad, incluidos procedimientos, suministros y medicamentos.
- Todas las técnicas de fertilización asistida, independientemente de la razón o el origen de la afección, incluida la inseminación artificial, la fertilización in vitro y el trasplante intrafalopiano de gametos (GIFT), y cualquier complicación directa o indirecta de estos.
- Reversión de la esterilización quirúrgica, incluidas las complicaciones directas o indirectas de esta.

El cuidado de salud mental que se detalla a continuación:

- Programas basados en la aventura o en la naturaleza que se centran principalmente en la educación, la socialización o la delincuencia.
- Clases de biorretroalimentación, manejo del dolor y reducción del estrés.
- Consejería en ausencia de Enfermedad, que no sea consejería familiar cuando el paciente es un niño o adolescente con un diagnóstico cubierto y la consejería familiar es parte del tratamiento para servicios de salud mental.
- Evaluaciones ordenadas por un tribunal, a menos que sean Médicamente necesarias.
- Cuidado asistencial, incluida la vivienda que no sea parte integral de un nivel de atención Médicamente necesario, como la atención necesaria para obtener refugio, para disuadir el comportamiento antisocial, para disuadir el comportamiento fugitivo o ausente, o para lograr un relevo familiar.
- Alojamiento para personas en un Programa hospitalario parcial o un Programa ambulatorio intensivo.
- Consejería matrimonial y de pareja.
- Terapia familiar, en ausencia de un diagnóstico de salud mental aprobado.
- Terapias alternativas no tradicionales que no se basan en las técnicas y teorías aceptables de la Asociación Americana de Psiquiatría y Psicología.
- Entrenamiento de sensibilidad.
- Disfunciones sexuales y trastornos parafilicos.
- Hogares grupales terapéuticos, hogares comunitarios residenciales, escuelas terapéuticas, programas basados en la aventura o en la naturaleza, u otros programas similares.
- Diagnósticos con el código "V" del DSM, excepto en los casos cubiertos por el beneficio de Servicios de trastornos de salud mental y de Abuso de sustancias.

Condiciones militares y relacionadas con la guerra, incluidos los actos ilegales que se enumeran a continuación:

- Actos de guerra, declarados o no declarados, incluidos los actos de invasión armada;
- Servicio en las fuerzas armadas de cualquier país, incluidas la Fuerza Aérea, el Ejército, la Guardia Costera, la Infantería de Marina de los EE. UU., la Guardia Nacional, la Armada o las fuerzas civiles o unidades auxiliares de los mismos. Esta exclusión no se aplica al personal militar activo o retirado de los EE. UU. ni sus Dependientes, que estén inscritos en el programa TRICARE. Los beneficios de este plan se proporcionarán de manera primaria a los beneficiarios de TRICARE de acuerdo con la ley federal.
- La comisión por parte de un Miembro de un acto de motín o insurrección.
- La comisión de un delito grave o acto de terrorismo por parte de un Miembro.

Sin cargo o no tiene que pagar legalmente

- Servicios por los que no se cobra nada, o por los que no se habría cobrado nada si este plan no estuviera en vigor.
- Servicios por los cuales no tiene que pagar legalmente, excepto según lo exija la ley en el caso de servicios de centros de salud calificados federalmente.

No cubierto por este plan

- Servicios o suministros solicitados cuando este plan no está vigente, o cuando el receptor no está cubierto por este plan.
- Servicios o suministros prestados a otra persona que no sea un Miembro.
- Servicios o suministros directamente relacionados con cualquier condición, o relacionados con cualquier otro servicio o suministro, que no esté cubierto por este plan.
- Ni los Miembros ni este plan son responsables del pago de los servicios prestados por los Proveedores Dentro de la red que constituyan “eventos adversos graves” o “eventos que nunca ocurren”, ni de ningún cuidado de seguimiento relacionado con un “evento adverso grave” o un “evento que nunca ocurre”. Los “eventos adversos graves” y los “eventos que nunca ocurren” son errores médicos incluidos en una lista publicada a nivel nacional que se encuentra en el sitio web de los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): [cms.gov](https://www.cms.gov). Estos eventos se identifican mediante códigos de diagnóstico específicos, códigos de procedimiento y códigos indicadores de presencia en el momento de la admisión. Los Proveedores Dentro de la red no pueden facturar a los Miembros por servicios relacionados con un “evento adverso grave” ni por un “evento que nunca ocurre”, ni por ningún tipo de cuidado relacionado o de seguimiento, y los Miembros están exentos de responsabilidad por los cargos por todos esos servicios.
 - Un “evento adverso grave” significa una lesión hospitalaria causada por el manejo médico, en lugar de una enfermedad subyacente, y que prolongó la hospitalización o produce una discapacidad en el momento del alta.
 - Un “evento que nunca ocurre” es un evento que nunca debería ocurrir, como una cirugía en un paciente o en una parte del cuerpo equivocados, o la realización de una cirugía incorrecta. No todos los errores médicos son “eventos adversos graves” o “eventos que nunca ocurren”.

No es Medicamento necesario

- Servicios o suministros que no son Medicamento necesarios, incluso si el servicio o suministro es ordenado por un tribunal. Esta exclusión incluye lugares de servicio, como atención hospitalaria para pacientes internados.
- Admisiones en hospitales solo con fines de diagnóstico, a menos que los servicios no puedan prestarse sin el uso de instalaciones hospitalarias para pacientes internados, o que su afección médica haga que la atención de pacientes hospitalizados sea Medicamento necesaria.
- Cualquier día de cuidado de pacientes hospitalizados que exceda la duración de la estadía que sea Medicamento necesaria para tratar su afección.
- Exámenes físicos, informes o servicios relacionados con el fin de obtener o mantener empleo, seguro, licencias o permisos de cualquier tipo, admisión escolar, autorizaciones deportivas escolares, inmigración, viajes al extranjero, investigación médica, campamentos o licencias gubernamentales, u otras razones no relacionadas con las necesidades médicas.

Servicios para la obesidad (quirúrgicos y farmacéuticos)

No se proporcionan beneficios para tratamientos quirúrgicos y farmacéuticos de la obesidad o la obesidad mórbida, ni para complicaciones directas o indirectas, servicios de seguimiento ni para sus secuelas. Esta exclusión se aplica incluso si usted también tiene una Enfermedad o Lesión que podría verse favorecida por la pérdida de peso.

Atención en línea o telefónica

Servicios de cuidado médico prestados electrónicamente, en línea, o a través de Internet o por teléfono, incluido el fax o el correo electrónico, excepto las consultas de Telemedicina cubiertas.

Servicios de ortodoncia

Ortodoncia, independientemente de la afección subyacente, incluidos yesos, modelos, radiografías, fotografías, exámenes, aparatos, aparatos ortopédicos y retenedores.

Cirugía ortognática y suministros

Procedimientos para alargar, acortar o aumentar la mandíbula, incluida la cirugía ortognática o maxilofacial, sin importar la afección subyacente. Las únicas excepciones a esta exclusión son la reparación de una anomalía congénita de un niño y la cirugía relacionada con la ATM o la apnea del sueño.

Fuera del alcance de la licencia o certificación de un Proveedor

Servicios o suministros que están fuera del alcance de la licencia o certificación del Proveedor, o que son proporcionados por un proveedor que no está autorizado o certificado por el estado en el que se recibieron los servicios o suministros.

Fuera de los Estados Unidos

Los servicios y suministros de atención médica que no son de emergencia no están cubiertos cuando se proporcionan o reciben fuera de los Estados Unidos.

Artículos de confort o conveniencia personal

- Artículos para su conveniencia o la de su familia, incluidos los gastos del Centro médico, y servicios de naturaleza personal o artículos de cuidado personal, como comidas para invitados, cargos telefónicos de larga distancia, cargos de radio o televisión, o cargos de peluquero o esteticista.
- Gastos normales de subsistencia, como alimentos, ropa y suministros domésticos; servicios de limpieza, excepto los de un asistente de cuidado médico en el hogar, según lo prescrito por el plan de atención (consulte los beneficios de Cuidado médico en el hogar y Cuidado para enfermos terminales); y servicios de transporte.
- Asistencia nutricional, como Meals on Wheels o programas similares.

Servicios plásticos y reconstructivos como los que se enumeran a continuación:

- Abdominoplastia/paniclectomía.
- Complicaciones resultantes de servicios no cubiertos.
- Servicios cosméticos, suministros o cirugía para reparar, modificar o remodelar una estructura corporal funcional para mejorar la apariencia o la autoestima del paciente; excepto las cirugías de feminización facial y otros tratamientos faciales de afirmación del género, como el afeitado traqueal, la electrólisis del cabello y otros cuidados, como mastectomías, reducciones mamarias, implantes mamarios o cualquier combinación de procedimientos de afirmación del género, incluidas las revisiones del tratamiento anterior.
- Dermoabrasión, peelings químicos o procedimientos cutáneos para mejorar la apariencia o para eliminar cicatrices o tatuajes.

Servicios de enfermería privada

Servicios de enfermería privada prestados dentro o fuera del entorno hospitalario.

Reparación o reemplazo de artículos no utilizados de acuerdo con las instrucciones o recomendaciones del fabricante

Reemplazo de artículos perdidos o robados, como Medicamentos recetados, prótesis o DME Atención preventiva o de rutina

- Cargos por servicios o artículos que no cumplan con las guías federales para servicios preventivos que se describen en el beneficio de Cuidado preventivo, excepto según lo exija la ley.
- Atención de rutina de los pies para quienes no tienen diabetes.
- Exámenes para evaluar una discapacidad médica o relacionada con el trabajo.

Servicios o suministros recibidos sin cargo de un departamento médico mantenido por un empleador, una asociación de beneficio mutuo, un sindicato, un fideicomisario o un grupo similar

Servicios o suministros requeridos por un empleador como condición de empleo

Servicios prestados por un spa, un club de salud o un gimnasio, excepto los servicios Médicamente necesarios prestados dentro del alcance de la licencia del Proveedor

Servicios prestados por el clero

Disfunción sexual

Diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales, independientemente de su origen o causa; tratamiento quirúrgico, médico o psicológico de la impotencia o la frigidez, incluidos los fármacos, medicamentos e implantes de pene u otros; y las complicaciones directas o indirectas y sus secuelas.

Exclusiones de cobertura de Centros de enfermería especializada

- Cuidado asistencial.
- Atención que es principalmente para el deterioro senil, la deficiencia o el retraso mental, o el tratamiento del Trastorno por abuso de sustancias.

Tratamiento de los ronquidos (quirúrgico u otro)

Dietas especiales, suplementos nutricionales, vitaminas y minerales, u otras fórmulas o suplementos dietéticos, excepto los cubiertos por el plan

Educación especial para personas con discapacidades del desarrollo, que no sean servicios de terapia del habla, ocupacional, física y auditiva; y dispositivos aprobados por la FDA diseñados para ayudar a un Miembro y que requieren una receta para dispensar

Lentes intraoculares especializados, asociados con la cirugía de cataratas, que corrigen trastornos de la visión, como lentes multifocales o tóricos

Cargos de la madre sustituta, a menos que la madre sustituta sea elegible para el plan en el momento en que se prestaron los servicios

Procedimientos quirúrgicos para corregir errores de refracción, astigmatismo o reversiones o revisiones de procedimientos quirúrgicos que alteran el carácter refractivo del ojo

Exclusiones de la cobertura de trasplantes

- Trasplantes de animales a humanos.
- Complicaciones derivadas del procedimiento de donación si el donante no es Miembro del plan.
- Gastos del donante para un Miembro del plan que done un órgano o médula ósea; sin embargo, las complicaciones derivadas de la donación están cubiertas como cualquier otra Enfermedad, en la medida en que no estén cubiertas por el plan de salud del receptor.
- Trasplantes considerados experimentales o de investigación, según lo define el plan.

Exámenes de la visión

Salvo en los casos cubiertos por el beneficio Pediátrico de la visión, los exámenes de visión de rutina para evaluar la agudeza visual o para recetar cualquier tipo de equipo para la visión solo están cubiertos como se describe en el beneficio de Exámenes de visión, si este plan incluye uno.

Artículos para la visión

Salvo en los casos cubiertos por el beneficio Pediátrico de la visión, no están cubiertos los siguientes servicios:

- Los artículos para la visión (y sus accesorios) que se utilizan para mejorar la agudeza visual, incluidos anteojos, lentes de contacto y suministros relacionados, están cubiertos únicamente como se describe en el beneficio de artículos para la visión, si este plan incluye uno, o en el beneficio de DME.
- Los anteojos y lentes de contacto no recetados, los anteojos de sol, los lentes sensibles a la luz y otros dispositivos para la visión de propósito especial, como los accesorios de aumento, nunca están cubiertos por este plan, incluso si están recetados.

Terapia de la visión

Terapia de la visión, ejercicios oculares o cualquier tipo de entrenamiento para corregir el desequilibrio muscular del ojo (ortóptica) y pleóptica. Este plan tampoco cubre el tratamiento o la cirugía para mejorar el carácter refractivo de la córnea, incluido el tratamiento de los resultados de dicho tratamiento o cirugía.

Educación no Médicamente necesaria y rehabilitación vocacional, endurecimiento del trabajo u otros programas de capacitación, sin importar el diagnóstico o los síntomas

Programas de pérdida y control de peso

Los programas de pérdida de peso y control de peso no incluidos en la descripción que se encuentra en la sección *Detalles de los beneficios médicos* no están cubiertos por este plan.

Afecciones relacionadas con el trabajo

- Cualquier enfermedad, lesión u otra afección que surja de o en el curso del empleo, por la cual el Miembro tenga derecho a recibir beneficios, ya sea que se haya presentado o no una Reclamación adecuada y oportuna de dichos beneficios, conforme a:
 - La cobertura ocupacional requerida u obtenida voluntariamente por el empleador del Miembro.
 - Las leyes estatales o federales de compensación laboral.
 - Cualquier ley legislativa que proporcione compensación por enfermedad o lesión relacionada con el trabajo

ELEGIBILIDAD

Para ser aceptadas para la inscripción y la cobertura continua en virtud de este Acuerdo, las personas deben completar una Solicitud de inscripción individual en Cascade Select de CHPW, incluidas las firmas necesarias y otros reconocimientos, o haberse inscrito a través del Intercambio de Beneficios de Salud de Washington, y deben cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos en este documento.

Área de servicio

La cobertura en virtud de este Acuerdo está disponible para los residentes de los siguientes condados del estado de Washington: Adams, Asotin, Benton, Chelan, Clallam, Columbia, Douglas, Ferry, Franklin, Grant, Jefferson, King, Kitsap, Kittitas, Lewis, Lincoln, Mason, Okanogan, Pierce, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Walla Walla, Whitman, Yakima. Estos condados se denominan el Área de servicio para este Acuerdo. Debe mantener su residencia permanente principal en el Área de servicio para continuar recibiendo cobertura en virtud de este Acuerdo.

Suscriptor

El Suscriptor no debe tener 65 años o más, ni tener derecho a Medicare ni estar inscrito en Medicare, en la fecha en que comenzaría la cobertura en virtud de este Acuerdo. Un Suscriptor no debe haber tenido ningún contrato previo de cobertura de cuidado médico emitido por CHPW rescindido por causa justificada.

Dependientes

El Suscriptor también puede inscribir a los siguientes Dependientes que hayan establecido y mantengan los requisitos de elegibilidad en virtud de este Acuerdo:

- El cónyuge del Suscriptor, incluidas las parejas de hecho registradas en el estado; y
- Los hijos del Suscriptor menores de 26 años. Un “hijo” se define como un hijo del Suscriptor o su cónyuge, incluidos los hijos de la pareja doméstica registrada en el estado de un Suscriptor, hijos adoptivos al asumir una obligación legal de manutención parcial o total de un niño en anticipación de la adopción, hijastros, hijos para quienes el Suscriptor tiene una orden judicial calificada para proporcionar cobertura, y cualquier otro hijo que resida de forma permanente y regular con el Suscriptor.

La elegibilidad puede extenderse más allá de la edad límite para una persona inscrita como Dependiente en su cumpleaños número 26, si el Dependiente es totalmente incapaz de tener un empleo autosuficiente debido a una discapacidad física o del desarrollo incurrida mientras era elegible e inscrito en virtud del Acuerdo, y depende principalmente del Suscriptor para su apoyo y mantenimiento. La inscripción de dicho Dependiente puede continuar mientras dure la incapacidad total continua, siempre que la inscripción no termine por cualquier otro motivo. Debe proporcionarse un comprobante médico de la incapacidad y una prueba de dependencia financiera a CHPW cuando se solicite, pero no con más frecuencia que anualmente después del período de 2 años luego de que el Dependiente alcance la edad límite.

Cobertura temporal para recién nacidos

Cuando un Suscriptor o Miembro da a luz, su hijo recién nacido tendrá derecho a los beneficios establecidos en la sección *Beneficios* desde el nacimiento hasta las 3 semanas de edad. Después de las 3 semanas de edad, no hay beneficios disponibles a menos que el hijo recién nacido califique como Dependiente y esté inscrito en este Acuerdo. Se aplicarán todas las cláusulas contractuales, limitaciones y exclusiones.

INSCRIPCIÓN

Solicitud de inscripción

La solicitud de inscripción debe hacerse a través del Intercambio de Beneficios de Salud de Washington, o completando una Solicitud de Inscripción Individual de Cascade Select de CHPW, durante la inscripción abierta o el Período de Inscripción Especial. Los solicitantes no serán inscritos, y no se aceptarán primas, hasta que la información de la solicitud completa haya sido recibida y aprobada por CHPW.

CHPW se reserva el derecho de rechazar la inscripción de cualquier persona cuya cobertura en virtud de cualquier contrato de cobertura médica emitido por CHPW haya sido cancelada por causa justificada.

Personas recientemente elegibles

Se debe presentar una solicitud por escrito para la inscripción de un hijo recién nacido a CHPW dentro de los 60 días posteriores a la fecha de nacimiento si hay un cambio en el pago de la prima mensual como resultado del Dependiente adicional. Se debe presentar una solicitud por escrito para la inscripción de un niño adoptado a CHPW dentro de los 60 días a partir de la fecha en que el niño se coloca con el Suscriptor con el propósito de adopción, o el Suscriptor asume el apoyo financiero total o parcial del niño si hay un cambio en el pago de la prima mensual como resultado del Dependiente adicional.

Inscripción especial

CHPW permitirá la inscripción especial para personas en circunstancias en las que las leyes o regulaciones federales o estatales vigentes establezcan una inscripción especial, llamadas Eventos calificados. Después de la ocurrencia de un Evento calificado que se enumera a continuación, la persona que experimenta el Evento calificado tiene un período de inscripción especial de 60 días para solicitar cobertura, incluida la cobertura para cualquier Dependiente. Las solicitudes de cobertura deben recibirse dentro de los 60 días posteriores a la ocurrencia del Evento calificado. Es posible que le pidamos que proporcione pruebas o documentación razonables de que ha experimentado un Evento calificado.

- Matrimonio o pareja de hecho, incluida la elegibilidad como dependiente de una persona que se casa o entra en una pareja de hecho.
- Nacimiento, colocación o adopción de la persona para la que se solicita la cobertura.
- Un cambio permanente en la situación de residencia, trabajo o vivienda, ya sea dentro de la elección de la persona o no, cuando el plan de salud bajo el cual la persona estaba cubierta no proporciona cobertura en la nueva área de servicio de esa persona o cuando un cambio permanente en la residencia de la persona resulta en una nueva elegibilidad para los planes de salud calificados que previamente no estaban disponibles.
- Pérdida de la cobertura, incluida la cobertura de dependientes, como resultado de la separación legal o la disolución de un matrimonio o la terminación de una pareja de hecho.
- Pérdida de la condición de Dependiente debido a la edad.

- Pérdida de otra cobertura, incluyendo:
 - La pérdida de la cobertura esencial mínima, incluida la cobertura patrocinada por el empleador, o la pérdida de la cobertura de una persona bajo cuya póliza se inscribió el solicitante, a menos que la pérdida se base en la tergiversación de la persona previamente cubierta de un hecho material que afecta la cobertura o por fraude relacionado con la cobertura de salud discontinuada.
 - Pérdida de cobertura debido a la muerte de un empleado bajo cuya cobertura el individuo era un Dependiente.
 - Pérdida de cobertura, incluida la cobertura de Dependientes, debido a la terminación del empleo, una reducción en el número de horas trabajadas o la interrupción de las contribuciones del empleador.
 - El Intercambio de Beneficios de Salud de Washington suspende la cobertura de un plan de salud calificado y el período de gracia de 3 meses para la continuación de la cobertura ha expirado.
 - Si el solicitante ha discontinuado la cobertura de un plan de salud ofrecido de conformidad con el Capítulo 48.41 del RCW.
 - Una situación en la que un plan ya no ofrece ningún beneficio a la clase de personas en situación similar, que incluye a la persona que solicita la cobertura.
 - Pérdida de cobertura debido a errores del personal del Intercambio de Beneficios de Salud de Washington o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU..
 - Interrupción de la cobertura bajo el Fondo de Seguros de Salud del estado de Washington (WSHIP).
Pérdida de cobertura bajo COBRA, incluido el agotamiento de la cobertura de COBRA debido a que el empleador no remite la prima, y pérdida de cobertura de COBRA cuando la persona ha excedido el límite de por vida en el plan y no hay otra cobertura de COBRA disponible.
- La pérdida de elegibilidad para Medicaid o para un programa público que brinda beneficios de salud.
- El solicitante demuestra al Intercambio de Beneficios de Salud de Washington que el plan de salud calificado en el que estaba inscrito violó una disposición material del contrato de cobertura en relación con el solicitante.
- El solicitante o su(s) Dependiente(s), según se define en RCW 48.43.005, que no eran previamente ciudadanos estadounidenses, individuos con presencia nacional o legal, obtienen dicho estatus.
- El solicitante se convierte recientemente en elegible o no elegible para el pago anticipado de créditos tributarios de prima, tiene un cambio en la elegibilidad para las reducciones de costos compartidos, o el Dependiente del solicitante, según se define en la sección 54.9801-2 del título 26 del Código de Regulaciones Federales (CFR), se convierte en elegible.
- Se determina que el solicitante de su Dependiente que actualmente está inscrito en la cobertura patrocinada por el empleador es nuevamente elegible para el pago por adelantado del crédito tributario de prima de acuerdo con los criterios establecidos en la sección 155.420(d)(6)(iii) del título 45 del CFR.

Tenga en cuenta que para las personas calificadas que son indígenas estadounidenses o nativas de Alaska, o que se definen como “indígenas” según la ley federal vigente, la inscripción en un plan de salud calificado, o el cambio de un plan de salud calificado a otro, se permite una vez al mes sin requerir un evento calificado adicional que desencadene la inscripción especial.

Fecha de entrada en vigencia de la inscripción

Siempre que se cumplan los criterios de elegibilidad y las solicitudes de inscripción se realicen según lo establecido en esta sección *Inscripción*, la inscripción será efectiva (la “Fecha de entrada en vigencia”) de la siguiente manera:

- La inscripción para un Suscriptor elegible nuevo y sus Dependientes enumerados inscritos durante el período de inscripción abierta (del 1 de noviembre de 2024 al 15 de enero de 2025) será efectiva el 1 de enero de 2025, a menos que el Suscriptor y sus Dependientes se inscriban después del 31 de diciembre de 2024. Los Suscriptores y sus Dependientes que se inscriban del 1 de enero al 15 de enero de 2025 tendrán su cobertura a partir del 1 de febrero de 2025. Estas Fechas de entrada en vigencia se basan en los siguientes criterios:
 - El Suscriptor se ha inscrito a través del Intercambio de Beneficios de Salud de Washington o CHPW ha aprobado la Solicitud de Inscripción Individual en Cascade Select de CHPW del Suscriptor.
 - CHPW ha recibido el primer pago de la prima del Suscriptor, incluidos los montos adeudados por los Dependientes enumerados del Suscriptor.
- La inscripción de un Suscriptor recientemente elegible o sus Dependientes inscritos en un período de Inscripción especial entrará en vigencia el primer día del mes siguiente después de que se cumplan todos los requisitos de elegibilidad, incluido el pago de los montos de las primas aplicables, excepto cuando se aplique uno de los siguientes:
 - Si el Suscriptor se inscribe después del día 20 del mes, la inscripción será efectiva el primer día del segundo mes después de que se reciba la solicitud y se cumplan todos los requisitos de elegibilidad.
 - La inscripción de los recién nacidos es efectiva desde el momento del nacimiento.
 - La inscripción de un hijo adoptado es efectiva a partir de la fecha de adopción o la fecha en que el niño adoptado se coloca con el Suscriptor para su adopción, lo que ocurra primero, o el Suscriptor asume el apoyo financiero total o parcial del niño.

Comienzo de los beneficios para personas hospitalizadas en la Fecha de entrada en vigencia

Los miembros que sean admitidos en un centro para pacientes hospitalizados antes de su fecha de inscripción en virtud de este Acuerdo recibirán beneficios cubiertos a partir de su fecha de entrada en vigencia, según lo establecido en la sección de *Elegibilidad* anterior. Si un Miembro está hospitalizado en un centro Fuera de la red, CHPW se reserva el derecho de exigir el traslado del Miembro a un centro Dentro de la red. El Miembro será transferido cuando un Proveedor Dentro de la red, en consulta con el médico tratante, determine que el Miembro es médicamente estable para hacerlo. Si el Miembro se rehúsa a transferirse a un centro Dentro de la red, todos los servicios recibidos estarán cubiertos por Proveedores Fuera de la red, según se describe en el *Programa de beneficios*.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Eventos que ponen fin a la cobertura

La cobertura finalizará sin previo aviso el último día de un mes por el cual se hayan pagado los Cargos de las primas y en el que ocurra uno de los siguientes eventos:

- Para el Suscriptor y sus Dependientes cuando:
 - Se rescinde el Acuerdo.
 - El siguiente cargo de suscripción mensual no se paga a su vencimiento o dentro del período de gracia.
 - El Suscriptor fallece o ya no es elegible como Suscriptor.
- Para un cónyuge cuando se anula su matrimonio con el Suscriptor, o cuando se separa legalmente o se divorcia del Suscriptor, incluidas las parejas domésticas registradas en el estado, a menos que se presente una solicitud independiente de cobertura médica dentro de los 31 días.
- Para un niño cuando él o ella no cumple con los requisitos para la cobertura de dependientes descritos en la sección *Elegibilidad*.

El Suscriptor debe notificar de inmediato a CHPW cuando un miembro de la familia inscrito ya no sea elegible para inscribirse como Dependiente en este plan.

No cancelaremos la cobertura en virtud de este Acuerdo de forma retroactiva a menos que:

- Un Miembro, o alguien que actúe en su nombre, realice un acto, práctica u omisión que constituya fraude, o haga una tergiversación intencional de un hecho material, según lo prohibido por este Acuerdo.
- La rescisión de la cobertura es efectiva retroactivamente solo en la medida en que no se hayan pagado las Primas ni realizado otras contribuciones al costo de la cobertura.

Rescisión del Acuerdo

Este plan no confiere ningún derecho. La rescisión de este Acuerdo pone fin por completo a toda la cobertura de los Miembros y a todas nuestras obligaciones, salvo que se disponga lo contrario en este Acuerdo.

Certificado de cobertura acreditable

Cuando termine su cobertura bajo este plan, recibirá un Certificado de cobertura acreditable. El certificado proporcionará información sobre el período de cobertura de este plan. Cuando proporcione una copia del certificado a su nuevo plan de salud, es posible que reciba crédito para ciertos períodos de espera. Por lo tanto, es importante que guarde el certificado en un lugar seguro.

Si no ha recibido un certificado o lo ha extraviado, tiene derecho a solicitarnos un certificado dentro de los 24 meses posteriores a la fecha en que finalizó su cobertura. Cuando reciba su Certificado de cobertura acreditable, asegúrese de que la información sea correcta. Póngase en contacto con nosotros si la información enumerada no es precisa.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

Muchos proveedores nos enviarán sus facturas directamente. A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, puede pagar directamente. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquier caso, puede pedirle a nuestro plan que le reembolse los servicios que ya pagó. Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan.

Para que el plan le reembolse los servicios cubiertos o los medicamentos que ya pagó, envíenos su solicitud junto con su factura y la documentación del pago que realizó. Para asegurarse de que nos está proporcionando toda la información que necesitamos, puede rellenar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago. No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-907-1906 para solicitar el formulario.

Para pagos de cobertura de Medicamentos recetados, envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a esta dirección:

Express Scripts, Inc. Attn: Commercial Claims
P.O. Box 14711 Lexington, KY 40512-4711
Fax: (608) 741-5475

Para pagos de Cobertura médica, incluidos los anticonceptivos de venta libre, envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a esta dirección:

CHP Claims
PO Box 269002
Plano, TX 75026-9002

Debe presentar todas las Reclamaciones que el proveedor no presente por usted dentro de los 90 días posteriores al inicio del servicio o dentro de los 30 días posteriores a la finalización del servicio.

La reclamación debe enviarse dentro de los 365 días posteriores a la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

El plan debe recibir las Reclamaciones dentro de los 365 días posteriores al alta por los gastos del Hospital u otro Centro médico, o dentro de los 365 días posteriores a la fecha en que se incurrió en los gastos por cualquier otro servicio o suministro. El plan no proporcionará beneficios para las Reclamaciones que recibamos después de estas fechas.

PREGUNTAS, QUEJAS, RECLAMOS Y APELACIONES

Tiene derecho a ofrecer sus comentarios, hacer preguntas, expresar quejas y solicitar una apelación formal para que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.

Comentarios y preguntas

Llame al Servicio al Cliente si tiene algún comentario o pregunta sobre su plan de beneficios de salud. Los representantes de Servicio al Cliente están disponibles para atender su llamada durante el horario comercial habitual, de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. Le sugerimos que llame a su Proveedor cuando tenga comentarios o preguntas sobre los servicios de atención médica que brinda.

Quejas

Puede llamarnos o escribirnos cuando tenga una queja sobre un beneficio o una decisión de cobertura, el servicio al cliente, la calidad o disponibilidad de un servicio de atención médica, u otros asuntos. Nuestro proceso de quejas permite que Servicio al Cliente corrija errores de manera rápida e informal, aclare los beneficios o tome medidas para mejorar nuestro servicio. Le recomendamos, pero no le exigimos, que aproveche este proceso cuando tenga alguna inquietud sobre un beneficio o una decisión de cobertura. Puede haber ocasiones en las que Servicio al Cliente le pida que envíe su queja para su revisión a través del proceso de apelación formal que se describe a continuación. En esos casos, revisaremos su queja y le notificaremos el resultado de la apelación y las razones de nuestra decisión lo antes posible, pero a más tardar 30 días a partir de la fecha en que recibamos su queja.

Procedimiento de Reclamo

Un Reclamo se refiere a una queja por escrito presentada por usted, o en su nombre, con respecto a cualquier cosa con la que no esté satisfecho, excepto por una determinación adversa de revisión de utilización, como un servicio denegado o una referencia para servicio. Si tiene un Reclamo, usted o su representante pueden presentárnosla en:

Community Health Plan of Washington
Attn: Grievances
1111 Third Ave, Suite 400
Seattle, WA 98101 Fax: (206) 613-8983

Su Reclamo debe incluir:

- Nombre, dirección y número de teléfono del Miembro
- Número de Miembro de CHPW
- La naturaleza del Reclamo
- Por qué está solicitando una reconsideración
- Cualquier cosa que ayude con su Reclamo

Emitiremos una decisión por escrito a usted o a su representante dentro de los 45 días calendario posteriores a la recepción de su Reclamo y toda la información necesaria para que podamos revisarlo. Es posible que nos tomemos tiempo adicional para completar nuestra revisión si establecemos que no es razonable cumplir con el plazo de 45 días debido a nuestra incapacidad de obtener la información necesaria de una persona o entidad no afiliada con nosotros o en virtud de un contrato con nosotros. Le enviaremos una notificación por escrito para informarle la demora y le explicaremos los motivos de la misma. En tales casos, debemos emitir nuestras decisiones dentro de los 45 días posteriores a la recepción de toda la información necesaria.

Si nuestra decisión es adversa para usted, la decisión contendrá:

- Los nombres, cargos y credenciales de calificación de la persona o personas que participan en el proceso de revisión de Reclamos de primer nivel.
- Una declaración de la comprensión de los revisores del reclamo del Miembro y todos los hechos pertinentes.
- La decisión de los revisores en términos claros y la base de su decisión.
- Una referencia a la evidencia o documentación utilizada como base para la decisión.
- Un aviso de su derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington.
- Una descripción del proceso para obtener una revisión de segundo nivel de un Reclamo, los procedimientos y plazos que rigen una revisión de segundo nivel y sus derechos relacionados con una revisión de segundo nivel de su Reclamo.

Apelaciones

Si nos negamos a proporcionar el pago o los beneficios, en su totalidad o en parte, y usted no está de acuerdo con esa decisión, tiene derecho a solicitar que revisemos nuestra determinación a través de un proceso de apelación. El proceso de apelación de este plan se modificará para cumplir, según sea necesario, con cualquier nuevo requisito conforme a las leyes o regulaciones estatales y federales.

Información importante sobre sus derechos de apelación

¿Qué pasa si necesito ayuda para entender una denegación? Comuníquese con nosotros al 1-866-907-1906 de lunes a viernes entre las 8 a.m. y las 5 p.m. si necesita ayuda para comprender un aviso que le enviamos o nuestra decisión de negarle un servicio o cobertura.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con esta decisión? Tiene derecho a apelar cualquier decisión que no le proporcione o no pague un artículo o servicio en su totalidad o en parte.

¿Cómo presento una apelación? Puede presentar una apelación oral o escrita. Puede adjuntar cualquier información o documentación adicional que considere que respaldará su apelación. Tiene 180 días a partir de la recepción de una decisión adversa sobre beneficios para presentar su solicitud a:

Appeals Coordinator
Community Health Plan of Washington
1111 3rd Avenue, Suite 400
Seattle, WA 98101
Fax: (206) 613-8984
Teléfono: 1-866-907-1906

Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, comuníquese con nosotros al 1-866-907-1906 de lunes a viernes entre las 8 a.m. y las 5 p.m.

¿Quién puede presentar una apelación? Usted o alguien que usted designe para que actúe en su nombre (su representante autorizado) puede presentar una apelación. Una vez que haya designado a otra persona para que lo represente, toda la comunicación se envía a esa persona. Para designar a un Representante, debe completar un formulario de consentimiento de apelación. Este formulario no es necesario cuando apela en su propio nombre. Comuníquese con nosotros al 1-866-907-1906 de lunes a viernes entre las 8 a.m. y las 5 p.m. (hora del Pacífico) para obtener este formulario.

¿Puedo proporcionar información adicional sobre mi reclamo? Sí, puede proporcionar información adicional. Puede presentar cualquier información adicional con su solicitud de apelación o dar testimonio en persona o por teléfono.

¿Puedo solicitar copias de la información relevante para mi reclamo? Sí, puede solicitar copias (sin cargo) comunicándose con nosotros al 1-866-907-1906, de lunes a viernes entre las 8 a.m. y las 5 p.m.

¿Qué ocurre luego? Si apela, revisaremos nuestra decisión y le proporcionaremos una determinación por escrito. Si continuamos negando el pago, la cobertura o el servicio solicitado o si no recibe una decisión oportuna, es posible que pueda solicitar una revisión externa de su reclamo por parte de un tercero independiente, quien revisará la denegación y emitirá una decisión final.

Otros recursos de ayuda: Si tiene preguntas sobre sus derechos de apelación, este aviso o si necesita ayuda, puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington. La División de Protección al Consumidor de la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington proporciona servicios de defensoría del pueblo para los consumidores de Washington que tienen preguntas o quejas sobre las apelaciones de atención médica. Puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington en:

Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington
Teléfono: 1-800-562-6900
TDD: 360-725-7080
Fax: 360-586-2018
Correo electrónico: CAP@oic.wa.gov

Determinación adversa de beneficios

Una determinación adversa de beneficios significa una denegación, reducción o terminación de, o una falta de prestación o pago de servicios, en su totalidad o en parte, basada en:

- La elegibilidad de una persona para participar en un plan o cobertura de seguro médico.
- Una determinación de que un beneficio no es un beneficio cubierto.
- Una limitación a un beneficio que de otro modo estaría cubierto.
- Una determinación de revisión de utilización.
- Una determinación de que un servicio es Experimental, En investigación, o que no es Médicamente necesario o apropiado.

Cualquier determinación adversa de beneficios sobre la base de servicios Experimentales o En investigación debe ser realizada por nosotros por escrito dentro de los 20 días hábiles posteriores a la recepción de una solicitud completamente documentada. Cualquier extensión del período de revisión más allá de los 20 días hábiles solo se puede hacer con el consentimiento informado por escrito de la persona cubierta.

Revisión interna

Después de que se le notifique una determinación adversa de beneficios, puede solicitar una apelación o una revisión interna de la determinación adversa de beneficios. Su apelación debe recibirse dentro de los 180 días posteriores a la fecha de recepción de una determinación adversa de beneficios. Su apelación será revisada por personas que no participaron en la determinación adversa inicial de beneficios. Revisarán toda la información relevante para su apelación, incluida cualquier información que envíe antes de nuestra determinación de su apelación, y proporcionarán una determinación por escrito. Si la determinación adversa de beneficios implica un juicio médico, el revisor tendrá, o consultará con un profesional de la salud que tenga, la capacitación y la experiencia adecuadas en los campos médicos relevantes que abarcan su afección, y tomará una determinación que esté dentro del estándar de atención clínica aplicable.

Le enviaremos una notificación por escrito acusando recibo de su solicitud de apelación dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a la recepción de su apelación. Le proporcionaremos cualquier evidencia o justificación nuevas que consideremos al revisar su apelación sin costo alguno para usted. Puede solicitar tiempo adicional para responder a cualquier evidencia o justificación nuevas que consideremos. Le notificaremos por escrito de nuestra decisión dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su apelación, a menos que le notifiquemos que es necesaria una extensión a 30 días para completar la apelación. Si se necesitan 30 días para completar su apelación, le notificaremos por escrito sobre la extensión y el motivo de la extensión. Si necesitamos más de 30 días a partir del día en que recibimos su apelación, debemos obtener su consentimiento por escrito para cualquier extensión de más de 30 días. Si no está satisfecho con nuestra decisión, puede ser elegible para solicitar una revisión externa, como se describe a continuación.

Presentación de apelaciones

Usted o su representante autorizado pueden presentar una apelación llamando al Servicio al Cliente o escribiéndonos a la dirección que se indica a continuación. Debemos recibir su solicitud de apelación dentro de los 180 días calendario a partir de la fecha en que se le notificó la determinación adversa de beneficios.

Si está hospitalizado o de viaje, o por otra causa razonable fuera de su control, ampliaremos este plazo hasta 180 días calendario para permitirle obtener documentación médica adicional, consultas médicas u opiniones. Puede presentar su solicitud de apelación oral o escrita a:

Community Health Plan of Washington Cascade Select
Attn: Appeals Coordinator
1111 Third Avenue, Suite 400
Seattle, WA 98101
Fax: (206) 652-7050 Tel.: 1-866-907-1906

Si necesita ayuda para presentar una apelación o desea una copia del proceso de apelación, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-907-1906, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Si tiene problemas de audición o del habla, llame a TTY 711.

Apelaciones aceleradas

Usted o su representante autorizado pueden solicitar una Apelación acelerada si: actualmente está recibiendo o se le ha recetado tratamiento o beneficios que terminarían debido a la determinación adversa de beneficios; o si su Proveedor cree que una demora en el tratamiento basada en el tiempo de revisión estándar puede poner en grave peligro su vida, su salud en general o su capacidad para recuperar la función máxima, o lo sometería a dolores intensos e intolerables; o si la determinación adversa de beneficios está relacionada con una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua o servicios de salud de emergencia y usted no ha sido dado de alta de la sala de emergencia o de los servicios de transporte. Puede solicitar una Apelación acelerada oralmente o por escrito, comunicándose con el Servicio al Cliente como se muestra arriba. Si es elegible para una revisión externa, también puede solicitar una revisión externa acelerada al mismo tiempo que solicita una apelación interna acelerada.

Puede enviar información para ayudarnos en la revisión de su solicitud. Consideraremos toda la información que envíe antes de tomar una determinación. También puede revisar y copiar nuestros registros e información relevante para su Apelación sin costo alguno. Su solicitud será revisada por médicos apropiados en la misma especialidad o en una especialidad similar que normalmente manejaría el caso que se está revisando, y que no participaron en la determinación adversa inicial de beneficios.

Responderemos a su solicitud de Apelación acelerada lo antes posible y, en ningún caso, más de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud de Apelación acelerada. Podemos informarle de nuestra decisión verbalmente, pero también le enviaremos una copia escrita de nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la fecha de la decisión. Si necesitamos información adicional para tomar una determinación, solicitaremos esta información tan pronto como sea posible después de recibir su solicitud de una Apelación acelerada.

Apelaciones relacionadas con la atención continua

Si apela una decisión de cambiar, reducir o finalizar la cobertura de la atención continua para un curso de tratamiento previamente aprobado porque el servicio o el nivel de servicio ya no es médicamente necesario o apropiado, suspenderemos nuestra denegación durante el período de apelación interna, incluido cualquier período de Revisión externa. Nuestra provisión de beneficios por los servicios recibidos durante el período de apelación interna no revierte, ni se interpretará en el sentido de que revierte nuestra denegación. Si se confirma nuestra decisión, debe reembolsarnos todos los montos que pagamos por dichos servicios. También será responsable de cualquier diferencia entre nuestro Monto permitido y el cargo facturado por el Proveedor.

Revisión externa

Usted puede solicitar la revisión de una determinación de CHPW por parte de una Organización de Revisión Independiente (“IRO”) certificada si: (i) no está satisfecho con nuestra resolución de su Apelación, o (ii) hemos concedido su solicitud de una revisión externa de la solicitud de Excepción al formulario o (iii), ha recibido una determinación adversa en virtud de la Ley de Protección de Facturación de Saldo del estado de Washington o la Ley Sin Sorpresas federal. Una IRO es una organización independiente de revisores médicos que están certificados por el Comisionado para revisar la información médica y otra información relevante.

La revisión por parte de una IRO se denomina Revisión externa. No hay ningún costo para usted por una revisión externa.

Debemos recibir su solicitud de revisión externa dentro de los 180 días posteriores a la fecha de nuestra determinación adversa interna final de beneficios. También puede solicitar una Revisión externa si no cumplimos con los plazos anteriores para resolver su apelación y no tenemos una buena causa para la demora. Es posible que le solicitemos que complete nuestro proceso de revisión interna antes de solicitar la Revisión externa. Si renunciamos a este requisito, y luego revocamos nuestra determinación adversa de beneficios, se lo notificaremos a usted y a la IRO de inmediato.

Su solicitud de revisión externa debe enviarse a:

Community Health Plan of Washington Cascade Select
Attn: Independent Review Request
1111 Third Avenue, Suite 400
Seattle, WA 98101
Fax: (206) 652-7050 Tel.: 1-866-907-1906

Una vez que recibamos su solicitud de Revisión externa, o aprobemos su solicitud de Revisión externa de una solicitud de Excepción al Formulario, organizaremos la revisión por parte de una IRO certificada, que seleccionamos de forma rotativa. Le proporcionaremos el nombre y la información de contacto de la IRO en el plazo de 1 día a partir de la notificación de su solicitud de revisión externa. La IRO aceptará información adicional por escrito de usted durante un máximo de 5 días hábiles a partir de la fecha en que les notifiquemos su solicitud de Revisión externa. La IRO está obligada a considerar cualquier información que usted proporcione dentro de este período cuando lleve a cabo su revisión. La IRO le informará a usted, a su representante autorizado, si lo tuviera, o a su médico tratante dónde enviar cualquier información adicional.

Enviaremos sus registros médicos y otros materiales relevantes para su solicitud de revisión externa directamente a la IRO. También proporcionaremos a la IRO cualquier información adicional que soliciten y que esté razonablemente disponible para nosotros. Si lo solicita por escrito, le proporcionaremos a usted o a su representante autorizado copias de todos los materiales que le proporcionamos a la IRO. Una vez que se complete la Revisión externa, la IRO le notificará a usted y a nosotros por escrito de su decisión. Si ha solicitado una revisión externa acelerada, la IRO nos notificará a usted y a nosotros de su decisión inmediatamente por teléfono, correo electrónico o fax después de que tomen su decisión, y hará un seguimiento con una decisión por escrito por correo.

CHPW tiene la obligación de cumplir con la decisión tomada por la IRO. Si la IRO anula nuestra determinación final interna adversa de beneficios, implementaremos su decisión con prontitud. Si la IRO sostiene la determinación final interna adversa de beneficios, no hay ninguna revisión adicional disponible en virtud del proceso de revisión externa o de apelaciones internas de este plan. No obstante, usted puede tener otros recursos disponibles de acuerdo con las leyes estatales o federales.

Puede solicitar una Revisión externa acelerada si nuestra determinación adversa de beneficios se refiere a:

- Una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua o servicio de atención médica por el cual recibió Atención de emergencia pero aún no ha sido dado de alta de un centro.
- Una afección médica para la cual el plazo estándar de la Revisión externa pondría en grave peligro la vida o la salud de un Miembro o pondría en peligro la capacidad de un Miembro para recuperar la función máxima.
- Usted ha solicitado una revisión interna acelerada y renunciamos al requisito de completar la Revisión interna antes de solicitar la Revisión externa.

Al recibir una solicitud válida de Revisión externa acelerada, la IRO debe tomar la determinación de mantener o revertir nuestra determinación adversa de beneficios tan pronto como sea posible, pero en ningún caso más de 72 horas después de que la IRO reciba su solicitud de Revisión externa acelerada. La IRO le notificará a usted, y a nosotros, de su decisión. Si la IRO notifica verbalmente su decisión, también debe enviar una notificación por escrito dentro de las 48 horas posteriores a su decisión.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

La disposición de Coordinación de beneficios (COB) se aplica cuando una persona tiene cobertura de cuidado médico en más de un plan. El término “plan”, tal como se utiliza en esta sección, se define a continuación.

Las normas de determinación del orden de beneficios que aparecen a continuación regulan el orden en el que cada plan pagará una reclamación por beneficios. El plan que paga primero se llama plan primario. El plan primario debe pagar los beneficios de acuerdo con los términos de su póliza, sin tener en cuenta la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga de manera que los pagos de todos los planes no superen el 100% del gasto permitido total.

Definiciones (solo para esta sección)

Un plan es cualquiera de los siguientes que proporciona beneficios o servicios para cuidado o tratamiento médico o dental. Si se utilizan contratos separados para proporcionar cobertura coordinada a los miembros de un grupo, los contratos separados se consideran partes del mismo plan, y no hay COB entre esos contratos separados. Sin embargo, si las reglas de la COB no se aplican a cada contrato separado, o a todos los beneficios dentro del mismo contrato, el contrato o beneficio al que no se aplica la COB se trata como un plan separado.

(1) El plan incluye lo siguiente: Contratos de seguro de invalidez grupales, individuales o generales; contratos grupales o individuales emitidos por contratistas de servicios de atención médica u organizaciones para el mantenimiento de la salud; planes de panel cerrado u otras formas de cobertura grupal; los componentes de atención médica de los contratos de atención a largo plazo, como la atención de enfermería especializada; y planes gubernamentales estatales o federales, según lo permita la ley.

(2) El plan no incluye: Indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija o pago fijo; cobertura solo por accidentes; cobertura de enfermedad específica o accidente específico; cobertura de salud de beneficios limitados, según lo define la ley estatal; cobertura tipo accidente escolar; beneficios para los componentes no médicos de las políticas de atención a largo plazo; pólizas de seguro de automóvil requeridas por ley para proporcionar beneficios médicos; pólizas suplementarias de Medicare; cobertura de Medicaid; o cobertura conforme a otros planes gubernamentales federales, a menos que lo permita la ley.

Cada contrato de cobertura conforme a (1) o (2) es un plan separado. Si un plan tiene dos partes y las reglas de COB se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes se trata como un plan separado.

“Este plan” significa, en una disposición de la COB, la parte de este Acuerdo que proporciona los beneficios de cuidado médico a los que se aplica la disposición de la COB, y que pueden reducirse debido a los beneficios disponibles en virtud de otros planes. Cualquier otra parte de este Acuerdo que proporcione beneficios de cuidado médico es independiente de este plan. Un contrato puede aplicar una disposición de la COB a ciertos beneficios, como los beneficios dentales, coordinándose solo con beneficios similares, y puede aplicar otra disposición de la COB para coordinar otros beneficios.

Las reglas del orden de determinación de beneficios determinan si este plan es un plan primario o un plan secundario cuando un Miembro tiene cobertura de cuidado médico en más de un plan.

Cuando este plan es primario, determina primero el pago de sus beneficios, antes que los de cualquier otro plan y sin considerar los beneficios de ningún otro plan. Cuando este plan es secundario, paga sus beneficios teniendo en cuenta lo que el plan primario ya ha pagado. Del mismo modo, un plan terciario paga beneficios después de tener en cuenta lo que han pagado los planes primario y secundario.

Cuando este plan sea secundario a otro plan, los beneficios se calcularán de acuerdo con los siguientes pasos:

- Primero, este plan calculará la cantidad que habría pagado si hubiera sido su plan principal.
- A continuación, cualquier pago realizado por su plan principal se restará de este monto. La diferencia restante, si la hubiera, será el pago secundario realizado por este plan.

Además, si este plan es secundario, debe calcular sus ahorros (la cantidad pagada restada de la cantidad que este plan habría pagado si hubiera sido el plan primario) y registrar estos ahorros como una reserva de beneficios para la persona cubierta. Esta reserva debe utilizarse para pagar cualquier gasto durante el Año calendario en el que se genere, sean o no un gasto permitido bajo este plan. Si este plan es secundario, no se le exigirá que pague una cantidad que exceda su beneficio máximo más los ahorros acumulados.

El gasto permitido es un gasto de atención médica, incluidos el Coseguro y los Copagos, y sin reducción para ningún Deducible aplicable, que está cubierto, al menos en parte, por cualquier plan que cubra a la persona. Al coordinar los beneficios, los planes secundarios deben pagar una cantidad que, junto con el pago realizado por el plan primario, no puede ser inferior al mismo gasto permitido que el plan secundario habría pagado si fuera el plan primario. En ningún caso se requerirá que un plan secundario pague un monto que exceda su beneficio máximo más los ahorros acumulados. Cuando Medicare es el pagador primario, el monto permitido de Medicare es el gasto permitido. Cuando un plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún plan que cubra a la persona no es un gasto permitido.

Los siguientes son ejemplos de gastos que no son gastos permitidos:

(1) La diferencia entre el costo de una habitación de hospital semiprivada y una habitación de hospital privada no es un gasto permitido, a menos que uno de los planes proporcione cobertura para los gastos de una habitación de hospital privada.

(2) Si una persona está cubierta por dos o más planes que calculan sus pagos de beneficios sobre la base de las tarifas usuales y habituales o el método de reembolso del programa de valor relativo u otro método de reembolso similar, cualquier monto que exceda el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no se considera un gasto permitido.

(3) Si una persona está cubierta por dos o más planes que proporcionan beneficios o servicios sobre la base de cargos negociados, un monto que exceda el más alto de los cargos negociados no se considera un gasto permitido.

Un plan de panel cerrado es un plan que proporciona beneficios de cuidado médico a personas cubiertas en forma de servicios a través de un panel de proveedores que son empleados principales del plan, y que excluye la cobertura de servicios prestados por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o referencia por parte de un miembro del panel.

El padre con custodia es el padre al que se le otorga la custodia por un decreto judicial o, en ausencia de un decreto judicial, es el padre con quien el niño reside más de la mitad del año calendario, excluyendo cualquier visita temporal.

Reglas de determinación del orden de beneficios

Cuando una persona está cubierta por dos o más planes, las reglas para determinar el orden de los pagos de beneficios son las siguientes:

El plan primario paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de cualquier otro plan.

(1) Salvo lo dispuesto en la subsección (2), un plan que no contenga una disposición de COB que sea consistente con este capítulo es siempre el primario, a menos que las disposiciones de ambos planes establezcan que el plan de cumplimiento es el primario.

(2) Cobertura que se obtiene en virtud de la membresía en un grupo que está diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y que establece que la cobertura complementaria excede a cualquier otra parte del plan proporcionado por el titular del contrato. Algunos ejemplos son las coberturas médicas mayores que se superponen a los beneficios hospitalarios y quirúrgicos, y las coberturas de tipo seguro que se emiten en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.

Un plan puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro plan al calcular el pago de sus beneficios solo cuando son secundarios a ese otro plan.

Cada plan determina su orden de beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas:

(1) No dependiente o dependiente. El plan que cubre a una persona que no sea dependiente, por ejemplo, un empleado, miembro, titular de póliza, Suscriptor o jubilado, es el plan primario, y el plan que cubre a la persona dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al plan que cubre a la persona dependiente, y primario al plan que cubre a la persona como no dependiente (por ejemplo, un empleado jubilado), entonces el orden de los beneficios entre los dos planes se invierte de modo que el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado es el plan secundario y el otro plan es el plan principal.

(2) Hijo dependiente cubierto por más de un plan. A menos que haya un decreto judicial que indique lo contrario, cuando un hijo dependiente está cubierto por más de un plan, el orden de los beneficios se determina de la siguiente manera:

(a) Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no:

- El plan del padre o madre cuyo cumpleaños cae antes en el año calendario es el plan principal.
- Si ambos padres tienen la misma fecha de nacimiento, el plan que ha cubierto al padre por más tiempo es el plan primario.

(b) Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados o no viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no:

(i) Si un decreto judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente y el plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese plan es el principal. Esta regla se aplica a los períodos de determinación de reclamos que comienzan después de que el plan recibe la notificación del decreto judicial.

(ii) Si un decreto judicial establece que uno de los padres debe asumir la responsabilidad financiera principal del hijo dependiente, pero no menciona la responsabilidad de los gastos de atención médica, el plan del padre que asume la responsabilidad financiera es el principal.

(iii) Si un decreto judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del subpárrafo (a) anterior determinan el orden de los beneficios.

(iv) Si un decreto judicial establece que los padres tienen la custodia compartida sin especificar que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones de la subsección.

(a) determinan el orden de los beneficios;

(v) Si no hay un decreto judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, el orden de los beneficios para el hijo es el siguiente:

- el plan que cubre al padre con custodia, primero;
- el plan que cubre al cónyuge del padre con custodia, segundo;
- el plan que cubre al padre sin custodia, tercero; y luego
- el plan que cubre al cónyuge del padre que no tiene la custodia, en último lugar.

(c) Para un hijo dependiente cubierto por más de un plan de individuos que no son los padres del niño, las disposiciones de la subsección (a) o (b) anterior determinan el orden de los beneficios como si esos individuos fueran los padres del niño.

(3) Empleado activo o empleado jubilado o despedido. El plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no ha sido despedido ni jubilado, es el plan principal. El plan que cubre a esa misma persona como empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo ocurriría si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el otro plan no tiene esta regla y, como resultado, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora.

(4) COBRA o continuidad de la cobertura estatal. Si una persona cuya cobertura se proporciona en virtud de COBRA o en virtud de un derecho de continuación proporcionado por la ley estatal u otra ley federal está cubierta por otro plan, el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado o que cubre a la persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado es el plan primario y la cobertura de continuación de COBRA u estatal u otra cobertura federal es el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta regla y, como resultado, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora.

(5) Mayor o menor duración de la cobertura. El plan que cubrió a la persona como empleado, miembro, titular de póliza, suscriptor o jubilado por más tiempo es el plan primario y el plan que cubrió a la persona por el período más corto es el plan secundario.

(6) Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos deben distribuirse en partes iguales entre los planes que cumplan con la definición de plan. Además, este plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan primario.

Límites de tiempo para la Coordinación de beneficios (COB)

Cuando se haya notificado a este plan que más de un plan cubre a un miembro que ha presentado una Reclamación, este plan determinará con el otro plan qué plan es el principal en un plazo de 30 días calendario. Una vez que se hayan identificado el plan primario y el plan secundario, si el plan secundario recibe una Reclamación sin la explicación de la información de beneficios del plan primario u otros detalles de pago primarios necesarios para procesar la Reclamación, el plan secundario notificará al Proveedor o miembro que la presentó dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la Reclamación. Si un plan primario no adjudica oportunamente una Reclamación, el Proveedor o miembro debe presentar la Reclamación y un aviso de la falta de pago del plan primario al plan secundario, que deberá pagar en un plazo de 30 días calendario.

ATENCIÓN: Todos los planes de salud tienen requisitos de presentación oportuna de reclamaciones. Si usted o su proveedor no presentan su reclamación a un plan médico secundario dentro del plazo de presentación de reclamaciones de ese plan, el plan puede denegar la reclamación. Si experimenta retrasos en el procesamiento de su reclamación por parte del plan de salud primario, usted o su proveedor deberán presentar sus reclamaciones al plan de salud secundario dentro de su límite de tiempo de presentación de reclamaciones para evitar la denegación de la reclamación.

Vigencia de los beneficios de este plan

Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios de manera que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes durante un período de determinación de la Reclamación no sean mayores que el total de gastos permitidos. Al determinar el monto a pagar por cualquier Reclamación, el plan secundario restará el pago del plan primario de la cantidad que el plan secundario habría pagado si el plan secundario hubiera sido primario y luego pagará la diferencia, si es que existe. Además, el plan secundario debe acreditar a su deducible del plan cualquier monto que hubiera acreditado a su deducible en ausencia de otra cobertura de atención médica.

Derecho a recibir y divulgar información necesaria

Se necesitan ciertos datos sobre la cobertura y los servicios de cuidado médico para aplicar estas reglas de la COB y determinar los beneficios pagaderos conforme a este plan y otros planes. CHPW puede obtener los datos que necesita de otras organizaciones o personas con el fin de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos bajo este plan y otros planes que cubren a la persona que reclama los beneficios. CHPW no necesita informar ni obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Cada persona que reclama beneficios bajo este plan debe proporcionar a CHPW todos los datos que necesita para aplicar esas reglas y determinar los beneficios pagaderos.

Posibilidad de pago

Si los pagos que deberían haberse realizado en virtud de este plan son efectuados por otro plan, el emisor tiene derecho, a su discreción, a remitir al otro plan la cantidad que considere apropiada para satisfacer la intención de esta disposición. Los montos pagados al otro plan se consideran beneficios pagados conforme a este plan. En la medida de dichos pagos, el emisor queda totalmente liberado de responsabilidad en virtud de este plan.

Derecho de recuperación

El emisor tiene derecho a recuperar el exceso de pago siempre que haya pagado gastos permitidos que excedan el monto máximo de pago necesario para satisfacer la intención de esta disposición. El emisor puede recuperar el pago en exceso de cualquier persona a quien o para quien se realizó el pago o de cualquier otro emisor o plan.

Aviso a las personas cubiertas

Si está cubierto por más de un plan de beneficios de salud y no sabe cuál es su plan principal, usted o su proveedor deben comunicarse con cualquiera de los planes de salud para verificar cuál es el plan principal. El plan de salud con el que se comunique es responsable de trabajar con el otro plan para determinar cuál es el plan primario y se lo hará saber en un plazo de treinta días calendario.

¿Tiene preguntas sobre la Coordinación de beneficios? Comuníquese con la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington al 1-800-562-6900.

SUBROGACIÓN Y REEMBOLSO

Si realizamos el pago de Reclamaciones en su nombre por Lesiones o Enfermedades por las que otra parte es responsable, o por las que existe un seguro de automovilista sin seguro o con seguro insuficiente (UIM) o de protección contra lesiones personales (PIP), nos subrogaremos en cualquier derecho que pueda tener para recuperar una compensación o daños de esa parte responsable en relación con la Lesión o Enfermedad, y tendrá derecho a ser reembolsado, por los pagos que hicimos en su nombre, de cualquier recuperación que obtenga de esa parte responsable después de que haya sido compensado completamente por su pérdida. La parte responsable también se conoce como el “tercero” porque es una parte que no es usted ni nosotros. Un tercero incluye a una aseguradora de UIM, porque la aseguradora de UIM se pone en el lugar del tercero autor del daño y porque excluimos la cobertura de dichos beneficios.

Definiciones Los siguientes términos tienen significados específicos en esta sección del Acuerdo:

- Subrogación significa que podemos cobrar directamente de terceros, o de los ingresos de su recuperación de terceros, en la medida en que hayamos pagado en su nombre por Enfermedades o Lesiones causadas por el tercero y usted haya sido compensado completamente por su pérdida.
- Reembolso significa que usted está obligado, en virtud de este Acuerdo, a reembolsar cualquier dinero adelantado por nosotros de los montos que haya recibido en su reclamación después de haber sido compensado por completo por su pérdida.
- Restitución se refiere a todos los derechos equitativos de recuperación que tenemos sobre cualquier dinero adelantado conforme a su plan.

Debido a que hemos pagado por su enfermedad o lesión, tenemos derecho a recuperar esos gastos de cualquier tercero responsable una vez que haya sido compensado completamente por su pérdida. En la medida en que lo permita la ley, tenemos derecho a los ingresos de cualquier acuerdo o sentencia que resulte en una recuperación de un tercero, hasta el monto de los pagos que hayamos realizado en su nombre y después de que haya sido compensado completamente por su pérdida. Nuestro derecho a recuperar existe independientemente de si se basa en la subrogación, el reembolso o la restitución. Al recuperar los pagos realizados en su nombre, podemos, a nuestra elección, contratar a nuestro propio abogado para procesar un reclamo de subrogación para recuperar los pagos que hemos realizado en su nombre directamente de terceros, o ser representados por el abogado que procesa un reclamo en su nombre. Nuestro derecho a presentar una reclamación de subrogación contra un tercero o terceros no depende de si usted persigue o no a la parte culpable para obtener una recuperación. Nuestro derecho de recuperación no está sujeto a la reducción de los honorarios y costos de los abogados bajo una teoría de “fondo común” o cualquier otra doctrina. Sin embargo, si usted se recupera de un tercero o terceros, y nosotros compartimos dicha recuperación, pagaremos nuestra parte de los gastos legales. Nuestra parte es el porcentaje de los gastos legales necesarios para asegurar una recuperación contra la parte responsable de que la cantidad que recuperamos representa para la recuperación total.

Antes de aceptar un acuerdo sobre su reclamación contra un tercero, debe notificarnos por escrito los términos o condiciones ofrecidos en un acuerdo, y debe notificar al tercero nuestro interés en el acuerdo establecido por esta disposición. En el caso de un juicio o arbitraje, debe

presentar un reclamo o buscar la recuperación de un tercero o terceros por cualquier pago que hayamos realizado en su nombre, y debe darnos un aviso razonable antes del juicio o procedimiento de arbitraje. También debe cooperar plenamente con nosotros para recuperar los montos que pagamos en su nombre. Si contrata a un abogado u otro agente para que lo represente en el asunto, debe exigir a su abogado o agente que nos reembolse directamente el acuerdo o la recuperación. Si no coopera plenamente con nosotros en la recuperación de los pagos que hemos pagado en su nombre, usted es responsable de reembolsarnos los pagos que hayamos realizado en su nombre.

Usted acepta, si se le solicita, mantener en fideicomiso y ejecutar un acuerdo de fideicomiso por el monto total de los pagos que hicimos en su nombre de cualquier recuperación que obtenga de cualquier tercero hasta el momento en que hayamos llegado a una determinación o acuerdo final con respecto al monto de su recuperación que lo compense completamente por su pérdida.

Acuerdo de arbitraje

Cualquier disputa que surja como parte de esta sección de *Subrogación y Reembolso* se resolverá mediante arbitraje. Tanto usted como nosotros estaremos obligados por la decisión del procedimiento de arbitraje. Las disputas serán resueltas por un solo árbitro. Cualquiera de las partes puede solicitar el arbitraje notificando la demanda a la otra parte. Cada parte asumirá sus propios costos y compartirá en partes iguales los honorarios del árbitro. Los procedimientos de arbitraje de conformidad con esta disposición se llevarán a cabo en Seattle, Washington. Este acuerdo de arbitraje comenzará en la fecha de entrada en vigencia de este Acuerdo y continuará hasta que se resuelva cualquier disputa relacionada con la subrogación o el reembolso de este plan.

Cobertura de protección contra automovilistas/lesiones personales sin seguro o con seguro insuficiente

Si pagamos por servicios y suministros que están cubiertos o proporcionados de otra manera bajo los términos de una póliza UIM o PIP, o un tipo similar de seguro o contrato, tenemos derecho a que se nos reembolsen dichos beneficios, pero solo en la medida en que dichos beneficios también se hayan pagado bajo la otra póliza o contrato.

DEFINICIONES

Ley de Cuidado a Bajo Precio: La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010 (Ley Pública 111-148), según su enmienda por la Ley de Reconciliación de Atención Médica y Educación de 2010 (Ley Pública 111-152).

Monto permitido: El monto permitido significa uno de los siguientes:

- **Proveedores dentro de la red:**
 - Para cualquier servicio o suministro dado, el monto que el Proveedor Dentro de la red ha acordado aceptar como pago completo. Los Proveedores Dentro de la red acuerdan solicitarnos el pago cuando le proporcionan Servicios cubiertos. Usted será responsable únicamente de los Deducibles, Copagos o Coseguros aplicables por Año calendario, de los cargos que superen los montos máximos de beneficios establecidos y de los cargos por servicios y suministros no cubiertos por este plan;
- **Proveedores fuera de la red:**
 - En el caso de los servicios de ambulancia terrestre cubiertos, la tarifa establecida por la entidad gubernamental local correspondiente o, si no existe ninguna, una cantidad igual a la menor de (i) el 325% de la tarifa de Medicare o (ii) la cantidad facturada por la organización de servicios de ambulancia terrestre.
 - Para otros Servicios cubiertos en virtud de la Ley de Protección de Facturación de Saldo del estado de Washington, la tarifa mediana contratada de CHPW para los mismos servicios o servicios similares prestados en un área geográfica similar;

Para todos los Servicios cubiertos recibidos de un Proveedor fuera de la red conforme a una referencia aprobada por el plan, el monto acordado por el Proveedor fuera de la red. Su responsabilidad por los Deducibles, Coseguros, Copagos y montos vigentes del Año calendario aplicados a los montos máximos de beneficios se calculará sobre la base del Monto permitido.

Nos reservamos el derecho de determinar la cantidad permitida para cualquier servicio o suministro de acuerdo con la ley vigente.

Servicios para pacientes ambulatorios: Servicios para pacientes ambulatorios se refiere a los servicios Médicamente necesarios prestados a los Miembros en entornos que no sean un Hospital o un Centro de enfermería especializada, y que generalmente se reconocen y aceptan con fines diagnósticos o terapéuticos para tratar una Enfermedad o Lesión.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro que tiene licencia o certificación según lo exige el estado en el que opera y que cumple con todo lo siguiente:

- Cuenta con una plantilla organizada de médicos.
- Cuenta con instalaciones permanentes que están equipadas y operadas principalmente con el propósito de realizar procedimientos quirúrgicos.
- No proporciona servicios ni alojamiento para pacientes hospitalizados.

Biosimilar: Un producto biológico que es muy similar a un producto biológico de referencia con licencia de los EE. UU., a pesar de las diferencias menores en los componentes clínicamente inactivos, y para el cual no hay diferencias clínicamente significativas entre el producto biológico y el producto de referencia en términos de seguridad, pureza y potencia del producto.

Medicamentos de marca: Medicamento recetado que tiene una patente vigente y se comercializa y vende por fuentes limitadas, o que figura en referencias ampliamente aceptadas como Medicamento de marca según el fabricante y el precio.

Año calendario: El período de 12 meses consecutivos que comienza cada 1 de enero a las 12:01 a.m. y finaliza el próximo 31 de diciembre a la medianoche.

Dependencia química: Consulte Trastorno por abuso de sustancias.

Reclamación: Cualquier solicitud de un beneficio del plan hecha por usted o su representante autorizado. Un suscriptor o dependiente que hace un Reclamo de beneficios es un reclamante.

Coseguro: Su parte del costo de un Servicio cubierto, expresada como porcentaje.

Centro de salud comunitario: Centro de salud comunitario se refiere a los Centros de Salud Calificados Federalmente del estado de Washington que comprenden Community Health Plan of Washington. Los Centros de salud comunitarios son organizaciones comunitarias que brindan servicios integrales de atención primaria y salud preventiva a personas de todas las edades, independientemente de su capacidad de pago o estado de seguro médico.

Proveedor del centro de salud comunitario: El personal médico, el personal asociado de la clínica y los profesionales de cuidado médico aliados empleados o contratados por un Centro de salud comunitario para proporcionar servicios de atención primaria y para proporcionar y coordinar la prestación de otros servicios de cuidado médico a los Miembros inscritos en virtud de este Acuerdo, incluidos médicos, podólogos, naturópatas, enfermeras, asistentes médicos, trabajadores sociales, optometristas, psicólogos, fisioterapeutas y otros profesionales dedicados a la prestación de servicios de cuidado médico que tengan licencia o certificación para ejercer de acuerdo con el Título 18 del RCW.

Agencia comunitaria de salud mental: Una agencia autorizada como tal por el estado de Washington para proporcionar tratamiento de salud mental bajo la supervisión de un médico o psicólogo.

Fármaco compuesto: Dos o más medicamentos mezclados por un Farmacéutico. Para estar cubiertos, los medicamentos compuestos deben contener un medicamento recetado que haya sido aprobado por la FDA.

Anomalía congénita de un niño: Un defecto en el desarrollo de la forma, estructura o función del cuerpo que está presente en el momento del nacimiento.

Copago: El monto específico en dólares que un Miembro debe pagar en el momento de recibir el servicio para ciertos Servicios cubiertos en virtud del Acuerdo, según lo establecido en este Acuerdo.

Costos compartidos: El monto que un Miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto Deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de Copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio

específico; o (3) cualquier monto de Coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Cuidado asistencial: Cuidado de las necesidades personales en lugar de las necesidades médicamente necesarias. El cuidado asistencial es la atención que pueden brindar personas que no tienen habilidades profesionales ni capacitación. Esta atención incluye ayuda para caminar, vestirse, bañarse, comer, preparar dietas especiales y tomar medicamentos.

Deducible: Un monto específico que un Miembro debe pagar por ciertos Servicios cubiertos antes de que se paguen los beneficios conforme al Acuerdo.

Fecha de entrada en vigencia: La fecha en la que comienza su cobertura conforme a este plan. Si se vuelve a inscribir en este plan después de un lapso en la cobertura, la fecha en que la cobertura comience nuevamente será su Fecha de entrada en vigencia.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que son: 1) dentro de la capacidad de un departamento de emergencia de un hospital, incluidos los servicios auxiliares disponibles de rutina para el departamento de emergencias, y 2) necesarios para evaluar una emergencia médica, de salud mental o de Trastorno por abuso de sustancias, o para estabilizar a un Miembro que experimenta una emergencia médica, de salud mental o de Trastorno por abuso de sustancias. Estabilizar significa proporcionar el tratamiento médico de la Emergencia médica que sea necesario para garantizar, dentro de una probabilidad médica razonable, que no sea probable que se produzca ningún deterioro material de la condición como resultado del traslado del Miembro desde una instalación o, en el caso de una mujer embarazada que esté teniendo contracciones, durante el parto.

Servicios Experimentales/En investigación: Los servicios Experimentales o En investigación incluyen un tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, uso de medicamentos, dispositivo médico o suministro que cumple con uno o más de los criterios que se describen a continuación, según lo determinemos nosotros. Un servicio Experimental/En investigación es:

- Un medicamento o dispositivo que no se puede comercializar legalmente sin la aprobación de la FDA, y no se le ha otorgado dicha aprobación en la fecha en que se presta el servicio.
- Un servicio que está sujeto a la supervisión de una Junta de Revisión Institucional.
- Un servicio para el cual no hay evidencia confiable que demuestre la efectividad del servicio en el diagnóstico clínico, la evaluación, el manejo o el tratamiento de la afección.
- Un servicio que está sujeto a ensayos clínicos en curso para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad o eficacia. Sin embargo, los servicios que cumplan con los criterios de Ensayos clínicos en la sección *Beneficios médicos* de este Acuerdo no se considerarán experimentales ni de investigación.
- Un servicio para el cual la evaluación de evidencia confiable indica que se necesita investigación adicional antes de que el servicio pueda clasificarse como igual o más efectivo que las terapias convencionales.

La evidencia confiable incluye informes y artículos publicados en literatura médica y científica autorizada y revisada por pares. Al determinar si los servicios son experimentales o en investigación, el plan considerará si los servicios son de uso general en la comunidad médica en el estado de Washington, si los servicios están bajo pruebas e investigaciones científicas continuas, si los servicios muestran un beneficio demostrable para una enfermedad o dolencia en particular, y si se ha demostrado que son seguros y eficaces.

Formulario: La lista de CHPW de medicamentos recetados seleccionados que están cubiertos por este plan. CHPW estableció su Formulario y lo revisa y actualiza de manera rutinaria. Los medicamentos son revisados y seleccionados para su inclusión en el Formulario de CHPW por un comité externo de proveedores, incluidos médicos y farmacéuticos.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado que es equivalente a un medicamento de marca, se comercializa como un producto terapéuticamente equivalente e intercambiable, y se incluye en referencias, o especificado por CHPW, como medicamento genérico. Para los fines de esta definición, “equivalente” significa que la FDA se ha asegurado de que el medicamento genérico tenga los mismos ingredientes activos, cumpla con los mismos estándares de fabricación y prueba, y se absorba en el torrente sanguíneo a la misma velocidad y en la misma cantidad total que el medicamento de marca.

Reclamo: Una queja por escrito presentada por o en nombre de una persona cubierta con respecto a problemas de prestación de servicios que no sean la denegación de pago por servicios médicos o la no prestación de servicios médicos, incluida la insatisfacción con la atención médica, el tiempo de espera para recibir servicios médicos, la actitud o el comportamiento del proveedor o del personal, o la insatisfacción con el servicio prestado por la compañía de seguros de salud.

Hospital: Un centro que funciona legalmente como Hospital en el estado en el que opera y que cumple con los siguientes requisitos:

- Cuenta con instalaciones para el diagnóstico de pacientes hospitalizados, el tratamiento y la atención aguda de personas lesionadas y enfermas brindados por o bajo la supervisión de un equipo de médicos.
- Proporciona continuamente servicios de enfermería las 24 horas por o bajo la supervisión de enfermeros registrados.

Un Hospital nunca será una institución que se gestione principalmente:

- Como un hogar de descanso, de ancianos o de convalecencia, un centro de tratamiento residencial o un centro de salud.
- Para proporcionar cuidado para enfermos terminales a pacientes con enfermedades terminales.
- Para el cuidado de las personas mayores.
- Para el tratamiento de Trastornos por abuso de sustancias o tuberculosis.

Enfermedad: Una enfermedad, dolencia o afección médica, incluido el embarazo.

Lesión: Daño físico causado por un accidente o evento repentino e imprevisto en un momento y lugar específicos. Una Lesión es independiente de una Enfermedad, excepto en caso de la infección de un corte o una herida.

Proveedor dentro de la red (ver: *Proveedor de la red*): Nuestra red de proveedores, que tienen un contrato por escrito con nosotros y aceptan acudir a nosotros, de acuerdo con los términos de este Acuerdo, para el pago de los servicios de cuidado médico prestados a las personas cubiertas por este plan.

Niveles de atención: Se refiere a los niveles de atención aplicables a las Afecciones de Trastornos de salud mental y de abuso de sustancias:

- Los **Programas intensivos para pacientes ambulatorios** proporcionan servicios para Afecciones de Trastornos de salud mental o de abuso de sustancias de forma ambulatoria a través de servicios planificados y estructurados disponibles al menos 2 horas por día y 3 días por semana. Los servicios incluyen tratamiento grupal, individual y, cuando esté indicado, familiar o grupal multifamiliar. Se encuentran disponibles servicios de monitoreo médico, evaluación y complementarios. El tratamiento debe seguir un plan de atención escrito.
- Los **Programas de hospitalización parcial** brindan atención multidisciplinaria para afecciones de trastornos de salud mental o de abuso de sustancias al menos 6 horas al día, 5 días a la semana, y programan al menos 3 servicios distintos por día. Los servicios incluyen terapia individual y de grupo, evaluación y administración de medicamentos, terapia familiar, terapia de actividades, terapia ocupacional y capacitación educativa dirigida a tratar la(s) afección(es). Los servicios para Afecciones de la salud mental deben incluir la evaluación por parte de un psiquiatra dentro de las 48 horas y semanalmente a partir de entonces. Todos los programas deben incluir una evaluación del abuso de sustancias. El tratamiento debe seguir un plan de atención escrito.
- Los **Programas de tratamiento residencial de salud mental** proporcionan servicios de salud conductual las 24 horas del día que no necesitan el alto nivel de seguridad física y las intervenciones psiquiátricas y de enfermería que están disponibles en un programa para pacientes hospitalizados agudos. La atención se controla médicamente con servicios médicos y de enfermería en el lugar. El enfoque del programa es una mejora de los síntomas psiquiátricos de un cliente a través del uso de evaluación, estrategias de tratamiento basadas en evidencia, terapia grupal e individual, manejo conductual, administración de medicamentos y terapia y participación familiar activa. El tratamiento debe seguir un plan de atención escrito. El centro debe estar certificado por el estado para el tratamiento residencial. Los entornos residenciales que no cumplen con estos criterios, como los hogares grupales, los centros de reinserción social y los hogares de acogida para adultos o niños, no se consideran Programas de tratamiento residencial de salud mental.
- Los **Programas residenciales de rehabilitación para trastornos por abuso de sustancias** brindan tratamiento de rehabilitación las 24 horas, los 7 días de la semana para Afecciones de Trastornos por abuso de sustancias. La atención es monitoreada médicamente, con disponibilidad médica o de enfermería las 24 horas. Los servicios pueden ser grupales, individuales y, cuando esté indicado, familiares o multifamiliares. El centro debe ofrecer suficiente disponibilidad de servicios médicos y de enfermería para manejar las necesidades auxiliares de desintoxicación. El tratamiento debe seguir un plan de atención escrito.

Medicamento para el mantenimiento: Un medicamento recetado que CHPW determina que está destinado a tratar una enfermedad crónica que requiere terapia con medicamentos a largo plazo.

Emergencia médica: Una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) de tal manera que una persona común prudente, que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención inmediata resulte en: 1) colocar la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su hijo por nacer) en riesgo grave; 2) deterioro grave de las funciones corporales; o 3) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Ejemplos de una emergencia médica son dolor intenso, sospecha de ataques cardíacos y fracturas. Ejemplos de una emergencia no médica son cortes y rasguños menores.

Equipo médico: Equipo mecánico que puede soportar el uso repetido, se utiliza en relación con el tratamiento directo de una enfermedad o lesión, y no es de utilidad en ausencia de enfermedad o lesión.

Centro médico (también llamado Centro): Un Hospital, un Centro de enfermería especializada, un programa de tratamiento de Trastornos por abuso de sustancias aprobado por el estado o un hospicio.

Medicamento necesario: Un servicio o suministro médico que cumple con todos los siguientes criterios:

- Es necesario para el tratamiento o diagnóstico de una afección médica cubierta.
- Es el suministro o nivel de servicio más apropiado que es esencial para el diagnóstico o tratamiento de la afección médica cubierta del paciente.
- Se sabe que es eficaz para mejorar los resultados de salud para los estándares médicos del paciente.
- No se proporciona principalmente para la conveniencia del paciente o proveedor de servicios.
- Representa el uso económicamente más eficiente de los servicios y suministros médicos que se pueden proporcionar de manera segura y efectiva al paciente.

El hecho de que una intervención, servicio o suministro sea recetado o recomendado por un médico u otro Proveedor no lo hace, por sí mismo, Medicamento necesario. Una intervención, servicio o suministro puede ser Medicamento necesario solo en parte. Si esto ocurre, se cubrirá la parte que se considere Medicamento necesaria, sujeta a las limitaciones y exclusiones del plan.

Miembro (también llamado “usted” y “su”): Una persona cubierta por este plan como Suscriptor o Dependiente.

Condición de salud mental: Trastorno mental incluido en el DSM, publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Las siguientes afecciones no se consideran condiciones de salud mental o están cubiertas por otros beneficios ofrecidos por este plan (sujetos a todos los términos, limitaciones y exclusiones):

- Afecciones relacionadas con Trastornos adictivos y relacionados con sustancias (véase la definición de Trastorno por consumo de sustancias).

- Factores estresantes relacionales, familiares y de estilo de vida en ausencia de un diagnóstico psiquiátrico primario.
- Disfunciones sexuales y trastornos parafilicos.

Proveedor de la red: Nuestra red de proveedores, que tienen un contrato por escrito con nosotros y aceptan acudir a nosotros, de acuerdo con los términos de este Acuerdo, para el pago de los servicios de cuidado médico prestados a las personas cubiertas por este plan.

Atención obstétrica: Atención brindada durante el embarazo (preparto), el parto y dentro de los 45 días posteriores al parto (posparto) o para cualquier afección que surja del embarazo, excepto por complicaciones del embarazo.

Aparatos ortopédicos: Un soporte o aparato ortopédico que se aplica a una parte existente del cuerpo, como articulaciones o músculos débiles o ineficaces, con el fin de ayudar, restaurar o mejorar la función.

Proveedor fuera de la red: Un proveedor que no es un Proveedor dentro de la red.

Gastos de bolsillo: Dichos Costos compartidos pagados por el Miembro o Suscriptor por los Servicios cubiertos, que se aplican al Máximo de bolsillo.

Máximo de bolsillo (MOOP): El monto máximo de los Gastos de bolsillo incurridos y pagados durante el Año calendario, por los Servicios cubiertos recibidos por el Miembro y sus Dependientes dentro del mismo Año calendario. Los cargos que excedan el UCR, los servicios que excedan cualquier nivel de beneficio y los servicios no cubiertos por este Acuerdo no se aplican al Máximo de bolsillo.

Farmacéutico: Una persona con licencia para dispensar medicamentos recetados, aconsejar a un paciente sobre cómo funcionan los medicamentos y los posibles efectos adversos, y realizar otras tareas como se describe en la ley de práctica farmacéutica de su estado.

Farmacia: Cualquier punto de venta debidamente autorizado en el que se dispensen Medicamentos recetados.

Farmacia participante: Una Farmacia con la que CHPW tiene un contrato o una farmacia que participa en una red para la que CHPW tiene un contrato para tener acceso. Las Farmacias participantes tienen la capacidad de presentar Reclamaciones por vía electrónica.

Farmacia no participante: Una Farmacia con la que CHPW no tiene un contrato, incluido el acceso contratado a cualquier red a la que pertenezca la Farmacia. Es posible que las Farmacias no participantes no puedan presentar las Reclamaciones electrónicamente o decidan no hacerlo.

Plan (también llamado este plan): Los beneficios, términos y limitaciones aplicables a su cobertura de cuidado médico en virtud de este Acuerdo.

Cargos de la prima: Las tarifas mensuales establecidas por nosotros como contraprestación por los beneficios ofrecidos en este plan.

Receta: Una receta escrita o una solicitud oral de Medicamentos recetados emitida por un Proveedor que tiene licencia para recetar medicamentos.

Medicamento recetado: Medicamentos y productos biológicos que se relacionan directamente con el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, que legalmente no pueden ser dispensados sin Receta y por ley deben llevar la leyenda: “Precaución: La ley federal prohíbe su venta sin receta”. Estos medicamentos, incluido el uso no autorizado aprobado por la FDA (siempre que se documente que dicho uso es eficaz en uno de los compendios de referencia estándar; la mayoría de los ensayos clínicos bien diseñados publicados en la literatura médica revisada por pares documenten una mejor eficacia o seguridad del agente en comparación con las terapias estándar, o en comparación con el placebo si no existen terapias estándar; o por el secretario federal de Salud y Servicios Humanos) están cubiertos. “Uso no autorizado” significa el uso recetado de un medicamento que es diferente a lo establecido en la etiqueta aprobada por la FDA del medicamento.

Los beneficios no están disponibles para ningún medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso está contraindicado, o para medicamentos experimentales o en investigación que no hayan sido aprobados para ninguna indicación por la FDA.

Proveedor de atención primaria (PCP): Un Proveedor de un Centro de salud comunitario que es un médico general, internista, médico de familia, pediatra general, obstetra y ginecólogo, Enfermero especializado registrado avanzado (ARNP) o Enfermero registrado (RN), seleccionado por un Suscriptor o Dependiente, o asignado por el plan, para coordinar las necesidades de cuidado médico del Miembro, incluida la asistencia a los miembros en la búsqueda de atención especializada y para garantizar que se cumplan los requisitos de referencia y Autorización previa.

Proveedor: Una persona que se encuentra en una categoría de proveedor regulada por el Título 18 o el Capítulo 70.127 del RCW para practicar servicios relacionados con la atención médica conforme a la ley estatal. Dichas personas se consideran proveedores de atención médica solo en la medida requerida por la sección 48.43.045 del RCW, y solo en la medida en que dichos servicios estén cubiertos por las disposiciones de este plan. También se incluye en esta definición un empleado o agente de dicha persona que actúe en el curso y dentro del ámbito de su empleo.

Los proveedores también incluyen ciertos centros de atención médica y otros proveedores de servicios y suministros de atención médica, como se indica específicamente en la lista de categorías de proveedores a continuación. Los centros de atención médica que son propiedad y están operados por una subdivisión política o instrumentalidad del estado de Washington, y otras instalaciones similares, se incluyen según lo exijan las leyes estatales y federales.

Categorías de proveedores con licencia, o certificados cubiertos, regulados por el Título 18 y el Capítulo 70.127 del RCW incluyen médicos, podólogos, enfermeras, asistentes médicos, trabajadores sociales, optometristas, psicólogos, fisioterapeutas y otros profesionales que participan en la prestación de servicios de atención médica, siempre que los servicios que brinden cumplan con la ley estatal y se cumplan las condiciones de cobertura descritas en otras partes de este plan.

Los siguientes centros de atención médica y otros proveedores de servicios y suministros de atención médica se considerarán proveedores de atención médica para los fines de este plan, siempre que estén autorizados o certificados por el estado (a menos que se indique lo contrario) y los servicios que brinden sean consistentes con su alcance legal de práctica, así como con la ley estatal, y se cumplan las condiciones de cobertura descritas en otras partes de este plan:

- Compañías de ambulancias
- Instalaciones quirúrgicas, de diagnóstico y de tratamiento ambulatorias
- Audiólogos (CCC-A o CCC-MSPA)
- Centros de maternidad
- Bancos de sangre
- Centros comunitarios de salud mental
- Centros de tratamiento por consumo de drogas y alcohol
- Proveedores de equipos médicos
- Profesionales de la salud mental
- Hospitales
- Centros de tratamiento de enfermedades renales (certificados por Medicare)
- Hospitales psiquiátricos
- Terapeutas del habla (certificados por la Asociación Estadounidense del Habla, el Lenguaje y la Audición).

Medicamentos recetados autoadministrables (también Medicamentos autoadministrables o Medicamentos inyectables autoadministrables): se refiere a un medicamento recetado, determinado por CHPW, que puede ser administrado de manera segura por usted o su cuidador fuera de un Centro médico (como un Hospital, el consultorio del médico o una clínica) y que no requiere la administración por parte de un Proveedor. Para determinar si un medicamento es un medicamento autoadministrable, CHPW se refiere a la información del fabricante, la literatura científica, los estándares de práctica, las prácticas de Medicare, los criterios de necesidad médica y cualquier otra información que CHPW considere una indicación relevante y confiable de seguridad y aceptabilidad. CHPW no tiene en cuenta su estado, como su capacidad para administrar el medicamento, al determinar si un medicamento es autoadministrable.

Área de servicio: Condados de Washington: Adams, Asotin, Benton, Chelan, Clallam, Columbia, Douglas, Ferry, Franklin, Grant, Jefferson, King, Kitsap, Kittitas, Lewis, Lincoln, Mason, Okanogan, Pierce, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Walla Walla, Whitman y Yakima.

Atención especializada: Atención solicitada por un médico que requiere los conocimientos médicos y la capacitación técnica de un enfermero registrado certificado.

Centro de atención de enfermería especializada: Un Centro médico que presta servicios que requieren la dirección de un médico y servicios de enfermería supervisados por un enfermero registrado, y que está aprobado por Medicare o que calificaría para la aprobación de Medicare si así se solicita.

Medicamento especializado: Medicamentos recetados que se utilizan para tratar afecciones complejas o poco frecuentes y que requieren manipulación, almacenamiento, administración o monitoreo especial del paciente. Son Medicamentos inyectables de alto costo, a menudo autoadministrados, para el tratamiento de afecciones como la artritis reumatoide, la hepatitis, la esclerosis múltiple o los trastornos del crecimiento (excluyendo la baja estatura idiopática sin deficiencia de la hormona del crecimiento).

Suscriptor: La persona que ha cumplido con los requisitos de elegibilidad de este plan y en cuyo nombre se presenta la solicitud y se establece la cobertura.

Trastorno por abuso de sustancias: Trastorno adictivo o relacionado con sustancias enumerado en la versión más reciente del DSM publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Telemedicina: (1) la prestación de servicios de atención médica cubiertos mediante el uso de tecnología interactiva de audio y video, que permite la comunicación en tiempo real entre un paciente en un sitio de origen y un proveedor, con fines de diagnóstico, consulta, o tratamiento, (2) la prestación de servicios de atención médica mediante el uso de tecnología de solo audio, que permite la comunicación en tiempo real entre un paciente en un sitio de origen y un proveedor con el que el paciente tiene una “Relación establecida”, a los fines del diagnóstico, la consulta o el tratamiento (denominada “Telemedicina solo de audio”); y (3) el uso de una transmisión asincrónica de la información médica de una persona cubierta desde un sitio de origen a un proveedor de atención médica en un sitio distante (lo que se denomina “tecnología de almacenamiento y reenvío”) que da como resultado el diagnóstico y la administración médica de la persona cubierta.

- La “Telemedicina solo de audio” no incluye los servicios de atención médica que se prestan habitualmente mediante tecnologías solo de audio y que no se facturan habitualmente como servicios separados por parte de un proveedor (por ejemplo, la entrega de resultados de pruebas de laboratorio u otros resultados).
- Existe una “Relación establecida” cuando el proveedor que brinda tratamiento tiene acceso a suficientes registros de atención médica para garantizar servicios de atención seguros, eficaces y apropiados, y:
 - Para los servicios de Trastornos de salud mental y de abuso de sustancias, incluido el tratamiento de salud conductual, el paciente: (i) ha tenido al menos una cita interactiva en persona o en tiempo real (con tecnología de audio y video) en los 3 años anteriores con el proveedor que brinda tratamiento (o con otro proveedor en la misma clínica); o (ii) fue referido al proveedor que brinda tratamiento por otro proveedor que ha tenido al menos una cita en persona o interactiva en tiempo real (utilizando tecnología de audio y video) con el paciente en los últimos 3 años y el proveedor remitente ha proporcionado al proveedor que brinda tratamiento información médica relevante. Para todos los demás servicios de atención médica, el paciente: (i) ha tenido al menos una cita en persona o interactiva en tiempo real (utilizando tecnología de audio y video) en los 2 años anteriores con el proveedor que brinda tratamiento (o con otro proveedor en la misma clínica); o (ii) fue referido al proveedor que brinda tratamiento por otro proveedor que ha tenido al menos una cita interactiva en persona o en tiempo real (utilizando tecnología de audio y video) con el paciente en los últimos 2 años y el proveedor remitente le ha proporcionado al proveedor que brinda tratamiento información médica relevante.

La Telemedicina no incluye el uso de facsímil ni correo electrónico. Los servicios de Telemedicina solo de audio no se pueden prestar con tecnología de almacenamiento y reenvío.

Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM): Trastornos que tienen una o más de las siguientes características:

- Dolor en la musculatura asociado a la articulación temporomandibular
- Alteración interna de la articulación temporomandibular
- Problemas artríticos en la articulación temporomandibular
- Amplitud de movimiento anormal o movimiento limitado de la articulación temporomandibular

ENVÍE SUS RECLAMACIONES POR CORREO

CHP Claims
PO Box 269002
Plano, TX 75026-9002

RECLAMACIONES DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Envíe sus reclamaciones sobre medicamentos recetados por correo

Express Scripts, Inc. Attn:
Commercial Claims
P.O. Box 14711
Lexington, KY 40512-4711
Fax: (608) 741-5475

Dirección postal y números de teléfono de Servicio al Cliente de Community Health Plan of Washington

1111 Third Avenue, Suite 400

Seattle, WA 98101

Número local y gratuito:
(866) 907-1906

Comentarios

Community Health Plan of Washington
Attn: Customer Experience Manager
1111 Third Avenue, Suite 400
Seattle, WA 98101
Teléfono: (866) 907-1906
Fax: (206) 613-8984

Apelaciones

Community Health Plan of Washington
Attn: Appeals Coordinator
1111 Third Avenue, Suite 400
Seattle, WA 98101
Teléfono: (866) 907-1906
Fax: (206) 613-8984

Visite nuestro sitio web

individualandfamily.chpw.org



COMMUNITY HEALTH PLAN
of Washington™

The power of community

INDIVIDUAL & FAMILY PLANS

Comuníquese con nosotros

Miembros potenciales
1-833-993-0181

Miembros actuales
1-866-907-1906

TTY: 711

De 8 a.m. a 5 p.m.,
de lunes a viernes.

1111 3rd Ave, Suite 400
Seattle, WA 98101-3207

individualandfamily.chpw.org