



Certificado de Cobertura

Planes de Salud Para Grupos





El Contrato de Atención Médica de Grupo (que incluye este Certificado y cualquier enmienda o cláusula adicional) constituye la totalidad del Contrato. Todos los derechos, que puedan existir, surgen y se rigen por este Certificado, y este Certificado no constituye una renuncia a ninguno de los términos. El Contrato de Atención Médica de Grupo puede inspeccionarse en la oficina del Administrador del Plan.

Las personas y sus familiares elegibles (si los hubiera) cuyos nombres constan en los archivos de la oficina del Administrador del Plan como elegibles para la cobertura, han hecho aceptar la solicitud de cobertura requerida y han recibido el cargo de suscripción por parte de Alliant Health Plans (Alliant). Estas personas están cubiertas y sujetas a todas las excepciones, limitaciones y disposiciones de dicho Contrato de Grupo de Atención Médica para los beneficios aquí descritos; los beneficios se pagarán de acuerdo con las disposiciones y limitaciones del Contrato de Grupo de Atención Médica; y Alliant ha entregado al Administrador del Plan el Contrato de Grupo de Atención Médica que cubre a ciertas personas y a los miembros de su familia que reúnan los requisitos (si los hubiera) como Miembros de este plan de Grupo.

La cobertura bajo este Certificado será efectiva y continuará en vigencia de acuerdo con los términos, disposiciones y condiciones del Contrato de Asistencia Médica de Grupo. Este Certificado de Cobertura sustituye y reemplaza a todos los Contratos y/o Certificados que puedan haber sido emitidos anteriormente por Alliant a través del Administrador del Plan. Los beneficios dentro de la red son proporcionados por Alliant.

Las palabras “Nosotros”, “Nos” y “Nuestro” se refieren a Alliant Health Plans. Las palabras “Usted” y “Su” se refieren al Miembro o Suscriptor y a cada Dependiente cubierto.

Mark Mixer
Director Ejecutivo

ÍNDICE

INFORMACIÓN IMPORTANTE	2
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	3
AVISO RESUMIDO	4
VERIFICACIÓN DE BENEFICIOS	5
ELEGIBILIDAD	6
CÓMO FUNCIONAN SUS BENEFICIOS PARA USTED	12
LO QUE PAGA SU PLAN	14
AUTORIZACIÓN DE COBERTURA	18
BENEFICIOS	19
PROGRAMA DE MEDICINAS DE RECETA PARA PACIENTES AMBULATORIOS	40
LIMITACIONES Y EXCLUSIONES GENERALES	47
INFORMACIÓN GENERAL	55
ASISTENCIA LINGÜÍSTICA	68
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN	68
CUANDO SU COBERTURA SE TERMINA	70
QUEJAS Y APELACIONES	77
DEFINICIONES	84
DECLARACIÓN DE DERECHOS ERISA	100
DECLARACIÓN DE DERECHOS BAJO LA LEY DE DERECHOS DE LAS MUJERES CONTRA EL CÁNCER DE 1998	102
LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE LA SALUD ASEQUIBLE (PPACA) . . .	103
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA . . .	105

INFORMACIÓN IMPORTANTE

BENEFICIOS MÉDICOS, RECLAMOS Y PREGUNTAS

Servicio al Cliente de Alliant Línea de Asesoramiento de Enfermería 24 horas	(866) 403-2785 Formulario de Contacto de Servicio al Cliente (855) 299-3087
Sitio Web de Alliant Directorio de Proveedores	AlliantPlans.com AlliantPlans.com

*Tenga a mano Su Número de Identificación de Miembro cuando Usted llame. Puede encontrarlo en Su Tarjeta de Identificación o en la Explicación de Beneficios.

BENEFICIOS FARMACÉUTICOS, RECLAMOS Y PREGUNTAS

Servicio al Cliente de Magellan Rx Sitio Web de Magellan Rx	(800) 424-1799 MagellanRx.com
----------------------------------------------------------------	----------------------------------

AUTORIZACIÓN PREVIA

Departamento de Gestión Médica de Alliant (800) 865-5922
Su Proveedor Dentro de la Red o el Hospital deben solicitar una Autorización Previa antes de administrar los servicios o el ingreso. Usted es responsable de obtener cualquier autorización previa necesaria cuando utilice un Proveedor Fuera de la Red.

PORTAL MÓVIL PARA MIEMBROS

¡Cobertura al alcance de Su mano! Alliant ha lanzado una aplicación móvil - disponible en la App Store o Google Play. Obtenga acceso rápido a la información de Su plan, información de reclamos, EOBs, Su Tarjeta de Identificación y Encuentre un Proveedor para servicios Dentro de la Red. ¡Busque Alliant Health Plans para descargar la aplicación móvil para Miembros hoy!



EL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD

Servicio al Cliente Sitio web	(800) 318-2596 https://www.cuidadodesalud.gov/es/
----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

NOTA IMPORTANTE



Cuando vea este símbolo: lea atentamente esta sección para que Usted entienda cómo maximizar Sus beneficios.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES



DERECHOS DE LOS MIEMBROS Sus derechos como Miembro de Alliant

Como Miembro, Usted tiene derecho a:

- Recomendar cambios en respecto a la póliza de Derechos y Responsabilidades de los Miembros.
- Recibir información sobre el plan, sus servicios, sus Proveedores y sobre Sus Derechos y Responsabilidades como Miembro.
- Ser tratado con respeto y reconocimiento de Su dignidad y derecho a la privacidad por el plan, sus Proveedores y otros profesionales de la salud.
- Privacidad y confidencialidad de los tratamientos, pruebas o procedimientos que Usted reciba.
- Una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento apropiadas o Medicamento Necesarias para su condición, independientemente del costo o de la cobertura de los beneficios.
- Expresar quejas o apelaciones sobre el plan o la atención que proporciona.
- Participar conjuntamente con los Proveedores para tomar decisiones sobre Su atención médica.
- Rechazar el tratamiento y ser informado por Su Proveedor de las consecuencias médicas.
- Comprender cuando se requiere Su consentimiento y si no puede darlo, el plan buscará a Su tutor y/o representante designado para que dé este consentimiento.



RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS Sus responsabilidades como Miembro de Alliant

Como Miembro, Usted tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar, en la medida de lo posible, la información que el plan y sus Proveedores necesitan para cuidar de Usted.
- Proporcionar una dirección e información de facturación correcta y actual.
- Seguir los planes e instrucciones de atención que Usted haya acordado con Su(s) Proveedor(es).
- Comprender Sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados, en la medida de lo posible.
- Identificarse como Miembro cuando busque atención médica para asegurarse de que Usted reciba todos los beneficios del plan.
- Permitir que Alliant revise Sus registros médicos como parte de las iniciativas de calidad o del cumplimiento de las entidades regulatorias.
- Estar inscrito y pagar cualquier prima requerida.
- Pagar cualquier Deducible anual, Copagos y Coseguros
- Pagar el costo de los servicios no cubiertos o excluidos.
- Elegir Proveedores y Farmacias Dentro de la Red.

AVISO RESUMIDO

Este Certificado explica Su plan de beneficios de atención médica. Este Certificado está escrito en un lenguaje fácil de leer para ayudarle a entender sus beneficios de atención médica.

El propósito de este Certificado es para ayudarle a entender Su cobertura. Un conocimiento completo de Su cobertura le permitirá utilizar Sus beneficios de manera sabia. Por favor, lea atentamente este Certificado. Si tiene alguna pregunta sobre Sus beneficios presentados en este Certificado, llame a nuestro Servicio al Cliente al (866) 403-2785.

Si necesita ayuda en español para entender este documento, Usted puede solicitarla sin costo adicional llamando al Servicio al Cliente al (866) 403- 2785.

English translation: If You need Spanish language assistance to understand this document, You may request it at no additional cost by calling Client Services at (866) 403-2785.

AVISO: Las leyes del estado de Georgia prohíben a las aseguradoras discriminar injustamente a cualquier persona por su condición de víctima de violencia familiar.

VERIFICACIÓN DE BENEFICIOS

La verificación de los beneficios está disponible para los Miembros o los Proveedores de atención médica autorizados en nombre de los Miembros. Usted puede llamar al Servicio al Cliente para realizar una pregunta sobre los beneficios médicos o la verificación de los beneficios durante el horario normal de trabajo.

Por Favor, recuerde que una consulta o verificación de beneficios NO es una verificación de la cobertura de un procedimiento médico específico.

- La verificación de los beneficios NO es una garantía de pago.
- Si el servicio verificado requiere Autorización Previa, por favor llame al (800) 865-5922.

AUTORIZACIÓN PREVIA (TAMBIÉN CONOCIDA COMO CERTIFICACIÓN PREVIA, EN INGLÉS PRE-CERTIFICATION)

La Autorización Previa NO es una garantía de cobertura en las siguientes situaciones:

- El Miembro ya no está cubierto por este Contrato en el momento en que se reciben los servicios.
- Los beneficios de este contrato se han agotado (por ejemplo, los límites de días).
- En los casos de fraude o malinterpretación.
- Servicios que no están Cubiertos por Su plan de beneficios.

Las aprobaciones de Autorización Previa se aplican únicamente a los servicios que se han especificado en la solicitud de Autorización Previa y/o en la lista de Autorización Previa disponible en Nuestro sitio web, AlliantPlans.com. Una aprobación de Autorización Previa no se aplica a ningún otro servicio; excepto al servicio específico que se está autorizando previamente. El pago o la autorización de dicho servicio no requiere ni se aplica al pago de reclamos en una fecha posterior, independientemente de que dichos reclamos posteriores tengan los mismos diagnósticos, similares o relacionados.

DENTRO DE LA RED

Para la Autorización Previa, Su **PROVEEDOR** debe llamar al (800) 865-5922.

- Requerido de Su **PROVEEDOR** o centro para **TODOS** los ingresos hospitalarios que estén dentro de la red, excepto para los ingresos de maternidad.
- El **PROVEEDOR** debe Notificarnos al siguiente día laborable de un ingreso de urgencia o de maternidad.
- El **PROVEEDOR** puede solicitar Autorizaciones Previas de Atención No Urgente durante el horario normal de trabajo.
- Los Servicios Médicos de Emergencia NO requieren Autorización Previa.

Sólo para Miembros con Acceso a la Red PHCS: Mientras que los Proveedores/Facilidades de PHCS se consideran Dentro de la Red, los requisitos de Autorización Previa son responsabilidad de USTED, el Miembro. La gran mayoría de los Proveedores PHCS ayudarán a los Miembros a obtener la Autorización Previa. Para obtener una lista de los servicios que requieren Autorización Previa, comuníquese con Servicios al Cliente al (866) 403-2785 para obtener asistencia.

FUERA DE LA RED

Para obtener Autorización Previa **Usted** debe llamar al (800) 865-5922.

- Requerido por **Usted** para **TODOS** los ingresos hospitalarios fuera de la red o que formen parte de la red PHCS.
 - **Usted** es responsable de Notificarnos en 1 día laboral de un ingreso de emergencia o de maternidad, o su reclamo puede ser negado.
 - **Usted** puede solicitar Autorizaciones Previas de Atención No Urgente durante el horario normal de trabajo.
- Los Servicios Médicos de Emergencia NO requieren Autorización Previa.

ELEGIBILIDAD**COBERTURA PARA USTED**

Este Certificado describe los beneficios que Usted puede recibir en Su plan de salud. A Usted se le llama Suscriptor o Miembro.

- Usted o el Administrador del Plan **deben notificarnos por escrito, completando una solicitud de inscripción.** El Administrador del Plan es la persona nombrada por Su empleador para gestionar el plan y responder a las preguntas sobre los detalles del plan. La cobertura se proporciona sólo para aquellos Dependientes que Usted haya reportado a Alliant y añadido a Su cobertura completando la solicitud correcta.

COBERTURA PARA SUS DEPENDIENTES

Si Usted está cubierto por este plan, Usted puede inscribir a sus Dependientes elegibles. Los Dependientes Elegibles están determinados por el Contrato entre Alliant Health Plans y Su empleador.

Su empleador puede optar por ofrecer cobertura a:

- Sólo al empleado; o
- Sólo al empleado y a su cónyuge; o
- Empleado e hijo(s) solamente; o
- Empleado, cónyuge e hijo(s).

Sus dependientes cubiertos también se llaman Miembros.

SUS DEPENDIENTES ELEGIBLES PUEDEN INCLUIR:

(dependiendo de la opción de cobertura de su empleador):

- Su Cónyuge, si Usted no está separado legalmente
- Sus hijos Dependientes hasta el final del mes en que cumplan 26 años;
- Sus hijos adoptados legalmente desde la fecha en la que Usted asuma la responsabilidad legal, hasta el final del mes en que cumplan 26 años;
- Sus hijos de los que asuma la custodia legal y sus hijastros, hasta el final del mes en que cumplan 26 años;

- Sus hijos (o los hijos de su cónyuge) por los que Usted tenga responsabilidad legal derivada de una sentencia judicial válida, hasta el final del mes en que cumplan 26 años;
- Sus hijos con discapacidad mental o física y que dependan totalmente de usted para su manutención, independientemente de su edad.
 - Para tener derecho a la cobertura como persona Dependiente Incapacitada, la Persona Dependiente debe haber estado cubierta por este contrato antes de cumplir los 26 años. La certificación de la incapacidad se requiere dentro de los 31 días siguientes al cumplimiento de los 26 años. Podrá requerirse una certificación de la incapacidad periódicamente, pero no con más frecuencia que anualmente.

Por favor, tenga en cuenta: Para el propósito de este Contrato, un cónyuge es el cónyuge legal del Suscriptor según lo reconoce el estado en el que vive el Suscriptor.

INSCRIPCIONES TARDÍAS

Si Usted o Sus Dependientes no se inscriben cuando son elegibles por primera vez, será necesario esperar al siguiente Período de Inscripción Abierta. Sin embargo, Usted puede ser elegible para una inscripción especial como se establece a continuación en la sección Período de Inscripción Especial.

INSCRIPCIÓN ABIERTA

El Período de Inscripción Abierta lo define su empleador, pero normalmente comienza no antes de los 31 días previos a la fecha de renovación del Contrato de un empleador. Póngase en contacto con su administrador del plan para obtener más información.

PERÍODOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Los consumidores pueden optar a un Período de Inscripción Especial (SEP) para inscribirse en una cobertura de seguro médico si cumplen con ciertos requisitos de elegibilidad. A continuación, encontrará una lista de las categorías de SEP disponibles actualmente.

- Pérdida de la cobertura de salud que califica.
- Cambio en el tamaño del hogar.
- Cambio de residencia principal.
- Recién obtenido el derecho a un Acuerdo de Reembolso de Salud de Cobertura Individual (ICHRA) o un Acuerdo de Reembolso de Salud para Pequeños Empleados Calificados (QSEHRA).
- Error de inscripción o del plan.

La pérdida de la cobertura no incluye la terminación voluntaria de la cobertura ni otras pérdidas debidas a:

- No pagar las primas a tiempo, incluidas las primas de COBRA antes de que expire la cobertura de COBRA; o
- Situaciones que permiten una rescisión según lo especificado en 45 CFR 147.128.

Si la cobertura de Dependientes está disponible por parte de Su empleador, entonces la Cobertura se proporciona sólo para aquellos Dependientes que Usted haya reportado a Alliant

y añadido a Su cobertura completando una solicitud correcta y completa. Si Usted no inscribe a Sus Dependientes durante el plazo establecido, tendrán que esperar hasta el siguiente periodo de inscripción abierta para inscribirse en un plan.

Recuerde que puede haber un cargo adicional por añadir otra(s) persona(s) cubierta(s). Si un Miembro no presenta su solicitud en el plazo establecido, se considerará Inscripción Tardía. Por favor, consulte la cláusula “Inscripciones Tardías” en esta sección.

Si su empleador ofrece cobertura a los Dependientes, un recién nacido está cubierto durante treinta y un (31) días a partir del momento de nacimiento (o en el caso de las adopciones, la fecha de asunción de la responsabilidad legal) de acuerdo con la normativa de Georgia. Para que la cobertura continúe más allá de los primeros treinta y un (31) días, Nosotros debemos recibir un formulario de solicitud para añadir al niño como Dependiente y el pago de cualquier Prima aplicable, dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de nacimiento o asunción legal. La Prima incluirá los primeros treinta y un (31) días de cobertura. Si Nosotros no recibimos la solicitud y la Prima dentro de los treinta y un (31) días siguientes de la fecha de nacimiento o asunción legal, la cobertura finalizará al término del período de treinta y un (31) días. Si Nosotros recibimos la solicitud y la Prima después del período de treinta y un (31) días, pero dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de nacimiento o asunción legal, a cobertura se restablecerá de forma retroactiva sin interrupción de la Cobertura con la prima requerida, incluidos los primeros treinta y un (31) días de cobertura. La provisión para la cobertura de recién nacidos NO se aplica a un hijo nacido de un dependiente cubierto por el plan.

En el caso de que Usted decida inscribir a su recién nacido en un plan diferente; se requiere que Alliant cubra al recién nacido bajo Su plan por los primeros treinta y un (31) días. En caso de que haya más de una póliza de seguro en vigencia; Alliant no pagará más de lo que se pagaría bajo el plan original (el plan en el que se añade el niño según los treinta y un (31) días de cobertura requerido por el Estado de Georgia). Si Usted no desea tener la cobertura requerida bajo este plan durante los treinta y un (31) días, Usted debe firmar una renuncia. Por favor, comuníquese con el Servicio al Cliente llamando al (866) 403-2785 para obtener un Formulario de Renuncia a la Cobertura de Recién Nacido. La provisión para la cobertura de recién nacidos NO se aplica a un niño nacido de una Dependiente Cubierta del plan.

Los niños acogidos son niños de que los derechos parentales naturales han sido terminados por el estado y que han sido colocados en una situación de Hogar alternativa por el estado. Un niño no se convierte en hijo acogido cuando los padres renuncian voluntariamente de los derechos parentales a favor de un tercero. Para que un niño acogido tenga cobertura, el Miembro debe proporcionar a Alliant la confirmación de una relación válida de padre de acogida. Dicha confirmación deberá ser proporcionada a expensas del Miembro. Los niños acogidos no se añaden automáticamente a Su póliza. Para que comience la cobertura, Nosotros deberemos recibir un formulario de solicitud para añadir al niño como Dependiente y el pago de la Prima correspondiente en un plazo de treinta y un (31) días a partir de la fecha de asunción legal. La Prima incluirá los primeros treinta y un (31) días de cobertura. Si Nosotros no recibimos la solicitud y la Prima en un plazo de treinta y un (31) días a partir de la fecha de asunción legal,

la cobertura finalizará al término del período de treinta y un (31) días. Si Nosotros recibimos la solicitud y la Prima después del período de treinta y un (31) días, pero dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de asunción legal, la Cobertura se restablecerá retroactivamente sin interrupción.

Si Su empleador ofrece cobertura a los Dependientes, entonces los hijos acogidos de los que el Miembro asume la responsabilidad legal no están cubiertos automáticamente. Para que un hijo acogido tenga cobertura, el Miembro debe proporcionar a Alliant la confirmación de una relación de acogimiento familiar válida. Dicha confirmación deberá ser proporcionada a expensas del Afiliado.

Una persona que haya rechazado la cobertura debe haber confirmado por escrito que él o ella está cubierto por otro plan de salud cuando él o ella inicialmente rechazó la cobertura de este Grupo con el fin de calificar más adelante bajo esta inscripción especial. Las personas que renuncien a la cobertura recibirán un aviso de las consecuencias cuando renuncien a la cobertura originalmente.

OBRA 1993 AND QUALIFIED MEDICAL CHILD SUPPORT ORDERS

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA) establece normas específicas para la cobertura de los hijos adoptados y los hijos sujetos a una Orden Médica Calificada de Manutención Infantil (QMCSO). Se consideran hijos Dependientes los siguientes:

- Un niño adoptado o dado en adopción, independientemente de que la adopción sea o no definitiva.
- Se entiende por hijo adoptivo toda persona menor de 18 años en la fecha de adopción o entrega en adopción. Se entiende por colocación con fines de adopción la asunción y retención por parte del Empleado de la obligación legal de manutención total o parcial de un niño que va a ser adoptado. El acogimiento finaliza en el momento en que cesa la obligación legal de manutención.
- Un hijo por el que un Empleado ha recibido una Orden de Manutención Médica de Hijos (MCSO) que ha sido determinada por el empleador o el Administrador del Plan como una QMCSO.
- Al recibir una MCSO, el empresario o el Administrador del Plan informará al Empleado y a cada uno de los hijos afectados de la recepción de la orden y les explicará los procedimientos para determinar si se trata de una QMCSO. Posteriormente, el empresario notificará la determinación al Empleado y a los hijos.

Un QMCSO no puede requerir que el empleador proporcione ningún tipo o forma de beneficio que no esté ofreciendo ya.

MEDICAID AND CHIP SPECIAL ENROLLMENT/SPECIAL ENROLLEES

Los empleados y dependientes elegibles también pueden inscribirse bajo de dos circunstancias adicionales:

- La cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) del Empleado o de la Persona a su cargo se cancela como resultado de la pérdida de elegibilidad; o
- El Empleado o el dependiente reúne los requisitos para recibir un subsidio (programa estatal de asistencia a las primas).

El Empleado o Dependiente debe completar la Inscripción Especial dentro del período de tiempo asignado de la pérdida de Medicaid/CHIP o de la determinación de elegibilidad.

CUANDO COMIENZA SU COBERTURA

Su cobertura entrara en vigencia en la fecha después de que se haya cumplido con el período de espera de su grupo. La fecha de vigencia de la cobertura esta sujeta a cualquier disposicion de periodo de espera que requiera su empleador (que no puede exceder los 90 días).

FECHA DE ELEGIBILIDAD DEL EMPLEADO

El Empleado es elegible para la cobertura en la fecha:

- Se cumplen los requisitos de elegibilidad tal y como se indica en la Solicitud de Grupo del Empleador, o de otro modo acordado por el patrocinador del plan de grupo y Nosotros; y
- El Empleado se encuentra en estado activo.

FECHA DE ELEGIBILIDAD DEL DEPENDIENTE

Cada Dependiente es elegible para la cobertura en:

- La fecha en la que el Empleado tiene derecho a la cobertura, si tiene Dependientes que puedan estar cubiertos en esa fecha;
- La fecha de matrimonio del Empleado para cualquier Dependiente (cónyuge o hijo) adquirido en esa fecha;
- La fecha de nacimiento del hijo biológico del Empleado;
- La fecha de colocación del niño con proposito de adopción por el Empleado, o la fecha en que el niño sea legalmente adoptado por el Empleado, lo que ocurra primero;
- La fecha en que se firma y legaliza el poder que autoriza a los abuelos y bisabuelos la autoridad para actuar en nombre de un nieto Dependiente hasta que se reciba una copia de la revocación del poder; o
- La fecha especificada en una Orden Médica Cualificada de Manutención Infantil (QMCSO), o una Notificación Nacional de Manutención Médica (NMSN) para un hijo, o una orden judicial o administrativa válida para un cónyuge, que requiera que el Empleado proporcione cobertura a un hijo o cónyuge según lo especificado en dichas órdenes.

En los casos en que se ofrezca cobertura a los Dependientes, el Empleado podrá cubrir a Sus Dependientes sólo si el Empleado también está cubierto. Un hijo Dependiente que se inscriba en otra cobertura de grupo a través de cualquier empleo deja de ser elegible para la cobertura de grupo bajo el Contrato Colectivo Principal.

CAMBIAR SU COBERTURA

Existe un periodo de inscripción anual durante el cual los Miembros pueden optar por cambiar Sus opciones. Si Su empleador ofrece cobertura a los Dependientes, Usted puede añadirlos

durante la Inscripción Abierta o si califica, durante una Inscripción Especial.

PERMISOS MÉDICOS Y FAMILIARES

Si un Empleado cubierto deja el empleo activo debido a un permiso médico aprobado por el empleador, de acuerdo con la Ley de Permisos Médicos y Familiares de 1993 (FMLA, por sus siglas en Ingles), la cobertura continuará durante un máximo de 12 semanas en los mismos términos y condiciones que se habrían aplicado si el Empleado hubiera continuado en el empleo activo. El Empleado debe pagar Su parte de la contribución al costo de la cobertura si se requiere alguna contribución.

CAMBIAR SU COBERTURA (AÑADIR UN DEPENDIENTE)

Cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos, notifique a su empleador:

- Divorcio.
- Fallecimiento de un familiar inscrito (puede ser necesario otro tipo de cobertura).
- El hijo Dependiente cumple 26 años (consulte “Cuando Termina Su Cobertura”);
- El hijo Dependiente Inscrito queda total o permanentemente discapacitado.

EMPLEADO NO ACTIVO EN EL TRABAJO DURANTE EL PERIODO INICIAL DE ELEGIBILIDAD

INSCRIPCIONES INICIALES

Después de una absorción de grupo, si un Miembro (o Dependiente) tenía cobertura bajo una aseguradora anterior y ahora está cubierto bajo una provisión de extensión de beneficios, el Miembro (o Dependiente) será inscrito para la cobertura bajo este Contrato. No obstante, la disposición de extensión de beneficios de la aseguradora anterior la hace responsable del pago de los beneficios y servicios relacionados con las discapacidades de acuerdo con los términos de su cobertura y la ley estatal. En la medida en que los beneficios y servicios no estén cubiertos por la disposición de extensión de beneficios de la aseguradora anterior, el pago se realizará en virtud de este Contrato de acuerdo con las normas ordinarias del Contrato que cubren dichos beneficios y servicios.

EMPLEADOS NUEVOS

Si un Empleado no está trabajando activamente en la fecha en que su cobertura debe entrar en vigencia, la Fecha de Entrada en Vigencia se pospondrá hasta la fecha en que el Empleado vuelva a su estado activo. El estado activo se define generalmente por el hecho de estar recibiendo un salario.

DISPOSICIÓN SOBRE PORTABILIDAD

Si Usted o Sus Dependientes Cubiertos tenían cobertura previa bajo un plan de beneficios de salud de grupo, la provisión de portabilidad de HIPAA le permite derechos y protecciones específicas cuando cambie de trabajo o pierda la cobertura debido a ciertos eventos de la vida. Si es Usted un nuevo Empleado, Miembro, Suscriptor, Inscrito o Dependiente que ha tenido una cobertura similar en otro plan de beneficios de salud dentro de los 90 días anteriores, puede ser elegible para la cobertura inmediatamente. La Fecha de Entrada en Vigencia de la cobertura está sujeta a cualquier periodo de espera que su empleador requiera. Una nueva persona elegible es una persona que anteriormente no era elegible para la cobertura de este Contrato de Grupo.

CERTIFICACIÓN DE COBERTURA PREVIA ACREDITABLE

Si Su cobertura termina, Usted y sus Dependientes Cubiertos pueden solicitar una certificación que demuestre cuándo Usted estuvo cubierto por el plan. Es posible que Usted necesite el documento para poder inscribirse en otro plan de salud de grupo. Puede solicitar la certificación en los 24 meses siguientes a la pérdida de la cobertura. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al (866) 403-2785.

CÓMO FUNCIONAN SUS BENEFICIOS PARA USTED**INTRODUCCIÓN**

Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios. El Miembro tiene acceso directo a la atención primaria y especializada.

Un Proveedor Dentro de la Red es un Proveedor que está en la red administrada para este plan específico u otra red especializada atentamente administrada, o que tiene un contrato de participación con Nosotros. Para los Servicios Cubiertos realizados por un Proveedor dentro de la Red, la cantidad permitida para este plan es la tarifa que el Proveedor ha acordado con Alliant aceptar como reembolso por los Servicios Cubiertos.

Los Médicos y los Hospitales que participan en Nuestras Redes son compensados mediante una serie de acuerdos de pago, que incluyen, entre otros, la capitación, las tarifas por servicio, por día, los honorarios con descuento y el reembolso global.

Para obtener una lista de Proveedores y centros Dentro de la Red, visite AlliantPlans.com o llame a Servicio al Cliente al (866) 403-2785.

**ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES REFERIDA**

Su plan de seguro médico es un plan de beneficios integral llamado Organización de Proveedores Preferidos. Esto significa que Usted puede elegir cuando Usted utilice a un Médico, hospital u otro proveedor de atención médica. El contrato se divide en dos grupos de beneficios: Dentro de la Red y Fuera de la Red. La atención Fuera de la Red puede pagarse de forma diferente a la atención Dentro de la Red. Revise su **Resumen de Beneficios y Cobertura** para obtener más detalles. Cada vez que Usted visite a un Proveedor, Usted tendrá que hacer esa elección. Cuando Usted elige un Proveedor preferido, tendrá acceso a la atención Dentro de la Red.

Visitando AlliantPlans.com Usted puede elegir un proveedor o profesional de Nuestra red. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente de Alliant al (866) 403-2785 y un representante le ayudará a Usted a encontrar un Proveedor Dentro de la Red. Después de seleccionar un Proveedor, Usted puede comunicarse directamente con el consultorio del proveedor para programar una cita.

COBERTURA DE PROVEEDORES FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO

Un Miembro que necesite un proveedor médico, un médico o un centro fuera de Nuestra área de servicio, puede ponerse en contacto con el Servicio al Cliente de Alliant llamando al (866) 403-2785, para intentar localizar un Proveedor Dentro de la Red.

COPAGO O PAGOS DE BOLSILLO

Ya sea que Usted elija la atención Dentro de la Red o Fuera de la Red, es posible que se le cobre a Usted un gasto compartido. El gasto compartido es un copago o un pago de bolsillo para determinados servicios, que puede ser una cantidad fija o un porcentaje del cargo total. Cualquier monto compartido requerido se muestran en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**.

Si es aplicable, cualquier Copago de la sala de emergencias se elimina cuando un Miembro es admitido en el hospital a través de la sala de emergencias.

EL DEDUCIBLE DEL AÑO CALENDARIO

El Deducible, o la parte de la factura que debe pagar antes de que Sus gastos médicos sean reembolsables, se aplica por año civil. Ciertos servicios preventivos están cubiertos y son reembolsables antes de alcanzar su Deducible. Los requisitos del Deducible se indican en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**.

DEDUCIBLE DE TRANSFERENCIA

Cuando está asegurado por este plan de salud, los Servicios Cubiertos durante los últimos tres meses de un año civil aplicados al Deducible de ese año pueden trasladarse y aplicarse al Deducible del año siguiente. Si se realiza un cambio en el plan de salud del Grupo durante los tres últimos meses de un año civil, el traslado del Deducible está restringido al período de tiempo cubierto bajo el plan de salud “más nuevo” con Alliant. La disposición de traslado del Deducible no está disponible si su plan es un Plan de Salud con Deducible Alto calificado por el gobierno federal.

COSEGURO Y MÁXIMOS DE GASTO DE BOLSILLO

La parte que Usted debe pagar (el Coseguro) se indica en Su **Resumen de Beneficios y Cobertura**. Después de que Usted alcance el Pago de Bolsillo Máximo (incluido cualquier deducible requerido), Su contrato paga el 100% de la cantidad máxima permitida para el resto del año civil.

El Pago de Bolsillo Máximo se acumulan por separado para la atención Dentro de la Red y Fuera de la Red. Consulte el **Resumen de Beneficios y Cobertura** para determinar el monto de Su coseguro Dentro de la Red y el Máximo de Bolsillo Dentro de la Red.

LÍMITES ANUALES Y VITALICIOS

No existe un límite anual o vitalicio en dólares para los Servicios Cubiertos que son Beneficios de Salud Esenciales.

LO QUE PAGA SU PLAN

Para ayudarle a Usted a entender el lenguaje del MAC tal y como se describe a continuación, consulte la definición de Proveedor Dentro de la Red y Proveedor Fuera de la Red que figura en la sección de Definiciones de esta libreta.

COSTO MÁXIMO PERMITIDO (MAC)

Esta sección describe cómo determinamos el monto del reembolso de los Servicios Cubiertos. El reembolso de los servicios prestados por Proveedores Fuera de la Red se basa en el MAC de este plan para el Servicio Cubierto que Usted recibe.

Usted estará obligado a pagar una parte del MAC en la medida en que Usted no haya alcanzado Su Deducible ni tenga un Copago o Coseguro. Además, cuando Usted reciba Servicios Cubiertos de un Proveedor Fuera de la Red, Usted puede ser responsable de pagar cualquier diferencia entre el MAC y los cargos reales del Proveedor. Esta cantidad puede ser significativa.

Cuando Usted reciba Servicios Cubiertos de un Proveedor elegible, Nosotros aplicaremos, en la medida que corresponda, las reglas de procesamiento de reclamos a la reclamación presentada por esos Servicios Cubiertos. Estas reglas evalúan la información de los reclamos y, entre otras cosas, determinan la exactitud y adecuación de los códigos de procedimiento y diagnóstico incluidos en el reclamo. La aplicación de estas reglas puede afectar nuestra determinación del MAC. Nuestra aplicación de estas reglas no significa que los Servicios Cubiertos que Usted recibió no eran Médicamente Necesarios. Significa que Nosotros hemos determinado que el reclamo fue presentado de manera inconsistente con las reglas de codificación de procedimientos y/o las normas de reembolso. Por ejemplo, Su Proveedor puede haber presentado el reclamo utilizando varios códigos de procedimiento cuando hay un solo código de procedimiento que incluye todos los procedimientos que se realizaron.

Cuando esto ocurre, el MAC se basará en el código de procedimiento único en lugar de un MAC separado para cada código facturado.

Del mismo modo, cuando el mismo médico u otro profesional médico realiza varios procedimientos en el mismo día, Nosotros podemos reducir el MAC para esos procedimientos secundarios y posteriores porque el reembolso al 100% de esos procedimientos representaría una duplicación del pago por componentes del procedimiento principal que pueden considerarse incidentales o inclusivos.



ESTADO DE LA RED DE PROVEEDORES

La cantidad permitida puede variar dependiendo de si el Proveedor es un Proveedor Dentro de la Red o Fuera de la Red.

Para los Servicios Cubiertos realizados por un Proveedor Dentro de la Red, la cantidad permitida para este plan es la tarifa que el Proveedor ha acordado con Alliant para aceptar como reembolso por los Servicios Cubiertos. Debido a que los Proveedores de la Red han acordado aceptar la cantidad permitida como pago total por ese servicio, no deben enviarle a Usted una

factura o cobrar por cantidades superiores a la cantidad permitida. Sin embargo, es posible que Uste reciba una factura o que se le pida que pague la totalidad o una parte de la cantidad permitida en la medida en que no haya alcanzado Su Deducible o tenga un copago o Coseguro. Llame al Servicio al Cliente al (866) 403-2785 para obtener ayuda para encontrar un Proveedor Dentro de la Red o visite AlliantPlans.com. Los Proveedores que no han firmado un contrato con Nosotros y no están en ninguna de nuestras redes son Proveedores Fuera de la Red.

Para los Servicios Cubiertos que Usted decida recibir de Proveedores Fuera de la Red, el MAC para este plan será uno de los siguientes según lo determine Alliant:

- Una cantidad basada en Nuestro programa/tarifa de honorarios Fuera de la Red, que Nosotros hemos establecido a Nuestra discreción, y que nos reservamos el derecho de modificar de vez en cuando, después de considerar uno o más de los siguientes: las cantidades de reembolso aceptados por los proveedores similares contratados con Alliant, las cantidades de reembolso pagados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para los mismos servicios o suministros, y otros datos de costo, reembolso y utilización de la industria; o
- Una cantidad basada en la información proporcionada por un proveedor externo, que puede reflejar uno o varios de los siguientes factores (1) la complejidad o gravedad del tratamiento; (2) el nivel de habilidad y experiencia requerido para el tratamiento; o (3) los honorarios y costos de proveedores comparables para prestar la atención; o
- Una cantidad negociada por Nosotros o por un Proveedor externo que ha sido acordada por el Proveedor. Esto puede incluir las tarifas de los servicios coordinados a través de la gestión de casos; o
- Una cantidad igual a los gastos totales facturados por el Proveedor, pero sólo si dichos gastos son anteriores al MAC calculado mediante uno de los métodos descritos anteriormente.

El MAC para los servicios médicos de emergencia fuera de la red se calcula como se describe en el Título 33 del Código Oficial de Georgia Anotado (OCGA) 33-20E-4; con respecto a los servicios de emergencia. Nosotros calcularemos el MAC como el mayor de los siguientes:

- La cantidad contratada verificable pagada por todas las aseguradoras elegibles por la prestación de servicios iguales o similares, según determine el Departamento de Seguros de Georgia.
- La cantidad verificable más reciente acordada por Alliant y el proveedor de servicios médicos de emergencia no participante para la prestación de los mismos servicios durante el tiempo en que dicho Proveedor estaba Dentro de la Red con Alliant.
- La cantidad superior que Alliant considere apropiada dada la complejidad y las circunstancias de los servicios prestados.

La cantidad pagada no incluye ninguna cantidad de coseguro, copago o deducible que Usted pueda deber. Los proveedores de servicios de emergencia fuera de la red pueden facturarle a Usted cualquier coseguro, copago o deducible que pueda deber de acuerdo con los términos de Su póliza.

En caso de que Usted reciba una factura sorpresa por servicios médicos que no son de emergencia de un proveedor fuera de la red, y Usted NO eligió activamente al proveedor fuera de la red antes de recibir los servicios, Nosotros calculamos el MAC como se describe arriba. Alliant se reserva el derecho de solicitar la documentación del proveedor fuera de la red para confirmar si Usted recibió los servicios sin haberlo Usted elegido.

La elección de un Proveedor Dentro de la Red probablemente dará lugar a menores costos de bolsillo para usted. Llame al Servicio al Cliente al (866) 403-2785 para que le ayuden a encontrar un Proveedor Dentro de la Red o visite nuestro sitio web en AlliantPlans.com.



GASTOS COMPARTIDOS DE LOS MIEMBROS

Para ciertos Servicios Cubiertos y dependiendo del diseño de su plan, es posible que Usted tenga que pagar una parte del MAC como Su cantidad de gastos compartido (por ejemplo, Deducible, copago y/o Coseguro).

El monto de Los Gastos Compartidos y el monto Máximo de los Gastos de Bolsillo pueden variar dependiendo de si recibió los servicios de un Proveedor Dentro de la Red o de un Proveedor Fuera de la Red. Específicamente, es posible que Usted tenga que pagar cantidades de gastos compartidos más elevados o que se apliquen límites a Sus beneficios cuando Usted utilice Proveedores Fuera de la Red. Por Favor, consulte el **Resumen de Beneficios y Cobertura** para conocer Sus responsabilidades y limitaciones en cuanto a los costos compartidos o llame al Servicio al Cliente al (866) 403-2785 para saber cómo pueden variar los beneficios de Su plan o los montos de los costos compartidos según el tipo de Proveedor que Usted utilice.

Alliant no proporcionará ningún reembolso por los Servicios No Cubiertos. Usted será responsable de la cantidad total facturada por Su Proveedor por los Servicios No Cubiertos, independientemente de si dichos servicios son realizados por un Proveedor Dentro o Fuera de la Red. Tanto los servicios específicamente excluidos por los términos de Su póliza/plan como los recibidos después de haber agotado los beneficios son Servicios No Cubiertos. Los beneficios pueden agotarse, por ejemplo, al exceder los límites de días/visitas por año calendario. En algunos casos, es posible que sólo se le pida a Usted que pague la cantidad más baja de costo compartido Dentro de la Red cuando Usted utilice un Proveedor Fuera de la Red. Por ejemplo, si Usted acude a un Hospital o centro Dentro de la Red y recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Fuera de la Red, como un radiólogo, anestesista o patólogo que está empleado o contratado por un Hospital o centro Dentro de la Red, Usted pagará las cantidades de gastos compartidos de la Red por esos Servicios Cubiertos. Sin embargo, también Usted puede ser responsable de la diferencia entre el cargo del MAC y el del Proveedor Fuera de la Red.

Ejemplo:

Su plan tiene un Coseguro del 20% para los servicios Dentro de la Red y del 30% para los servicios Fuera de la Red, una vez alcanzado el Deducible dentro o fuera de la red.

Usted se somete a una intervención quirúrgica en un Hospital Dentro de la Red. El Hospital ha contratado a un Proveedor Fuera de la Red para que realice los servicios de anestesiología para la

cirugía. Usted no tiene control sobre el anestesista utilizado.

- El cargo del Proveedor Fuera de la Red por el servicio es de \$1,200. El MAC para el servicio de anestesiología es \$950; Su responsabilidad de coseguro es el 20% de \$950, o \$190 y la cantidad restante que Nos corresponde pagar es el 80% de \$950, o \$760. Es posible que Usted reciba una factura del anestesista por la diferencia entre \$1,200 y \$950 o \$250. Su responsabilidad total de su bolsillo sería de \$190 (20% de responsabilidad del Coseguro) más \$250 adicionales, lo que supone un total de \$440.*
- Usted elige un cirujano dentro de la red. El cargo fue de \$2,500. El MAC para la cirugía es de \$1,500; Su responsabilidad de coseguro cuando se utiliza un cirujano Dentro de la Red es el 20% de \$1,500, o \$300. Permitimos el 80% de \$1,500, o \$1,200. El cirujano de la Red acepta el total de \$1,500 como reembolso de la cirugía, independientemente de los gastos. Su responsabilidad total de bolsillo sería \$300.*
- Usted elige un Proveedor Fuera de la Red para una intervención quirúrgica. El cargo del Proveedor Fuera de la Red por el servicio es \$2,500. El MAC para el servicio de cirugía es de \$1,500; Su responsabilidad de Coseguro para el Proveedor Fuera de la Red es de 30% de \$1,500, o \$450 después de haber cubierto el Deducible Fuera de la Red. Nosotros permitimos el 70% restante de \$1,500, o \$1,050. Además, el Proveedor Fuera de la Red podría facturarle a Usted la diferencia entre \$2,500 y \$1,500, por lo que Su gasto total de bolsillo sería de \$450 más \$1,000 adicionales, lo que supone un total de \$1,450.*

SERVICIOS AUTORIZADOS

En algunas circunstancias, como cuando no hay un Proveedor de la Red disponible para el Servicio Cubierto, Nosotros podemos autorizar que los gastos compartidos dentro de la red (Deducible, Copago y/o Coseguro) se apliquen a un reclamo por un Servicio Cubierto que Usted reciba de un Proveedor Fuera de la Red. En tal circunstancia, deberá ponerse en contacto con Nosotros antes de obtener el Servicio Cubierto. También podemos autorizar que las cantidades de gastos compartidos dentro de la red se apliquen a un reclamo por Servicios Cubiertos si Usted recibe Servicios de Emergencia de un Proveedor Fuera de la Red y no puede ponerse en contacto con Nosotros hasta después de que se haya brindado el Servicio Cubierto. Si Nosotros autorizamos un Servicio Cubierto de forma que Usted sea responsable de las cantidades de gastos compartidos dentro de la red, es posible que Usted siga siendo responsable de la diferencia entre el MAC y el cargo del Proveedor Fuera de la Red. Por favor, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente llamando al (866)403-2785 para obtener información sobre los Servicios Autorizados o para solicitar una autorización

Ejemplo:

Usted requiere los servicios de un Proveedor de especialidad, pero no hay un Proveedor Dentro de la Red para esa especialidad. Usted se pone en contacto con Nosotros antes de recibir cualquier Servicio Cubierto, y Nosotros le autorizamos a acudir a un Proveedor Fuera de la Red disponible para ese Servicio Cubierto y Nosotros aceptamos que se aplique los gastos compartidos dentro de la red.

Su plan tiene un Copago de \$45 para Proveedores Fuera de la Red y un Copago de \$25 para

Proveedores Dentro de la Red por el Servicio Cubierto. El cargo del Proveedor Fuera de la Red por este servicio es de \$500. El MAC es de \$200.

Debido a que Nosotros hemos autorizado que se aplique la cantidad de gastos compartidos dentro de la red en esta situación, Usted será responsable del Copago dentro de la red de \$25 y Alliant será responsable de los \$175 restantes de los \$200 del MAC.

Debido a que el cargo del Proveedor Fuera de la Red por este servicio es de \$500, Usted puede recibir una factura del Proveedor Fuera de la Red por la diferencia entre el cargo de \$500 y el MAC de \$200. Combinado con su Copago dentro de la red de \$25, su gasto total de bolsillo sería de \$325.

AUTORIZACIÓN DE COBERTURA



AUTORIZACIÓN

Algunos beneficios requieren autorización. Para autorizar un beneficio o servicio, Su proveedor debe llamar al Departamento de Gestión Médica al (800) 865-5922. Las autorizaciones se dan para los servicios basados en la Necesidad Médica. Alliant también aplica procesos clave de gestión médica para la revisión urgente, concurrente, revisión previa y posterior al servicio.

Si tiene preguntas sobre cómo se aprueba un servicio determinado, llame a Alliant al (800) 403-2785. Si Usted es sordo o tiene problemas de audición, llame al 711 para el Servicio Nacional de Retransmisión. Estaremos encantados de enviarle a Usted una explicación general de cómo se toma ese tipo de decisión o enviarle a Usted una explicación general del proceso de aprobación en general si lo solicita.

	Plazo para la Decisión
Autorización de Servicios de Urgencia	Tan pronto como sea posible, pero no más de 72 horas después del recibo de la solicitud de servicio. Si se necesita más información para tomar una decisión, Alliant le notificará a Usted dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud de servicio solicitando la información necesaria. Alliant tomará una decisión dentro de las 72 horas siguientes del recibo de la solicitud de servicios, independientemente del recibo de la información adicional solicitada.
Autorización Previa al Servicio	Dentro de quince (15) días naturales. Alliant podrá ampliar el plazo de quince (15) días por quince (15) días naturales adicionales debido a asuntos fuera del control de Alliant. Si esto es necesario, Alliant te lo hará saber por escrito dentro de los primeros quince (15) días naturales. Si el retraso se debe a que Alliant necesita más información para tomar una decisión, Usted tendrá hasta cuarenta y cinco (45) días naturales para proporcionar la información necesaria.
Autorización de Servicios Concurrentes	Dentro de las 24 horas siguientes a la solicitud de Servicios de Atención Urgente si la solicitud se recibe al menos 24 horas antes de la expiración de la autorización actual. Para las demás solicitudes, se tomará una decisión dentro de quince (15) días naturales.
Revisión Posterior al Servicio	Se trata de una revisión médica para determinar si un servicio ya recibido es un Servicio Cubierto. Una revisión posterior al servicio se gestiona de la misma manera que una apelación posterior al servicio con una decisión tomada dentro de treinta (30) días naturales. Consulte <i>“Reclamos y Recursos”</i> .

Los Servicios de Atención Urgente en esta sección significan cualquier atención o tratamiento médico al que la aplicación de los períodos de tiempo para hacer determinaciones de Servicios de Atención No Urgente (A) podría poner en grave peligro Su vida o salud o Su capacidad para recuperar la función máxima o (B) en la opinión del Proveedor que lo atiende, lo sometería a Usted a un dolor severo que no puede ser manejado adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es objeto de la certificación.

Una lista de los beneficios que requieren Autorización Previa se puede encontrar en Nuestro sitio web: AlliantPlans.com o llamando al Servicio al Cliente al (866) 403-2785. La lista de Autorización Previa está sujeta a cambios.

BENEFICIOS

Todos los Servicios Cubiertos deben ser Médicamente Necesarios, ya sea que se presten a través de Proveedores Dentro de la Red o de Proveedores Fuera de la Red. Algunos Servicios Cubiertos pueden requerir Autorización Previa, por favor llame a Servicio al Cliente al (866) 403-2785 o visite AlliantPlans.com para confirmar si un beneficio específico requiere Autorización Previa.

CONDICIONES DE ALERGIA

Se cubren las pruebas y los tratamientos Medicamente Necesarios para las afecciones alérgicas (consulte “Lo que No Está Cubierto” para las pruebas no estándar que se consideran un Servicio No Cubierto).

SERVICIO DE AMBULANCIA

Los servicios de ambulancia de emergencia son un beneficio Cubierto cuando se consideran Medicamente Necesarios y se cumple al menos uno de los siguientes criterios:

- Usted es transportado por un vehículo con licencia estatal que está diseñado, equipado y utilizado sólo para transportar a los enfermos y heridos y con personal de Técnicos de Emergencia Médica (EMT, por sus siglas en inglés), paramédicos u otros profesionales certificados. Esto incluye el transporte terrestre, de ala fija, de ala rotatoria o acuático.
- Usted es llevado:
 - Desde su casa, el lugar de un accidente o una emergencia médica hasta un Hospital;
 - Entre Hospitales, incluyendo cuando Nosotros le pedimos que se traslade de un Hospital Fuera de la Red a un Hospital Dentro de la Red; o
 - Entre un Hospital, un centro de Enfermería Especializada (sólo transporte terrestre) o un centro autorizado.

Usted debe ser trasladado al centro más cercano que pueda atender Su enfermedad. Durante una revisión de la apelación, Nosotros podemos aprobar beneficios para el transporte a un centro que no sea el más cercano.

Los beneficios pueden incluir el tratamiento Medicamente Necesario de una enfermedad o lesión por parte de profesionales médicos durante un servicio de ambulancia, incluso si Usted no es llevado a un centro.

Los Proveedores Fuera de la Red pueden facturarle a Usted cargos que excedan el MAC por servicios que pueden estar cubiertos pero que no son de emergencia.

AMBULANCIA TERRESTRE

Los servicios están sujetos a la revisión de la Necesidad Médica por parte de Alliant.

Todos los servicios de ambulancia terrestre programados para transportes que no sean de emergencia, sin incluir el transporte a un centro de agudos, deben ser Medicamente Necesarios. Esto puede incluir el transporte desde un Hospital, un Centro de Enfermería Especializada o un Centro de Rehabilitación hasta Su residencia cuando Su estado requiera una supervisión especializada durante el transporte con los servicios de un asistente de EMT u otro profesional medico autorizado.

AMBULANCIA AÉREA Y ACUÁTICA

Los servicios de ambulancia aérea están sujetos a la revisión de la Necesidad Médica por parte de Alliant. Alliant se reserva el derecho de seleccionar el proveedor de ambulancia aérea. Esto incluye ala fija, ala rotatoria o transporte acuático.

Los servicios de ambulancia aérea para transportes de Hospital a Hospital que no sean de emergencia deben ser Medicamente Necesarios.

TRANSPORTE EN AMBULANCIA AÉREA DE HOSPITAL A HOSPITAL

El transporte en ambulancia aérea tiene por objeto el traslado de un Hospital a otro y es un Servicio Cubierto si dicho transporte en ambulancia aérea es Medicamente Necesario, por ejemplo, si el transporte en ambulancia terrestre pone en peligro Su salud o el Hospital de traslado no dispone de facilidades adecuadas para prestar los servicios médicos necesarios. Ejemplos de tales servicios médicos especializados que generalmente no están disponibles en todos los tipos de facilidades pueden incluir, pero no se limitan a: atención de quemaduras, atención cardíaca, atención de traumatismos y atención crítica. El transporte de un Hospital a otro sólo está cubierto si el Hospital al que se traslada al paciente es el más cercano con las facilidades médicas adecuadas.

AMBULANCIA AÉREA DE ALA FIJA Y ROTATORIA

La ambulancia aérea de ala fija o rotatoria puede ser Medicamente Necesaria en circunstancias excepcionales. Deben cumplirse todos los criterios relativos a los servicios de ambulancia de urgencia, así como una de las siguientes condiciones:

- El estado de salud del Miembro debe requerir un transporte en ambulancia inmediato y rápido al centro médico apropiado más cercano que no podría haber sido proporcionado por una ambulancia terrestre.
- El punto de recogida es inaccesible en vehículo terrestre.
- Hay grandes distancias, plazos limitados u otros obstáculos para llevar al paciente al hospital más cercano con facilidades adecuadas para su tratamiento.
- El estado del paciente es tal que el tiempo necesario para transportarlo por tierra hasta el centro médico apropiado más cercano supone una amenaza para su salud.
- Los servicios de ambulancia o transporte médico se consideran elegibles para la cobertura si el paciente es declarado muerto después de la llamada a la ambulancia, pero antes de la recogida, o en el camino al hospital.

Los proveedores de servicios de ambulancia pueden facturarle a Usted cualquier coseguro, copago o deducible que pueda deber según los términos de su póliza. Usted sólo debe pagar la cantidad de gastos compartidos dentro de la red para los servicios de ambulancia aérea de emergencia fuera de la red, y esa cantidad de gasto compartido se aplica a su deducible dentro de la red.

El MAC para los servicios de ambulancia aérea de emergencia Fuera de la Red se calcula utilizando el menor de los cargos facturados por el proveedor o el QPA (monto de pago de calidad). El QPA se define como la tarifa mediana contratada por Alliant para servicios similares en una región geográfica específica.

SERVICIOS DE ANESTESIA PARA DETERMINADOS PACIENTES DENTALES

La anestesia general y los gastos de hospitalización o de centro quirúrgico ambulatorio están cubiertos en relación con la atención odontológica prestada a:

- Pacientes de siete años o menos, o con discapacidades de desarrollo;
- Una persona para la que no se puede esperar un resultado satisfactorio mediante anestesia local debido a un trastorno neurológico;
- Una persona que haya sufrido un traumatismo facial o dental extenso, excepto en el caso de un reclamo de Indemnización por Accidente Laboral.

CIRUGÍA ASISTIDA

Si son Médicamente Necesarios, los servicios brindados por un cirujano asistente se cubren en conjunto con una cirugía que ha sido coordinada por el cirujano del Miembro.

AUTISMO

Autismo significa un trastorno neurológico del desarrollo, que suele aparecer en los primeros tres años de vida, que afecta a las funciones cerebrales normales y se manifiesta por un comportamiento compulsivo y ritualista y por un deterioro grave de la interacción social y las habilidades de comunicación.

Este Contrato proporcionará beneficios para el diagnóstico del Autismo de acuerdo con las condiciones, limitaciones en cuanto al tipo y alcance del tratamiento autorizado para los trastornos neurológicos, exclusiones, acuerdos de gastos compartidos y requisitos de Copago que existen en este Contrato para los trastornos neurológicos.

Este Contrato contempla los servicios de habilitación o rehabilitación y otros servicios de asesoramiento o terapia necesarios para desarrollar, mantener y restablecer el funcionamiento de una persona con Trastorno del Espectro Autista (TEA, por sus siglas en inglés) de veinte (20) años o menos.

ATENCIÓN AL PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA

Los Servicios Cubiertos incluyen la atención de pacientes hospitalizados después de una mastectomía o disección de ganglios linfáticos por una duración apropiada de la estancia según lo determinado por el Médico que atiende en consulta con el Miembro. También se incluyen las visitas de seguimiento, que pueden llevarse a cabo en el hogar o en el consultorio del Médico, según lo determine el Médico tratante en consulta con el Miembro. Pueden aplicarse cargos adicionales. Se cubren los sujetadores de mastectomía, hasta 3 por año calendario.

ATENCIÓN RECONSTRUCTIVA DE CANCER DE MAMA

Los Servicios Cubiertos incluyen la atención después de una mastectomía para la reconstrucción del seno en la que se realizó la mastectomía, la cirugía y la reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, y las prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas, incluidos las linfedemas.

ATENCIÓN QUIROPRACTICA

Los Servicios Cubiertos incluyen la manipulación vertebral y están sujetos a gastos compartidos. Puede aplicarse un límite de visitas por año calendario como se indica en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**.

PROGRAMAS DE ENSAYOS CLÍNICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER INFANTIL

Los Servicios cubiertos incluyen los costos de atención de rutina al paciente incurridos en relación con la provisión de bienes, servicios y beneficios a los Miembros que sean niños Dependientes en relación con los programas de ensayos clínicos aprobados para el tratamiento del cáncer infantil. " Gastos rutinarios de atención al paciente" se refiere a aquellos Autorizados Previamente como gastos Médicamente Necesarios según lo dispuesto en la ley de Georgia (OCGA 33-24-59.1).

PROGRAMAS DE ENSAYOS CLÍNICOS EXIGIDOS POR EL PPACA

Si se cumplen los requisitos que se indican a continuación, los Servicios Cubiertos incluyen los gastos rutinarios de atención al paciente de los Miembros que cumplan los requisitos y que participen en ensayos clínicos aprobados para el cáncer y/u otra enfermedad o afección potencialmente mortal. Nunca se le inscribirá en un ensayo clínico sin Su consentimiento. Para tener derecho a dicha cobertura, Usted debe:

- Ser un Miembro;
- Estar diagnosticado de cáncer u otra enfermedad o afección que ponga en peligro la vida;
- Ser aceptado en un ensayo clínico aprobado (como se define a continuación);
- Ser referido por un proveedor de la red; y
- Recibir la Autorización Previa de Alliant.

Un ensayo clínico aprobado se entiende como un ensayo clínico de Fase I, Fase II, Fase III o Fase IV que se lleva a cabo en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal y (1) el estudio está aprobado o financiado por uno o varios de los siguientes: los Institutos Nacionales de la Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, el Departamento de Defensa de EE.UU, el Departamento de Asuntos de los Veteranos de EE.UU. o el Departamento de Energía de EE.UU, o (2) El estudio o la investigación se lleva a cabo en el marco de una solicitud de investigación de nuevos medicamentos revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o (3) el estudio o la investigación es un ensayo de medicamentos que está exento de tener una solicitud de investigación de nuevos medicamentos.

Si Usted cumple con los requisitos, Alliant no puede negar Su participación en un ensayo clínico aprobado. Alliant no puede negar, limitar o poner condiciones a Su cobertura de los gastos rutinarios del paciente asociados con Su participación en un ensayo clínico aprobado para el cual Usted cumpla con los requisitos. Usted no será negado ni excluido de ningún Servicio Cubierto en base a su condición de salud o a su participación en un ensayo clínico. El costo del medicamento o tratamiento objeto del ensayo clínico queda específicamente excluido de la cobertura.

Para los Servicios Cubiertos relacionados con un ensayo clínico aprobado, el gasto compartido (es decir, el Deducible, el Coseguro y los Copagos) se aplicará igual que si el servicio no estuviera específicamente relacionado con un ensayo clínico aprobado. En otras palabras, Usted pagará el gasto compartido que Usted pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con un ensayo

clínico.

EXÁMENES DE CÁNCER COLORRECTAL Y PRUEBAS DE LABORATORIO

Alliant sigue la recomendación del Grupo de Trabajo Preventivo de los Estados Unidos, grado A y B para determinar las edades para los exámenes preventivos colorrectales. Los Servicios Cubiertos incluyen exámenes de detección de cáncer colorrectal y pruebas de laboratorio especificadas en las directrices actuales de la Sociedad Americana del Cáncer para la detección de cáncer colorrectal (que no se consideran de investigación).

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Los beneficios se proporcionan para las complicaciones del embarazo que resultan de condiciones que requieren hospitalización cuando el embarazo no se interrumpe y cuyos diagnósticos son distintos del embarazo pero se ven afectados adversamente por el embarazo o son causados por el embarazo. Los beneficios por un parto normal o difícil no están cubiertos por esta disposición. Dichas prestaciones se determinan exclusivamente en la sección de Asistencia a la Maternidad de este Contrato. Se aplicarán en consecuencia los gastos compartidos dentro y fuera de la red.

SERVICIOS DE CONSULTA

Cubiertos cuando se requiere la habilidad y los conocimientos especiales de un Médico de consulta para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o Lesión.

DIABETES

Cubrimos los equipos, suministros, agentes farmacológicos y formación y educación para el autocontrol en pacientes ambulatorios que sean Médicamente Necesarios, incluida la terapia nutricional para personas con diabetes insulino dependiente, diabetes que utiliza insulina, diabetes gestacional y diabetes que no utiliza insulina, según prescriba el Médico. Los Servicios Cubiertos para la formación y educación en autocontrol para pacientes ambulatorios deben ser proporcionados por un profesional de la salud certificado, registrado o autorizado con experiencia en diabetes.

TRATAMIENTO DE DIÁLISIS

El tratamiento de diálisis es un Servicio Cubierto. Si se elige un Proveedor Fuera de la Red, se aplican los beneficios Fuera de la Red.

EQUIPO MÉDICO DURADERO

Su plan pagará el cargo de alquiler hasta el menor de los precios de compra del equipo o doce (12) meses de cargos de alquiler. Además de cumplir con los criterios de Necesidad Médica, el equipo también debe ser utilizado para mejorar las funciones de una parte del cuerpo malformada o para prevenir o retrasar el deterioro de la condición médica del Miembro. El equipo debe ser solicitado y/o prescrito por un Médico y ser apropiado para su uso en el hogar.

El equipo debe cumplir los siguientes criterios:

- Puede soportar el uso repetido;
- Se fabrica únicamente con fines médicos;

- No se trata simplemente de comodidad o conveniencia;
- Normalmente no es útil para una persona que no esté enferma o lesionada;
- Lo encarga un Proveedor;
- El Proveedor certifica por escrito la Necesidad Médica del equipo.
 - El Proveedor también indica el tiempo que se necesitará el equipo;
 - Podemos exigir en cualquier momento una prueba de la necesidad médica continuada de cualquier artículo;
- Está relacionado con el trastorno físico del paciente.

SERVICIOS DE URGENCIAS/SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA

Se cubre la atención en la sala de emergencias del Hospital para los servicios iniciales prestados por la aparición de síntomas de una condición médica de emergencia o una lesión Accidental grave que requiera atención médica inmediata. Si Usted necesita atención de urgencia, acuda a la sala de emergencias o llame al 911.

Una emergencia médica es una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor severo) para que una persona prudente, que posea un conocimiento medio de la salud y la medicina, pueda esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en una de las siguientes condiciones:

- Poner en grave peligro la salud del individuo (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido);
- Deterioro grave de las funciones corporales; o
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Puede exigirse un copago para la atención Dentro y Fuera de la Red. No se aplicará ningún Copago si el Miembro ingresa en el Hospital a través de la sala de urgencias. El Copago y/o el porcentaje a pagar se indican en el **Resumen de Beneficios y Cobertura** y es el mismo para la atención Dentro y Fuera de la Red.

CUIDADO DE LA VISTA

Un Miembro que busque atención de la vista cubierta puede obtener dicho servicio directamente de un oftalmólogo u optometrista participante que tenga licencia para proporcionar atención de la vista. La atención se limita únicamente a las condiciones médicas, no a la atención rutinaria de la vista (excepto para los menores de 19 años).

SERVICIOS DE ANESTESIA GENERAL

Los Servicios Cubiertos deben ser Médicamente Necesarios y ser ordenados por el Médico tratante y administrados por otro Médico que habitualmente facture dichos servicios. Los Servicios Cubiertos deben estar relacionados con un procedimiento que también sea un Servicio Cubierto. También están cubiertos los servicios de anestesia administrados por un Enfermero(a) Anestesiista Certificado (CRNA por sus siglas inglés).

- Este servicio de anestesia incluye los siguientes procedimientos que se administran para provocar la relajación muscular, la pérdida de sensibilidad o la pérdida de conciencia:

- Anestesia espinal o regional;
- Inyección o inhalación de un fármaco u otro agente (se excluye la infiltración local).

SERVICIOS DE HABILITACIÓN

Nosotros cubrimos los servicios de rehabilitación Médicamente Necesarios. Los servicios de rehabilitación se definen como servicios y dispositivos de atención médica diseñados para ayudar a las personas a adquirir, conservar o mejorar las habilidades de autoayuda, socialización y adaptación, así como el funcionamiento necesario para realizar con éxito las actividades rutinarias de la vida diaria en su hogar y en entornos comunitarios. Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y Equipo Médico Duradero. Estos servicios tienen límites de visitas por año civil. Los límites del plan se detallan en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**.

APARATOS AUDITIVOS

Aparato Auditivo es cualquier instrumento o dispositivo no experimental y ponible que se ofrece para ayudar o compensar una audición humana deteriorada y que se lleva dentro o sobre el cuerpo. El término Aparato Auditivo incluye cualquier pieza, molde de oído, pieza de reparación y pieza de recambio de dicho instrumento o dispositivo, incluidos, entre otros, los audífonos osteointegrados no implantados, los audífonos de conducción ósea no implantados y los sistemas de modulación de frecuencia. Los productos de amplificación personal del sonido no se considerarán Aparatos Auditivos.

Este Contrato proporcionará beneficios para Aparatos Auditivos para niños de 18 años o menores de acuerdo con las disposiciones de Georgia OCGA 33-24-59.21. Este Contrato proporciona un Aparato Auditivo por cada oído con problemas de audición sin superar los \$3,000.00 por Aparato Auditivo cada 48 meses, y los servicios y suministros Médicamente Necesarios de forma continua, según sea necesario, durante cada período de cobertura de 48 meses, sin exceder los \$3,000.00 por oído con problemas de audición. Este Contrato proporcionará estos beneficios de acuerdo con las condiciones, limitaciones, exclusiones, acuerdos de gastos compartidos y requisitos de Copago según se indica en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**.

SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA A DOMICILIO

La Asistencia Médica a Domicilio ofrece un programa para la atención y el tratamiento del Miembro en casa. Su cobertura se describe en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**. Una visita consiste en un máximo de cuatro horas de atención. El programa consiste en la atención especializada intermitente requerido, que puede incluir servicios de observación, evaluación, enseñanza y enfermería consistentes con el diagnóstico, establecido y aprobado por escrito por el Médico tratante del Miembro. Los límites del plan se describen en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**.

Nota: Los Servicios Cubiertos disponibles en la Asistencia Médica a Domicilio NO reducen los beneficios para pacientes ambulatorios disponibles en las secciones de Fisioterapia, Terapia Ocupacional o Terapia del Lenguaje que aparecen en este Contrato.

Se aplican algunas condiciones especiales:

- La declaración de certificación del Médico y el plan de atención.
- Los reclamos se revisarán para verificar que los servicios consisten en una atención especializada que es médicamente coherente con el diagnóstico.
- El Miembro debe estar esencialmente confinado en su casa.

Servicios Cubiertos:

- Visitas de una Enfermera Titulada (RN o LPN, por sus siglas inglés) No se pueden proporcionar beneficios por los servicios si la enfermera es pariente del Miembro.
- Visitas de un fisioterapeuta o logopeda cualificado y de un terapeuta de inhalación certificado por el Consejo Nacional de Terapia Respiratoria.
- Visitas de un Auxiliar de Enfermería a Domicilio cuando se realizan bajo la supervisión directa de una Enfermera Registrada (RN).
- Administración de medicamentos prescritos.
- El oxígeno y su administración.



LOS SERVICIOS CUBIERTOS PARA LA ASISTENCIA MÉDICA A DOMICILIO NO INCLUYEN:

- Alimentación, alojamiento, servicios de ama de casa, niñeras, comidas a domicilio; servicios de Atención Médica a Domicilio que no sean Médicamente Necesarios o de un nivel de atención no especializado. Servicios y/o suministros que no estén incluidos en el plan de Atención Médica a Domicilio descrito.
- Servicios de una persona que reside habitualmente en el domicilio del paciente o es Miembro de la familia del paciente o de su cónyuge.
- Cualquier servicio por cualquier período durante el cual el Miembro no esté bajo el cuidado continuo de un Médico.
- Cuidados de Convalecencia o de Custodia en los que el Miembro ha pasado un período de tiempo para recuperarse de una enfermedad o una intervención quirúrgica y en los que no se requieren cuidados especializados o los servicios que se prestan son únicamente de ayuda para la vida diaria, es decir, para la comodidad del paciente.
- Cualquier servicio o suministro que no esté específicamente incluido en la lista de Servicios Cubiertos.
- Cuidados rutinarios de un recién nacido.
- Servicios de dietista.
- Terapia de mantenimiento.
- Cuidados de enfermería privados.

SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Los beneficios de cuidados paliativos cubren los servicios de hospitalización y ambulatorios para los pacientes certificados por un Médico como enfermos terminales.

Su contrato proporciona servicios cubiertos para la atención de pacientes hospitalizados y ambulatorios en determinadas condiciones, tal y como se indica en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**. El programa de tratamiento de Hospicio debe:

- Ser reconocido como un programa de Hospicio aprobado por Alliant;

- Incluir servicios de apoyo para ayudar a los familiares cubiertos a afrontar la muerte del paciente; y
- Estar dirigido por un Médico y coordinado por una Enfermera Registrada (RN) con un plan de tratamiento que:
 - Proporciona un sistema organizado de atención domiciliaria;
 - Utiliza un equipo de cuidados paliativos; y
 - Dispone de atención las 24 horas del día.

Se aplican las siguientes condiciones:

- Para poder optar a los cuidados paliativos, el médico que le atiende debe certificar que no se espera que el paciente viva más de seis meses;
- El Médico debe diseñar y recomendar un programa de cuidados paliativos; y
- La declaración de certificación del Médico y el plan de atención.

SERVICIOS HOSPITALARIOS

Para la atención Dentro de la Red, su Médico debe organizar Su ingreso en el hospital.

Hospitalización

Servicios de Hospitalización:

- Los gastos de habitación para pacientes hospitalizados son Servicios Cubiertos que incluyen habitación semiprivada y comida, cuidados generales de enfermería y cuidados intensivos o cardíacos. Si Usted se aloja en una habitación privada, los Servicios Cubiertos se basan en la tarifa de habitación semiprivada vigente en el Hospital. Si Usted ingresa en un Hospital que sólo dispone de habitaciones privadas, los Servicios Cubiertos se basan en la tarifa vigente del hospital.

Servicios y Suministros:

- Los servicios y suministros proporcionados y facturados por el Hospital mientras Usted recibe atención en régimen de Hospitalización, incluido el uso de las salas de operaciones, de recuperación y de partos. También están cubiertos los exámenes de laboratorio y de diagnóstico, las soluciones intravenosas, los estudios del metabolismo basal, los electrocardiogramas, los electroencefalogramas, los exámenes de rayos X y la radioterapia y logopedia.
- No se cubren los artículos de conveniencia o comodidad (como radios, televisores, teléfonos, comidas de visitantes, etc.).

Duración de la estancia:

- Determinado por la Necesidad Médica.

PACIENTE AMBULATORIO

Atención Ambulatoria:

- Su Contrato proporciona Servicios Cubiertos cuando los siguientes servicios ambulatorios son Médicamente Necesarios:
 - Pruebas de preadmisión, cirugía, radiografías de diagnóstico y servicios de laboratorio.
- En un esfuerzo por administrar la calidad y el costo para Nuestros Miembros, Alliant se

reserva el derecho de establecer Proveedores Preferidos o Dentro de la Red para ciertos servicios.

- Consulte la definición de Servicios de Sala de Emergencia Servicios Médicos de Emergencia.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN FUERA DEL HORARIO DE TRABAJO

Si Usted necesita atención médica después del horario normal de oficina porque Usted necesita Servicios Médicos de Urgencia o de Emergencia, Usted puede encontrar un Centro Dentro de la Red llamando a Servicio al Cliente al (866) 403-2785 o visitando AlliantPlans.com. El horario normal de oficina es de 9 a.m. a 5 p.m. (EST), de lunes a viernes, excluyendo días festivos.

Atención de Urgencia significa cualquier atención médica o tratamiento de un problema médico que (A) podría poner en grave peligro su vida o su salud o su capacidad para recuperar la función máxima o (B) en opinión del Proveedor que le atiende, le sometería a un dolor intenso que no se puede controlar adecuadamente sin atención o tratamiento. El tratamiento de un problema médico de Atención de Urgencia no pone en peligro la vida y no requiere el uso de una sala de urgencias de un Hospital; y no se considera una emergencia.

VISITAS AL HOSPITAL

Las visitas del Médico a su paciente en el Hospital. Los Servicios Cubiertos se limitan generalmente a una visita diaria por cada Médico durante el período de internamiento cubierto.

PROVEEDORES DE NIVEL MEDIO AUTORIZADOS

Los beneficios son pagables por los Servicios Cubiertos brindados por proveedores de nivel medio autorizados. Dichos proveedores incluyen, pero no se limitan a, Enfermeras Profesionales (NP), Asistentes Médicos (PA), Asistentes Médicos Anestesiólogos (PAA) y Entrenadores de Atletismo (LAT) cuando realizan servicios dentro de su ámbito de práctica según lo definido por el estado de Georgia.

SERVICIOS DE LOGOPEDIA AUTORIZADOS

Los servicios deben ser ordenados y supervisados por un Médico, como se indica en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**. Los servicios se cubrirán únicamente para tratar o promover la recuperación de los déficits funcionales específicos identificados. Estos servicios tienen un límite de visitas por año calendario. Los límites del plan se indican en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**.

ATENCIÓN A LA MATERNIDAD (ATENCIÓN PRENATAL Y POSTNATAL)

Los Servicios Cubiertos incluyen la Atención a la Maternidad sobre la misma base que para cualquier otro tipo de atención, sujeta a las disposiciones de Copago, Deducible y Coseguro de su Contrato. Los beneficios de maternidad se conceden a la mujer suscriptora y a toda persona dependiente que reúna los requisitos necesarios. Los cuidados rutinarios del recién nacido forman parte de los beneficios de maternidad de la madre. En caso de que el recién nacido requiera otros cuidados que no sean los de rutina, el bebé será ingresado en el Hospital a su nombre (véase “Cambio de Cobertura” para añadir la cobertura de un recién nacido).

De acuerdo con la ley federal, el Contrato no puede restringir la duración de la hospitalización a menos del período de 48 horas o 96 horas, ni exigir una Autorización Previa para ninguna de las dos duraciones. La duración de la hospitalización que sea Médicamente Necesaria será determinada por el Médico que atiende al Miembro en consulta con la madre. Si la madre o el bebé reciben el alta antes de que transcurran 48 horas tras un parto normal o 96 horas tras un parto por cesárea, el Miembro tendrá acceso a dos visitas de seguimiento tras el alta dentro del periodo de 48 o 96 horas. Estas visitas podrán ser realizadas en la consulta del Médico o en el domicilio del Miembro por una agencia de Asistencia Médica a Domicilio. El Médico que atiende al Miembro determinará el lugar médicamente apropiado para el servicio y el tipo de Proveedor que lo presta. En el caso de la atención de un Médico Dentro de la Red para las visitas de atención prenatal, parto y posparto, sólo se cobrará un copago (si procede).

ATENCIÓN MÉDICA Y QUIRÚRGICA

Los beneficios incluyen los cuidados generales y el tratamiento de enfermedades o lesiones, así como los procedimientos de diagnóstico quirúrgico, incluidos los cuidados pre y postoperatorios habituales.

ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL Y TRATAMIENTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

Atención Hospitalaria de Salud Mental y Tratamiento del Abuso de Sustancias: Existen beneficios para los gastos de Hospitalización y de Médicos. Estos beneficios están cubiertos para cada Miembro según se indica en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**.

DESINTOXICACIÓN DE ALCOHOL Y DROGAS CON HOSPITALIZACIÓN:

Existen beneficios para la desintoxicación aguda de alcohol y drogas. Existen beneficios para los cargos de hospitalización y de médicos durante la hospitalización. Estos beneficios están cubiertos para cada Miembro según se indica en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**.

ATENCIÓN PROFESIONAL AMBULATORIA DE SALUD MENTAL Y TRATAMIENTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS: Los beneficios para los gastos ambulatorios de cada Miembro se detallan en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**.

Otros Servicios de Atención Médica cubiertos son:

- Atención profesional en la consulta externa de un Hospital;
- Visitas a la consulta del Médico;
- Servicios dentro del ámbito legal de la práctica de un Proveedor autorizado.

Nota: Para que sea reembolsable, la atención debe ser prestada por un psiquiatra, un psicólogo, un neuropsicólogo o un proveedor de nivel medio, como un trabajador social clínico autorizado, un especialista en enfermería clínica de salud mental, un terapeuta matrimonial y familiar autorizado o un consejero profesional autorizado. Los Miembros pueden seleccionar un Proveedor de Atención de Salud Mental o un Proveedor de Tratamiento de Abuso de Sustancias Dentro de la Red de Alliant.

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL Y ASESORAMIENTO NUTRICIONAL PARA LA OBESIDAD

El asesoramiento nutricional relacionado con el tratamiento médico de ciertos estados de enfermedad es limitado. Por favor, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente llamando al (866) 403-2785.

CIRUGÍA ORAL

Los Servicios Cubiertos incluyen únicamente:

- Dientes impactados óseos;
- Fractura de huesos faciales;
- Lesiones de la boca, el labio o la lengua que requieren un examen patológico;
- Incisión de accesorios de senos nasales, glándulas salivales de la boca o conductos;
- Dislocaciones de la mandíbula;
- Reparación plástica de la boca o el labio necesaria para corregir lesiones traumáticas o defectos congénitos que provocarán deficiencias funcionales;
- Servicios iniciales de emergencia para la estabilización de los dientes naturales sanos o de la estructura, incluidos los suministros o aparatos para el tratamiento requerido como resultado de, y directamente relacionado con, una lesión corporal accidental. La sustitución o reparación de dientes perdidos o rotos no está cubierta;
- Cirugía oral precipitada o causada por la TMJ.
- La sustitución o reparación de dientes no es un servicio cubierto.

OSTEOPOROSIS

Se proporcionarán beneficios a las personas que reúnan los requisitos para el reembolso de la medición de la masa ósea (prueba de densidad ósea) científicamente probada para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la osteoporosis para los Miembros que cumplan los criterios de Alliant.

SERVICIOS AMBULATORIOS

- Los servicios ambulatorios incluyen cargos por facilidades, auxiliares, uso de facilidades y profesionales cuando se reciben como pacientes ambulatorios en un Hospital, un centro independiente del Hospital, una clínica de salud minorista u otro Proveedor según lo determine Alliant. Estas facilidades pueden incluir un sitio no hospitalario u otra instalación del Proveedor que proporcione cirugía, diagnóstico, rayos X, servicios de laboratorio, terapia o servicios de rehabilitación.
- En un esfuerzo por administrar la calidad y el costo para Nuestros Miembros, Alliant se reserva el derecho de establecer Proveedores Preferidos o Dentro de la Red para ciertos servicios. Para determinar si existe un Proveedor Preferido, es responsabilidad del Miembro verificar el estado de un Proveedor dentro de la red. Los Miembros pueden verificar el estado de la red visitando nuestra herramienta Find-A-Provider en AlliantPlans.com o llamando a Servicio al Cliente al (866) 403-2785.

Consulte el **Resumen de Beneficios y Cobertura** para conocer la información aplicable sobre el Deducible, el Coseguro, el Copago y la limitación de beneficios.

CIRUGÍA AMBULATORIA

Los gastos de ambulatorio hospitalario o de centro ambulatorio independiente son Servicios Cubiertos según se indica en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**. La participación en los gastos-compartidos dentro y fuera de la red se aplica en consecuencia.

PRUEBAS DE VIGILANCIA DEL CÁNCER DE OVARIO

Los servicios cubiertos se prestan a las mujeres de riesgo de 35 años o más. Las mujeres de riesgo se definen como:

- tener antecedentes familiares:
 - con uno o más familiares de primer o segundo grado con cáncer de ovario;
 - de grupos de mujeres familiares con cáncer de mama;
 - de no poliposis;
 - cáncer colorrectal; o
 - que den positivo en las pruebas de las mutaciones BRCA1 o BRCA2.
- Las pruebas de vigilancia significan el cribado anual mediante:
 - Prueba de marcador tumoral en suero CA-125;
 - ecografía transvaginal; y
 - exámenes pélvicos.

FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DEL HABLA

Los servicios prestados por un Médico, un fisioterapeuta registrado (R.P.T.) o un terapeuta ocupacional o del habla autorizado (O.T. y/o S.T.), limitados a un total combinado de visitas máximas por año civil, tal como se indica en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**.

Todos los servicios prestados deben estar dentro del ámbito legal de la práctica y ser prestados personalmente por el Proveedor individual.

SERVICIOS MÉDICOS

Puede recibir tratamiento de un Proveedor Dentro de la Red o de un Proveedor Fuera de la Red, excepto cuando se indique. Sin embargo, el pago se reduce significativamente, o no está cubierto, si los servicios se reciben de un Proveedor Fuera de la Red. Dichos servicios están sujetos a los requisitos de Deducible y Gastos de Bolsillo aplicables.

Como Miembro de Alliant, Usted puede elegir un Proveedor Dentro de Nuestra Red visitando AlliantPlans.com. También Usted puede comunicarse con el Servicio al Cliente de Alliant al (866) 403-2785 y un representante le ayudará a localizar un Proveedor o Profesional Dentro de la Red. Después de seleccionar un proveedor, Usted puede comunicarse con el consultorio del proveedor para programar una cita.

ATENCIÓN PREVENTIVA

Los servicios de Atención Preventiva incluyen servicios ambulatorios y de consultorio. Las pruebas de detección y otros servicios están cubiertos como Cuidados Preventivos para adultos y niños sin síntomas actuales o antecedentes de una condición médica asociada a esa prueba o servicio. No se considera que los Miembros que tienen síntomas actuales o que han sido diagnosticados con una condición médica requieran atención preventiva para esa condición, sino que los beneficios se considerarán bajo el beneficio de servicios de diagnóstico.



Dentro de la Red

Los servicios de atención preventiva de esta sección deberán cumplir con los requisitos determinados por las leyes federales y estatales. Muchos servicios de atención preventiva están cubiertos por Su póliza sin Deducible, Copagos o Coseguro del Miembro cuando son proporcionados por un Proveedor de la Red. Esto significa que Alliant paga el 100% de la cantidad permitida. Estos servicios se dividen en cuatro grandes categorías que se muestran a continuación:

1. Servicios con calificación “A” o “B” del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos;
2. Vacunas para niños, adolescentes y adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades;
3. Preventive care and screenings for infants, children and adolescents as provided for in the comprehensive guidelines supported by the Health Resources and Services Administration; and
4. Additional preventive care and screening for women provided for in the guidelines supported by the Health Resources and Services Administration.

Usted puede llamar al Servicio al Cliente al (866) 403-2785 para obtener información adicional sobre estos servicios. También hay información disponible en estos sitios web del gobierno federal:

<https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>

<http://www.cdc.gov/vaccines/>

<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>

A medida que las fuentes gubernamentales identificadas anteriormente publiquen nuevas recomendaciones y directrices para la atención preventiva, éstas pasarán a estar cubiertas por este Contrato para los años del plan que comiencen un año después de la fecha de publicación de la recomendación o directriz o en cualquier otra fecha exigida por la Ley de Atención Asequible. El año del plan, también conocido como año de la póliza a efectos de esta disposición, se basa en el año civil. Si una recomendación o directriz gubernamental existente o nueva no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el entorno para la prestación de un servicio preventivo, entonces Alliant puede imponer límites de cobertura razonables a dicha atención preventiva siempre que sean coherentes con la Ley de Atención Asequible y la legislación aplicable de Georgia.

Fuera de la Red

Los servicios de atención preventiva no se pagan al 100% cuando se utilizan Proveedores Fuera de la Red. Se pagan según la tarifa del MAC y están sujetos a costos que incluyen, entre otros, Deducibles, Coseguros o costo de facturación de saldos del Proveedor.

APARATOS PROTÉSICOS

Los dispositivos protésicos para mejorar o corregir las condiciones resultantes de una Lesión Accidental o enfermedad están cubiertos si son Médicamente Necesarios y ordenados por un

Médico.

Entre los artículos relacionados con las prótesis se incluyen los Miembros artificiales y sus accesorios, los ojos artificiales, las lentes para los ojos utilizadas después de la extirpación quirúrgica de la(s) lente(s) del ojo(s), las abrazaderas para los brazos, las abrazaderas para las piernas (y los zapatos adjuntos) y las prótesis mamarias externas utilizadas después de la extirpación de las mamas. Los aparatos ortopédicos para tobillos y pies están cubiertos en la medida en que el aparato ortopédico se extienda desde el pie hasta por encima del tobillo.

Quedan **excluidos** los siguientes objetos: zapatos correctores (excepto cuando un zapato ortopédico se une a un aparato ortopédico o para el cuidado del pie diabético), todas las plantillas y aparatos ortopédicos (excepto para el cuidado del pie diabético); férulas nocturnas; dentaduras postizas; dientes de sustitución o estructuras que soporten directamente los dientes, placas de mordida, férulas orales, ayudas eléctricas o magnéticas para la continencia (ya sea anal o uretral); audífonos o aparatos auditivos; o implantes con fines estéticos excepto para la reconstrucción tras una mastectomía.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

La Cirugía Reconstructiva no incluye ningún servicio excluido en este Certificado. (Consulte “Limitaciones y Exclusiones”)

La cirugía reconstructiva está cubierta sólo en la medida en que sea Médicamente Necesaria:

- Restablecer una función de cualquier zona del cuerpo que haya sido alterada por una enfermedad, un traumatismo, anomalías congénitas/del desarrollo o procesos terapéuticos anteriores;
- Corregir los defectos congénitos de un hijo dependiente que le produzcan un deterioro funcional.
- Para corregir complicaciones médicas o deformidades postquirúrgicas, a menos que la cirugía anterior no fuera un Servicio Cubierto.

ENFERMERA REGISTRADA O ASISTENTE

Los servicios cubiertos se prestan a los primeros auxiliares de enfermería registrados que reúnan los requisitos necesarios. Los beneficios se pagan directamente a un primer asistente de enfermería registrado si dichos servicios se pagan a un primer asistente quirúrgico y dichos servicios se realizan a petición de un Médico y dentro del ámbito de la licencia profesional de un primer asistente de enfermería registrado. No se pagarán beneficios a un primer asistente de enfermería registrado que esté empleado por un Médico o un Hospital.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Los Servicios Cubiertos incluyen una segunda opinión médica por parte de un Proveedor Dentro de la Red con respecto a cualquier intervención quirúrgica propuesta o cualquier atención médica que sea un Servicio Cubierto.

ATENCIÓN EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Estos servicios tienen límites de visitas por año civil. Los límites del plan se describen en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**. Los reclamos se revisarán para verificar que los servicios

consisten en una Atención de Convalecencia Especializada que es médicamente coherente con el diagnóstico.

Los Cuidados Especializados de Convalecencia durante un período de recuperación se caracterizan por:

- Un pronóstico favorable;
- Un tiempo de recuperación razonablemente predecible; y
- Servicios y/o facilidades menos intensas que los del Hospital general de agudos, pero mayores que los normalmente disponibles en la residencia del paciente.

Los Servicios Cubiertos incluyen:

- Los cargos de la habitación semiprivada o de la sala de espera incluyen el servicio de enfermería general, las comidas y las dietas especiales. Si un Miembro se aloja en una habitación privada, este programa abona el importe de la tarifa de la habitación semiprivada para el cargo de la habitación privada;
- Uso de salas de cuidados especiales;
- Patología y Radiología;
- Fisioterapia o logopedia;
- Terapia de oxígeno y otros gases;
- Fármacos y soluciones utilizados mientras se es paciente;
- Gasa, algodón, telas, soluciones, yeso y otros materiales utilizados en apósitos, vendas y yesos. Esta prestación sólo está disponible si el paciente requiere la atención continua de un Médico y cuidados de enfermería las 24 horas del día.

No se concederán beneficios cuando:

- El Miembro alcanza el máximo nivel de recuperación posible y ya no necesita más que los cuidados rutinarios;
- Los cuidados son principalmente de Custodia, no requieren un servicio médico definitivo o de enfermería las 24 horas del día;
- Los cuidados son para síndromes cerebrales crónicos para los que no existen condiciones médicas específicas que requieran cuidados en un Centro de Enfermería Especializada;
- El Miembro sufre un deterioro senil, tiene una discapacidad intelectual y/o un retraso en el desarrollo y no tiene ninguna condición médica que requiera atención;
- La atención prestada es para otra cosa que no sea la Atención Especializada de Convalecencia;
- Se ha alcanzado el límite de los beneficios; consulte el **Resumen de Beneficios y Cobertura** o póngase en contacto con el Servicio al Cliente llamando al (866) 403-2785 para conocer las limitaciones de los beneficios.

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA (ATENCIÓN ESPECIALIZADA)

Un Miembro puede tener acceso a Médicos Especialistas; no es necesaria la Referencia de un PCP. Puede localizar un Médico Especialista en AlliantPlans.com o llamando al Servicio de Atención al Cliente al (866) 403-2785.

TELEMEDICINA

La práctica de la telemedicina, por parte de un Proveedor debidamente autorizado, mediante comunicaciones de audio, vídeo o datos (para incluir el correo electrónico seguro) es un

beneficio cubierto.

La telemedicina es una forma de telesalud que consiste en la prestación de servicios clínicos de atención médica por medio de comunicaciones de audio, visuales u otras telecomunicaciones o electrónicas en tiempo real, incluida la aplicación de videoconferencias seguras o tecnología de transferencia de almacenamiento y envío para proporcionar o apoyar la prestación de atención médica, que facilitan la evaluación, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la gestión de la atención y la autogestión de la atención médica de un paciente por parte de un proveedor de atención médica que ejerce dentro de su ámbito de práctica como lo haría en persona con un paciente, y que está legalmente autorizado a ejercer en este estado, mientras dicho paciente se encuentra en un lugar de origen y el proveedor de atención médica se encuentra en un lugar distante.

El uso de la telemedicina puede sustituir a un encuentro "en persona" para la consulta. Para ser elegible para el pago, se deben utilizar telecomunicaciones de audio interactivas que permitan la comunicación en tiempo real entre el Proveedor distante y el Miembro. Como condición para el pago, el Miembro debe estar presente y participar.

El monto del pago por el servicio profesional brindado vía telemedicina por el Proveedor en el sitio distante se basa en la tarifa negociada o MAC vigente para el servicio brindado.

TRASPLANTE DE ÓRGANO/TEJIDO/MÉDULA ÓSEA

Los centros de la red de trasplantes de Alliant son independientes de Nuestra red de Proveedores Preferidos. Los trasplantes que se realicen en un Centro de la Red de Trasplantes que no pertenezca a Alliant, incluso si el Centro de la Red de Trasplantes que no pertenezca a Alliant es un proveedor participante, no están cubiertos.

Los Servicios Cubiertos incluyen determinados servicios y suministros no excluidos de otro modo en este Certificado y prestados en relación con un trasplante cubierto, incluidos los procedimientos previos al trasplante, como la extracción de órganos (gastos del donante), los cuidados postoperatorios (incluido el tratamiento farmacológico antirrechazo, si los Medicamentos de Venta con Receta están cubiertos por el Contrato) y la quimioterapia para el cáncer relacionada con el trasplante, con las siguientes limitaciones.

Un trasplante es un procedimiento o una serie de procedimientos mediante los cuales un órgano o tejido es:

- Se extrae del cuerpo de una persona (llamada donante) y se implanta en el cuerpo de otra persona (llamada receptor); o
- Se extrae y se vuelve a colocar en el cuerpo de la misma persona (lo que se denomina autodonación).

Un trasplante cubierto significa un trasplante médicamente apropiado.

Trasplantes de órganos o tejidos humanos de córnea, pulmón, corazón o corazón/pulmón, hígado, riñón, páncreas o riñón y páncreas cuando se trasplantan juntos en la misma sesión

operatoria.

- Los trasplantes de médula ósea autólogos (autodonantes) con quimioterapia de alta dosis se consideran elegibles para la cobertura sobre una base de aprobación previa, pero sólo si se requiere en el tratamiento de:
 - Linfoma no Hodgkin de grado intermedio o alto, estadio III o IVB;
 - Enfermedad de Hodgkin (linfoma), estadios IIIA, IIIB, IVA o IVB;
 - Neuroblastoma, estadio III o estadio IV;
 - Pacientes con leucemia aguda linfocítica o no linfocítica en primera o posterior remisión, que tienen un alto riesgo de recaída y que no tienen un donante compatible con HLA disponible para el soporte de médula ósea alogénica;
 - Tumores de células germinales (por ejemplo, testiculares, mediastínicos, retroperitoneales, ováricos) que son refractarios a la quimioterapia a dosis estándar, con compuestos de platino aprobados por la FDA;
 - Cáncer de mama metastásico que (a) no ha sido tratado previamente con terapia sistémica, (b) responde actualmente a la terapia sistémica primaria, o (c) ha recaído tras responder al tratamiento de primera línea;
- Mieloma múltiple recién diagnosticado o con respuesta, enfermedad no tratada previamente, en remisión completa o parcial, o en recaída con respuesta Células madre hematopoyéticas homogéneas/alógicas (de otro donante) o singénicas, tanto si se obtienen de la sangre periférica de la médula ósea como de cualquier otra fuente, pero sólo si son necesarias en el tratamiento de:
 - Anemia aplásica;
 - Leucemia aguda;
 - Inmunodeficiencia combinada severa excluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA);
 - Osteoporosis maligna infantil;
 - Leucemia mielógena crónica;
 - Linfoma (síndrome de Wiscott-Aldrich);
 - Trastorno de almacenamiento lisosómico;
 - Síndrome mielodisplásico.

Gastos de los donantes significa todos los gastos, directos e indirectos (incluidos los gastos de administración del programa), incurridos en relación con:

- Servicios médicos necesarios para extraer el órgano o tejido del cuerpo del donante o del autodonante;
- Preservarlo; y
- El transporte hasta el lugar donde se realiza el trasplante.

En el tratamiento del cáncer, el término trasplante incluye toda la quimioterapia y los cursos de tratamiento relacionados que el trasplante apoya.

Para los fines de este beneficio, el término trasplante no incluye el trasplante de sangre o derivados sanguíneos (excepto las células madre hematopoyéticas) que se considerarán como no relacionadas con el trasplante según los términos del Contrato.

Trasplante en un Centro de Salud: todos los servicios y suministros Médicamente Necesarios proporcionados por un centro de salud en relación con un trasplante cubierto, excepto los gastos del donante y los medicamentos antirrechazo

Los servicios de trasplante del Proveedor profesional son todos los servicios y suministros Médicamente Necesarios proporcionados por un proveedor profesional en relación con un trasplante cubierto, excepto los gastos del donante y los medicamentos antirrechazo.

Beneficios para Viajes:

Ciertos gastos de viaje incurridos por un Miembro cubierto y la persona de apoyo son elegibles para el reembolso. En el caso de los trasplantes de órganos/tejidos preaprobados, los gastos de transporte, alojamiento y comida son reembolsables en virtud de esta póliza. Los gastos de viaje reembolsables cualificados y aprobados están permitidos, pero se limitan a un máximo combinado de \$10,000 por órgano/trasplante de tejido cubierto.

Los beneficios de viaje no están sujetos a los deducibles (dentro o fuera de la red) indicadas en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**, ni se aplican al Máximo de Gastos de Bolsillo (dentro o fuera de la red). Los gastos de viaje de la persona que recibe el trasplante incluyen los gastos de:

1. Transporte de ida y vuelta al lugar del trasplante.
 - a. Si se utiliza un vehículo personal, el kilometraje se reembolsa de acuerdo con la tasa de kilometraje estándar del IRS para fines médicos vigente en la fecha del viaje.
 - b. Si se utiliza un vehículo de alquiler, se reembolsará el coste del coche de alquiler más el combustible por recibo. El kilometraje no es aplicable si se alquila un coche.
2. Alojamiento durante el viaje de ida y vuelta al lugar del trasplante.
 - a. Los gastos de alojamiento no pueden superar la tarifa máxima de alojamiento establecida por la Administración de Servicios Generales de los Estados Unidos para el condado en el que el Miembro cubierto está recibiendo los servicios relacionados con el trasplante aprobados.
3. Alimentación durante el viaje de ida y vuelta al lugar del trasplante.
 - a. Tarifa diaria por persona, basada en la tarifa de la Administración de Servicios Generales de los Estados Unidos por comidas y gastos imprevistos válida en la fecha del trasplante, para el condado en el que el Miembro cubierto está recibiendo servicios aprobados relacionados con el trasplante.

A modo de ejemplo, pero sin limitarse a ello, los gastos de viaje no incluirán ningún gasto por:

- a) Gastos de beneficio de viaje por trasplante incurridos dentro de un radio de 200 millas en una dirección desde el domicilio del Miembro
- b) Facturas de lavandería
- c) Facturas de teléfono
- d) Productos de alcohol o tabaco
- e) Gastos de transporte aéreo que superen las tarifas de la clase turista
- f) El alquiler de coches cobra por encima de la tarifa económica
- g) Cualquier gasto de alimentación que supere la tarifa por persona y día
- h) Cualquier gasto de alojamiento que supere la tarifa máxima de alojamiento

Estos beneficios de viaje sólo están disponibles para los Miembros cubiertos que son receptores de un trasplante de órganos/tejidos. No se ofrecen beneficios de viaje para los donantes. Para más información, póngase en contacto con el Servicio al Cliente llamando al (866) 403-2785.

Beneficios para los Medicamentos Antirrechazo:

En el caso de los medicamentos antirretrovirales tras el trasplante cubierto, los Servicios Cubiertos se limitarán a los Medicamentos de Venta con Receta, si los hubiera, cubiertos por el Contrato.

Requisito de Autorización Previa:

Todos los procedimientos de trasplante deben ser Autorizados Previamente para el tipo de trasplante y ser Médicamente Necesarios y no Experimentales o de Investigación de acuerdo con los criterios establecidos por Alliant. Para obtener una Autorización Previa, llame al (800) 865-5922. Los requisitos de Autorización Previa forman parte de la administración de beneficios del Contrato y no son una recomendación de tratamiento. El curso real del tratamiento médico que elija el Miembro sigue siendo estrictamente un asunto entre el Miembro y Su Médico.

Su Médico debe presentar un historial médico completo, incluyendo el diagnóstico actual y el nombre del cirujano que realizará el trasplante. La cirugía debe realizarse en un Centro de Trasplantes aprobado por Alliant. El donante, el receptor del donante y la cirugía de trasplante deben cumplir con los criterios de selección médica requeridos según lo definido por Alliant.

Si el trasplante es de un donante vivo, los beneficios son los siguientes:

- Si un Miembro recibe un trasplante y el donante también está cubierto por este Contrato, el pago para el Miembro y el donante se realizará bajo la Cobertura de cada uno de ellos.
- Si el donante no está cubierto por el presente Contrato, el pago para el Miembro y el donante se realizará en virtud de este Contrato, pero estará limitado por cualquier pago que pudiera realizarse en virtud de cualquier otro plan de cobertura de hospitalización.
- Si el Miembro es el donante y el receptor no está cubierto por este Contrato, el pago para el Miembro se realizará en virtud de este Contrato limitado por cualquier pago que pueda realizar la cobertura de hospitalización del receptor con otra compañía. No se efectuará ningún pago en virtud de este Contrato para el receptor.

SERVICIOS DE ATENCIÓN URGENTE

Los Servicios Cubiertos brindados en los Centros de Atención de Urgencia están cubiertos según se indica en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**. Atención de Urgencia significa cualquier atención médica o tratamiento de un problema médico que (A) podría poner en grave peligro Su vida o Su salud o Su capacidad para recuperar la función máxima o (B) en opinión del Proveedor que le atiende, le sometería a un dolor intenso que no se puede controlar adecuadamente sin atención o tratamiento. El tratamiento de un problema médico de Atención de Urgencia no pone en peligro la vida y no requiere el uso de una sala de urgencias de un Hospital; no se considera una emergencia.

Por favor, consulte la sección Limitaciones y Exclusiones para conocer los Servicios No Cubiertos.

PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

(Tenga en cuenta que los planes para grupos grandes no están obligados a ofrecer beneficios de Medicamentos Recetados para pacientes ambulatorios; verifique la cobertura con su Departamento de Recursos Humanos).

Este plan utiliza un Administrador de Beneficios Farmacéuticos (PBM, por sus siglas en inglés) para la administración de los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Magellan Rx Management es el PBM de Alliant Health Plans. Para obtener la información más actualizada sobre su Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados, llame al Servicio al Cliente de Magellan Rx al (800) 424-1799.

La red de farmacias de Magellan Rx incluye farmacias locales y minoristas en todo Estados Unidos. Los Miembros pueden obtener asistencia para Medicamentos Recetados y farmacias llamando al Servicio al Cliente de Magellan Rx al (800) 424-1799.

El plan proporcionará cobertura para los medicamentos, los suministros, los suplementos y la administración de un medicamento (si dichos servicios no estuvieran excluidos de la cobertura) cuando sean recetados por un Proveedor autorizado y cualificado y se obtengan en una farmacia participante. El plan utiliza un formulario de medicamentos, que es una lista de Medicamentos Recetados que están cubiertos por el plan. El formulario de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos que han sido objeto de una cuidadosa revisión por parte de un comité de médicos y farmacéuticos en activo. Este comité revisa los medicamentos nuevos y los ya existentes para comprobar su seguridad y eficacia, y decide qué medicamentos proporcionan un tratamiento de calidad al mejor precio. Aunque el formulario de medicamentos pretende ofrecer una cobertura completa de Sus necesidades de medicamentos recetados, hay algunos productos que no están cubiertos o que tienen una disponibilidad limitada. En el caso de medicamentos que no están en el formulario o que no están cubiertos por Su programa de beneficios de medicamentos, hable con Su médico sobre medicamentos alternativos. Si Usted tiene preguntas sobre el formulario de medicamentos o sobre Su plan de Medicamentos Recetados, llame al Servicio al Cliente de Magellan Rx al (800) 424-1799 o visite Nuestro sitio web en AlliantPlans.com para ver el formulario de medicamentos. Puede encontrar información adicional sobre las limitaciones y exclusiones de los Medicamentos Recetados en la sección de Exclusiones de este Certificado.

Su diseño de beneficios, tal como se muestra en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**, determinará el copago o el Coseguro de Su programa de Medicamentos Recetados para los medicamentos preferidos del formulario y los no preferidos que figuran en el formulario de medicamentos. Para los medicamentos recetados y los suministros para diabéticos prestados por una farmacia, el MAC es la cantidad determinada por Nosotros utilizando la información

sobre el costo de los Medicamentos Recetados proporcionada por el PBM. Cuando existan copagos, el copago se expresará para un único surtido o para un suministro de 31 días, lo que sea menor. Cuando se disponga de surtidos para varios meses (90 días, por ejemplo), se exigirá un copago por cada mes (3 copagos por un surtido de 90 días).

En el momento de la dispensación de la receta, presente Su tarjeta de Identificación en la farmacia Dentro de la red. La farmacia Dentro de la Red completará y enviará la reclamación por Usted. Si Usted no acude a una farmacia Dentro de la Red, Usted tendrá que presentar la factura detallada para que sea procesada.

BENEFICIOS

El programa de Medicamentos Recetados proporciona cobertura para los medicamentos que, según la ley federal, sólo pueden ser dispensados con una receta escrita por un Médico.

Este programa permite renovar una receta en el plazo de un año a partir de la fecha de prescripción original, según lo autorizado por Su Médico y de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

Un número limitado de Medicamentos Recetados requieren Autorización Previa por Necesidad Médica. La Autorización Previa es un requisito para que Su médico obtenga la aprobación para recetarle un medicamento específico. Revisamos las solicitudes de estos medicamentos seleccionados para ayudar a garantizar el uso adecuado y seguro de los medicamentos para Su(s) enfermedad(es). Si no se aprueba la Autorización Previa, el medicamento designado no tendrá cobertura. Para obtener una lista de medicamentos selectos que requieren Autorización Previa, por favor comuníquese con Servicios al Cliente de Magellan Rx al (800) 424-1799.

Los Servicios Cubiertos Pueden Incluir:

Medicamentos de venta con receta al por menor que hayan sido recetados por un Proveedor. Los Medicamentos de Venta con Receta al por Menor se dispensarán, en todos los casos, según el formulario de medicamentos para recetas prescritas y dispensadas Dentro y Fuera de la Red. Sólo los Medicamentos de Venta con Receta incluidos en el Formulario de Medicamentos, según sea modificado periódicamente por Alliant, podrán ser Servicios Cubiertos, excepto según se indica a continuación o se disponga lo contrario en el Formulario de Medicamentos.

Medicamentos de Especialidad

Los Medicamentos de Especialidad suelen ser medicamentos de alto costo, inyectables, en infusión, orales o inhalados, que generalmente requieren una estrecha supervisión y control de su efecto en el paciente por parte de un profesional médico. Los Medicamentos de Especialidad suelen requerir una gestión especial, como ser empaquetado a temperatura controlada y ser entregados al día siguiente, y a menudo no están disponibles en las farmacias minoristas. La mayoría de los Medicamentos de Especialidad requieren Autorización Previa. Puede obtener la lista de Medicamentos de Especialidad y Farmacias de Especialidad contratadas comunicándose con Servicios al Cliente de Magellan Rx al (800) 424-1799 o en línea en AlliantPlans.com.

Usted o Su Médico pueden pedir Sus Medicamentos de Especialidad en varias Farmacias Especializadas. Para obtener un Medicamento Especializado para uso domiciliario, Usted debe tener una orden de prescripción de medicamentos de un Médico; una orden escrita u oral para un medicamento, una orden de prescripción electrónica de imagen visual o una orden de prescripción electrónica de datos.

Las Farmacias de Especialidad pueden entregar sus recetas de Medicamentos de Especialidad a través de un servicio de transporte común nocturno y se envían directamente a Usted o, si es necesario, a un Proveedor para su administración. Su plan de tratamiento y la prescripción específica determinarán dónde tendrá lugar la administración del medicamento y por quién.

Adicionalmente, Su Copago y/o Coaseguro pueden ser prorrateados para apoyar el método de distribución y tratamiento. Si un Proveedor cobra una tasa de administración por Medicamentos de Especialidad, ese monto será independiente del costo del medicamento. Los cargos por administración de medicamentos se consideran servicios médicos que están sujetos a las disposiciones sobre Copago, Coaseguro y porcentaje a pagar, tal y como se explica en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**.

Alliant Health Plans se asocia con Magellan Rx Management porque todos Nos dedicamos a proporcionar un servicio de calidad y una atención personalizada. Juntos, Nosotros le facilitamos la obtención rápida de Sus medicamentos especializados y le proporcionamos a Usted apoyo adicional para ayudarlo a mantenerse por buen camino. Nosotros nos mantendremos en contacto durante el transcurso de Su terapia y le llamaremos para recordarle las reposiciones mensuales y para responder a cualquier pregunta que Usted pueda tener sobre Su tratamiento. Además, Usted también tiene acceso a muchos servicios útiles:

- **Especialistas en seguros** para ayudarlo a Usted a sacar el máximo provecho a sus beneficios
- **Programas clínicos** para ayudar a controlar Su enfermedad
- **Material educativo sobre Su enfermedad o medicación**, incluyendo guías para el hogar
- **Entrega gratuita** en Su domicilio o en otra dirección en los dos días siguientes al pedido
- **Suministros importantes sin coste adicional**, como jeringuillas y agujas
- **Farmacéuticos y enfermeros altamente capacitados** disponibles de forma gratuita para responder a cualquier pregunta
- **Portal del Miembro en línea** donde Usted puede solicitar renovaciones y obtener más información

PROCESO DE ASIGNACIÓN DE NIVELES

Nosotros hemos establecido o delegado la responsabilidad de este proceso a un Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés), formado por profesionales de la salud, incluyendo enfermeras, farmacéuticos y médicos. El propósito de este comité es ayudar a determinar la idoneidad clínica de los medicamentos, determinar las asignaciones de nivel de los medicamentos y asesorar sobre programas que ayuden a mejorar la atención. Dichos programas pueden incluir, entre otros, programas de utilización de medicamentos, criterios

de Autorización Previa, programas de conversión terapéutica, iniciativas de marcas cruzadas, protocolos de terapia escalonada, iniciativas de perfiles de medicamentos y similares. Algunos de estos programas requerirán información adicional de Su médico para cumplir los requisitos. Para obtener más información sobre estos programas y cómo los administra Alliant Health Plans, llame al Servicio al Cliente al (866) 403-2785.

La determinación de los niveles la realiza Alliant basándose en las decisiones clínicas proporcionadas por el Comité de P&T y, en su caso, en el costo del medicamento en relación con otros medicamentos de su clase terapéutica o utilizados para tratar la misma enfermedad o una similar; en la disponibilidad de alternativas de venta libre y, en su caso, en determinados factores económicos clínicos.

Nosotros conservamos el derecho, a Nuestra discreción, de determinar la cobertura de las fórmulas farmacéuticas en función de los métodos de administración cubiertos (por ejemplo, por vía oral, inyectable, tópica o inhalada) y podemos cubrir una forma de administración y excluir colocar otras formas de administración en otro nivel.

Niveles de Medicamentos

La cantidad que Usted pagará por un Medicamento Recetado depende del nivel del medicamento que Usted reciba. Consulte su **Resumen de Beneficios y Cobertura** para determinar el costo de su Copago, Coaseguro y Deducible (si lo hubiera). Los Medicamentos Recetados se dispensarán siempre según las indicaciones de Su Médico. Usted puede solicitar, o Su Médico puede ordenar, el Medicamento de Marca.

Sin embargo, si hay un Medicamento Genérico disponible, Usted será responsable de la diferencia del cargo permitido entre el Medicamento Genérico y el de Marca, además de Su Copago genérico. La diferencia que se le cobrará a Usted entre los costos de los dos medicamentos no incluye el Copago, si corresponde. Esta diferencia se denomina penalización DAW por sus siglas en inglés (Dispense as Written en inglés o en español Dispensar como escrito).

Ejemplo de sanción de DAW: Su Médico ordena un suministro de 30 días del Medicamento de Marca Coumadin, que tiene un costo de \$75. El Medicamento Genérico Warfarin está disponible por \$5 para un suministro de 30 días, lo que supone una diferencia de \$70. Su Copago por el Medicamento de Marca es de \$10 y si Usted decide utilizar el Coumadin en lugar del Warfarin, Su costo será de \$80. (Los dólares indicados son sólo a modo de ejemplo y no son representativos del costo real de estos medicamentos.)

Por ley, los Medicamentos Genéricos y de Marca deben cumplir las mismas normas de seguridad, potencia y eficacia. El uso de genéricos generalmente ahorra dinero y proporciona la misma calidad. Nos reservamos el derecho, a Nuestra entera discreción, de eliminar de esta póliza determinados Medicamentos Genéricos de mayor costo.

- Los medicamentos del **primer nivel** suelen tener el gasto compartido más bajo. Este nivel contendrá medicamentos de bajo costo o preferidos. Este nivel puede incluir medicamentos genéricos, de una sola marca o de varias marcas.

- Los medicamentos de **segundo nivel** tendrán un gasto compartido más elevado que los de primer nivel. Este nivel contendrá medicamentos preferidos que generalmente tienen un costo moderado. Este nivel puede incluir medicamentos genéricos, de una sola marca o de varias marcas.
- Los medicamentos del **tercer nivel** tendrán un gasto compartido más elevado que los del segundo nivel. Este nivel contendrá medicamentos no preferidos o de alto costo. Este nivel puede incluir medicamentos genéricos, de una sola marca o de varias marcas.
- Los medicamentos del **cuarto nivel** tendrán un gasto compartido mayor que los del tercer nivel. Este nivel contendrá medicamentos de especialidad. Este nivel puede incluir medicamentos genéricos, de una sola marca o de varias marcas.
- Los medicamentos del **quinto nivel** no tendrán gastos compartidos. Este nivel contendrá medicamentos cubiertos por las Directrices Preventivas de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible. Este nivel puede incluir medicamentos genéricos, de una sola marca o de varias marcas.

Nota: Algunos planes pueden tener más o menos niveles que los cinco indicados anteriormente.



FORMULARIO DE MEDICAMENTOS

El Miembro tendrá derecho, previa solicitud, a una copia del Formulario de Medicamentos, que también está disponible en Nuestro sitio web: AlliantPlans.com. También puede ponerse en contacto con el Servicio al Cliente llamando al (866) 403-2785 para solicitar una copia en papel.

Alliant sólo puede modificar el formulario de medicamentos por las siguientes razones:

- Incorporación de nuevos medicamentos, incluidos los genéricos, a medida que estén disponibles.
- Retirada de medicamentos del mercado por decisión de la FDA o del fabricante.
- Reclasificación de medicamentos del formulario preferido al no preferido o viceversa.
- Todas las reclasificaciones de medicamentos son supervisadas por un comité de revisión médica independiente. Pueden ocurrir cambios:
- Basado en nuevos estudios clínicos que indiquen una evidencia adicional o nueva que pueda beneficiar el resultado del paciente o que identifique un daño potencial para el paciente;
- Cuando se dispone de varios medicamentos similares, como otros medicamentos de una clase específica (por ejemplo, antiinflamatorios, antidepresivos o inhaladores corticosteroides para el asma);
- Cuando un medicamento de marca pierde su patente y los genéricos están disponibles;
- Cuando los medicamentos de marca estén disponibles sin receta médica; o
- Cuando los medicamentos se reclasifican al estatus de no formulario debido a la disponibilidad de medicamentos terapéuticos/clínicamente equivalentes, incluidos los de venta sin receta.

Medicamentos similares significa medicamentos dentro de la misma clase o tipo de medicamento. Los fármacos Terapéuticos/Clínicamente equivalentes son fármacos de los que cabe esperar resultados terapéuticos similares para una enfermedad o afección.

Usted será notificado por escrito de los medicamentos que cambien al estatus de no formulario al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio si Usted ha tenido una receta para el medicamento dentro de los 12 meses anteriores de cobertura bajo este plan. Los medicamentos considerados para el estatus de no formulario son sólo aquellos con alternativas Terapéutica/Clínicamente Equivalentes.

Si Su solicitud de Excepción es negada, Usted puede ejercer Su derecho a apelar. Para obtener información sobre el proceso de Excepción o de apelación, llame a Servicios al Cliente de Magellan Rx al (800) 424-1799. La ley de Georgia le permite obtener, sin penalización y de manera oportuna, medicamentos específicos y medicamentos no incluidos en el formulario de medicamentos cuando:

- Usted ha estado tomando o utilizando el medicamento recetado no incluido en el formulario antes de su exclusión del formulario y Nosotros determinamos, tras consultar con el médico que lo recetó, que el equivalente Terapéutico/Clínico del medicamento del formulario es o ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición del paciente; o
- El Médico que receta determina que el fármaco del Formulario Terapéutico/Equivalente Clínico causa, o se espera razonablemente que cause, reacciones adversas o perjudiciales al paciente.

PROGRAMAS DE FARMACIA ESPECIALIZADA

De vez en cuando, Nosotros podemos iniciar varios programas para animar a los Miembros a utilizar medicamentos más costo-eficaces o clínicamente eficaces, incluyendo, entre otros, medicamentos genéricos, productos sin receta o productos preferidos. Dichos programas pueden implicar la reducción o la exención de los Copagos o Coseguros para determinados medicamentos o productos preferidos durante un período de tiempo limitado.

Medicamentos Fuera de Indicación

Cuando se prescribe a una persona con una afección o enfermedad potencialmente mortal o crónica e incapacitante, se conceden beneficios para lo siguiente:

- Medicamentos fuera de indicación; y
- Servicios Médicamente Necesarios asociados a la administración de dicho medicamento.

Un medicamento fuera de indicación es aquel que se prescribe para un uso diferente al uso para el que dicho medicamento ha sido aprobado para su comercialización por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA). Todos los medicamentos fuera de indicación deben ser aprobados previamente por Alliant Health Plans.

OTRAS DISPOSICIONES DEL PROGRAMA

Si el Miembro, por decisión propia, elige un Medicamento de Marca en lugar de un medicamento genérico, independientemente de que esté disponible un equivalente genérico e incluso si el Médico ordena que el medicamento sea “dispensado como está escrito”, el Miembro pagará el Copago por el Medicamento de Marca como se indica en el **Resumen de Beneficios y**

Cobertura, MÁS la diferencia en el costo de los dos medicamentos.



LOS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIO NO INCLUYEN LO SIGUIENTE:

- Medicamentos Recetados por cualquier cantidad dispensada que exceda el programa de dosificación clínicamente recomendado por la FDA;
- Medicamentos Recetados recibidos a través de un proveedor de farmacia en Internet o de un proveedor de pedidos por correo, excepto Nuestro proveedor de pedidos por correo designado;
- Medicamentos recién aprobados por la FDA que no han sido aprobados durante al menos 180 días;
- Vitaminas no legendarias;
- Artículos de venta sin receta;
- Medicamentos cosméticos;
- Supresores del apetito;
- Productos para la pérdida de peso;
- Suplementos dietéticos;
- Jeringas (para uso distinto de la insulina), excepto cuando se coordinan con un inyectable aprobado;
- Inyectables (excepto con Autorización Previa como se requiere);
- La administración o inyección de cualquier Fármaco con Receta o de cualquier droga o medicamento;
- Medicamentos Recetados que se consumen o administran en su totalidad en el momento y lugar en que se emite la orden de prescripción;
- Renovaciones de recetas que superen el número especificado por el médico, o cualquier renovación dispensada después de un año de la fecha de la orden de prescripción;
- Medicamentos Recetados para los que no hay que pagar;
- Cargos por artículos como dispositivos terapéuticos, aparatos artificiales o similares, independientemente de su uso previsto;
- Medicamentos recetados para Su uso mientras sea paciente interno o externo de un hospital;
- Medicamentos Recetados para su uso en un centro de convalecencia o en una residencia de ancianos que son suministrados normalmente por dicho centro para el cuidado y tratamiento de de pacientes ingresados;
- Gastos de envío de cualquier Medicamento Recetado;
- Fármacos y medicamentos que no requieren receta Médica y que no son de Fármacos de Prescripción;
- Medicamentos Recetados suministrados por un Médico, se cobre o no por dichos Medicamentos Recetados;
- Medicamentos Recetados que no sean Médicamente Necesarios o que Nosotros determinemos que no son consistentes con el diagnóstico (Vea la sección Medicamentos Fuera de Indicación para las excepciones);
- Los Medicamentos Recetados que Nosotros determinemos que no se suministran de

- acuerdo con las normas médicas profesionales aceptadas en los Estados Unidos;
- Cualquier servicio o suministro, que no esté específicamente listado como cubierto por este programa de Medicamentos Recetado;
- Medicamentos Recetados de carácter experimental o de investigación, tal como se explica en la sección de Limitaciones y Exclusiones Generales;
- Medicamentos Recetados para los hongos de las uñas, excepto para los pacientes inmunodeprimidos o diabéticos;
- Medicamentos no incluidos en el formulario, excepto los descritos en esta sección del Programa de Medicamentos Recetados.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES GENERALES



LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO

Su cobertura no proporciona beneficios para:

- **Aborto** y la atención al aborto no están cubiertos.
- **Acupuntura** - Terapia de acupuntura y acupresión.
- **Afiliación a Clubes de Salud y Servicios de Fitness** - Afiliación a clubes de salud, equipos de entrenamiento, cargos de un preparador físico o personal, o cualquier otro cargo por actividades, equipos o facilidades utilizadas para el acondicionamiento físico, incluso si son ordenados por un médico. Esta exclusión también se aplica a los balnearios.
- **Alimentos, Alimentos Médicos o Productos Alimenticios**
- **Antes de que Comience la Cobertura/Después de que Termine la Cobertura** - Servicios prestados o suministros proporcionados antes de que comience la cobertura, es decir, antes de la Fecha de Entrada en Vigencia del Miembro, o después de que termine la cobertura. Dichos servicios y suministros incluirán, pero no se limitarán, a las admisiones en hospitales para pacientes internos que comiencen antes de la Fecha de Vigencia del Miembro, y que continúen después de la Fecha de Vigencia del Miembro.
- **Aromaterapia**
- **Artículos de Comodidad Personal** - artículos de comodidad personal como los que se proporcionan principalmente para su comodidad o conveniencia personal, incluidos los servicios y suministros no relacionados directamente con la atención médica, como las comidas y el alojamiento de los huéspedes, los servicios de peluquería, los gastos de teléfono, el entretenimiento, los servicios de ama de casa, los gastos de viaje y los suministros para llevar a casa.
- **Asesoramiento** - Asesoramiento religioso, matrimonial y sexual, incluyendo servicios y tratamientos relacionados con el asesoramiento religioso, el asesoramiento matrimonial/relacional y la terapia sexual.
- **Atención Médica a Cargo del Empleador** - atención prestada por un departamento médico o una clínica a cargo de Su empleador.
- **Atención No Médica** - Atención prescrita y supervisada por alguien que no sea un médico (homeópata, etc.), a menos que sea realizada por otros proveedores de atención médica autorizados, tal como se indica en este certificado.
- **Atención Relacionada con el Empleo** - Pruebas, formación, exámenes o Equipos Médicos Duraderos.

- **Autoayuda** - terapia de biorretroalimentación, recreativa, educativa o del sueño u otras formas de entrenamiento de autocuidado o autoayuda y cualquier prueba diagnóstica relacionada.
- **Bajo la Influencia** - lesiones o pérdidas sufridas o resultantes de o relacionadas con el hecho de que el Miembro se encuentre bajo la influencia de cualquier tipo de alcohol o drogas, según lo establecido por las fuerzas del orden o lo documentado en el historial médico del Miembro.
- **Biomicroscopía** - Biomicroscopía, carta de campo o investigación aniseikónica.
- **Cabello** - Trasplantes de cabello, postizos o pelucas mantenimiento de pelucas, o recetas o medicamentos relacionados con el crecimiento del cabello.
- **Calzado** - Todas las plantillas y plantillas ortopédicas (excepto para el cuidado del pie diabético), y los zapatos ortopédicos (excepto cuando un zapato ortopédico está unido a una férula o para el cuidado del pie diabético).
- **Centro de Enfermería Especializada** - servicios prestados por un centro de enfermería especializada, excepto los que se indican específicamente como servicios cubiertos.
- **Servicios de Maternidad Subrogada** - servicios o suministros para una persona no cubierta por el plan para una gestación subrogada (incluyendo, pero sin limitarse a, la gestación de un niño por otra mujer para una pareja infértil).
- **Complicaciones** - Las complicaciones de los procedimientos no cubiertos no están cubiertas.
- **Congelación y Almacenamiento de Sangre, Esperma, Gametos, Embriones u otros Tejidos**
- **Costo Máximo Permitido (MAC)** - Gastos que superan el MAC determinado por Alliant.
- **Crimen** - Lesiones recibidas como resultado de un accidente o evento que fue causado directa o indirectamente por la conducta del Miembro, viola las leyes y reglamentos, es un acto criminal ya sea por la documentación de la ley, las definiciones estatutarias de la conducta criminal o un tribunal o cualquier procedimiento judicial.
- **Cuidado de los Pies** - Cuidado de callos, juanetes (excepto cirugía capsular o relacionada), callosidades, uñas de los pies (excepto extirpación quirúrgica o cuidados prestados como tratamiento del pie diabético o uñas encarnadas), pies planos, arcos caídos, pies débiles, tensión crónica del pie o dolencias asintomáticas relacionadas con los pies.
- **Cuidados de Custodia** - Cuidados de custodia, cuidados de convalecencia o curas de reposo. Cualquier tipo de cuidado, incluyendo alojamiento y comida, que (a) no requiera las habilidades de personal profesional o técnico; (b) no sea proporcionado por o bajo la supervisión de dicho personal o no cumpla de otra manera con los requisitos de la atención en un Centro de Enfermería Especializada después de la hospitalización; (c) sea de un nivel tal que el Miembro haya alcanzado el máximo nivel de función física o mental y no sea probable que tenga una mejora significativa adicional. Los Cuidados de Custodia incluyen, pero no se limitan a, cualquier tipo de cuidado cuyo propósito principal es atender las actividades de la vida diaria del Miembro que no implican o requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado. Ejemplos de Atención de Custodia incluyen, pero no se limitan a, la asistencia para caminar, entrar y salir de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, usar el baño, los cambios de apósitos de condiciones no infectadas, postoperatorias o crónicas, la preparación de

- dietas especiales, la supervisión de la medicación que puede ser autoadministrada por el Miembro, el cuidado de mantenimiento general de colostomía o ileostomía, los servicios de rutina para mantener otro servicio que, en la única determinación de Alliant pueden ser autoadministrados de forma segura y adecuada o realizados por una persona promedio no médica sin la supervisión directa de personal médico y paramédico capacitado, independientemente de quién proporcione realmente el servicio, la atención residencial y la atención diurna para adultos, la atención de protección y apoyo, incluidos los servicios educativos, la atención de descanso y la atención de convalecencia.
- **Cuidados Dentales** - Cuidados y tratamientos dentales y cirugía oral (por Médicos o dentistas), incluida la cirugía dental; aparatos dentales; prótesis dentales como coronas, puentes o dentaduras postizas; implantes; cuidados de ortodoncia; restauración operativa de dientes (empastes); extracciones dentales (excepto dientes impactados); cuidados de endodoncia; apicoectomías; escisión de quistes o granulomas radiculares; tratamiento de caries dentales, gingivitis o enfermedad periodontal mediante gingivectomías u otro tipo de cirugía periodontal; vestibuloplastias; alveoplastias; procedimientos dentales que afecten a los dientes y a sus estructuras óseas o tisulares de soporte; frenulectomía; u otros procedimientos dentales, excepto los que figuran específicamente como cubiertos en este Certificado. La cobertura para la odontología pediátrica puede estar disponible en función de las circunstancias de elegibilidad; consulte los beneficios Orales (Dentales) Pediátricos. Sustitución o reparación de dientes perdidos y/o rotos.
- **Cuidados Varios** - Cuidados de Custodia, cuidados domiciliarios, curas de reposo o gastos de viaje, incluso si son recomendados por razones de salud por un Médico. Los gastos de alojamiento y manutención en relación con la estancia en un Hospital o en un Centro de Enfermería Especializada principalmente para el cambio de ambiente, la Fisioterapia o el tratamiento del dolor crónico, excepto cuando se indique específicamente como Servicios Cubiertos. También está excluido el transporte a otra zona para recibir atención médica, excepto cuando sea médicamente necesario que usted sea trasladado en ambulancia de un Hospital a otro. El transporte en ambulancia desde el Hospital hasta el domicilio no está cubierto.
- **Cuidados, Suministros o Equipos** - Cuidados, suministros o equipos que no sean médicamente necesarios, según lo determine Alliant, para el tratamiento de una lesión o enfermedad. Los suministros no cubiertos incluyen, entre otros, tiritas, esparadrapo, guantes no estériles, termómetros, almohadillas térmicas y tablas de cama. Otros artículos no cubiertos son los suministros para el hogar, incluidos, entre otros, la compra o el alquiler de purificadores de agua, almohadas hipoalergénicas, colchones o camas de agua, piscinas de hidromasaje, spa o piscinas, equipos de ejercicio y masaje, purificadores de aire, acondicionadores de aire centrales o unitarios, humidificadores, deshumidificadores, escaleras mecánicas, ascensores, rampas, deslizadores de escaleras, equipos de alerta de emergencia, pasamanos, aparatos de calefacción, mejoras realizadas en la casa o el lugar de trabajo del Miembro y ajustes realizados en los vehículos. Equipos informáticos para ayudar a la pérdida del habla o de la audición.
- **Dispositivos de Alerta Médica**
- **Enfermería Privada**
- **Entorno Seguro** - Cuidados proporcionados para proporcionar un entorno seguro,

incluyendo los cargos para proporcionar un entorno libre de exposición que pueda empeorar la enfermedad o lesión.

- **Equipo Médico Duradero** - Los siguientes artículos relacionados con el Equipo Médico Duradero son específicamente excluido:
 - Acondicionadores de aire, humidificadores, deshumidificadores o purificadores;
 - Los soportes de arco y los zapatos ortopédicos o correctivos y los moldes de zapatos (excepto cuando un zapato ortopédico está unido a una férula o para el cuidado del pie diabético); todas las plantillas de zapatos y aparatos ortopédicos (excepto para el cuidado del pie diabético); y las medias de soporte;
 - Almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente, equipo de enema casero o guantes de goma;
 - Agua estéril;
 - Unidades TENS;
 - Estimuladores secuenciales;
 - Prendas conductoras;
 - Equipos de lujo o servicios de primera calidad, como sillas o camas motorizadas, cuando los equipos estándar son adecuados;
 - El alquiler o la compra de equipos si se encuentra en un centro que los proporciona;
 - Sillas eléctricas para escaleras o ascensores;
 - Equipos de fitness, ejercicio o ultravioleta/bronceado; terapia con caja de luz para el SADS;
 - Modificación estructural residencial para facilitar el uso de los equipos;
 - Otros equipos que no cumplen los criterios enumerados;
 - Duplicar el equipo médico.
- **Escleroterapia** - Escleroterapia realizada con fines cosméticos y que no es Medicamento Necesaria.
- **Exámenes Físicos de Rutina** - Exámenes físicos de rutina, procedimientos de detección e inmunizaciones necesarias por el empleo, viajes al extranjero o participación en programas deportivos escolares, campamentos recreativos o retiros, que no son requeridos por síntomas conocidos, enfermedades o lesiones, excepto aquellos que pueden estar específicamente listados como cubiertos en este Certificado.
- **Exámenes y Servicios de Salud Mental** - Prestados en relación con enfermedades mentales no clasificadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.; o prolongados más allá del período necesario para la evaluación y el diagnóstico de discapacidades de aprendizaje y comportamiento o discapacidades intelectuales y retraso en el desarrollo;
 - Las pruebas psicológicas de capacidad, aptitud, inteligencia o interés no están cubiertas;
 - Servicios de salud mental que son principalmente educativos;
 - Asesoramiento religioso, matrimonial, de género, prematrimonial y sexual, incluidos los servicios y tratamientos relacionados con el asesoramiento religioso, matrimonial y prematrimonial/de pareja y la terapia sexual;
 - Servicios ordenados por el tribunal, tratamiento o intervenciones clínicas ordenadas por un Tribunal en relación con la libertad vigilada, pena o sentencia que se está cumpliendo relacionada con una condena, acuerdo de culpabilidad o declaración de no

me opongo por la violación por parte del individuo de las leyes aplicables o la comisión de un delito.

- Evaluación con el fin de mantener el empleo.
- **Exceso** - Cargos no pagables bajo el Contrato debido a la aplicación de cualquier máximo o límite del Contrato o porque los cargos son en exceso del Monto Máximo/Cargo Máximo Permitido o son para servicios que no se consideran Razonables o Medicamento Necesarios, basados en la determinación de Alliant según lo establecido por y dentro de los términos y disposiciones de este documento.
- **Experimental o de Investigación** - Tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos o suministros (en adelante denominados “servicios”) que son, a juicio de Alliant, Experimentales o de Investigación para el diagnóstico por el cual el Miembro está siendo tratado. Un servicio Experimental o de Investigación no se hace elegible para la cobertura por el hecho de que un médico considere que otro tratamiento es ineficaz o no tan eficaz como el servicio o que el servicio se prescriba como el más probable para prolongar la vida.
- **Fórmula Infantil**
- **Gastos Diarios de Habitación** - Gastos diarios de habitación mientras se paga por cuidados intensivos, cuidados cardíacos u otra unidad de cuidados especiales.
- **Guerra** - Cualquier enfermedad o lesión resultante de una guerra, declarada o no, o cualquier servicio militar o cualquier liberación de energía nuclear. También se excluyen los gastos por servicios directamente relacionados con el servicio militar prestados o disponibles en la Administración de Veteranos o en los centros médicos militares según la ley.
- **Habitación Privada** - Habitación privada, salvo lo especificado como Servicios Cubiertos.
- **Hipnoterapia**
- **Hogares** - Servicios prestados por una casa de reposo, un hogar para ancianos, una residencia de ancianos o cualquier instalación similar o centros de atención a largo plazo.
- **Honorarios Renunciados** - Cualquier porción de los honorarios o cargos de un Proveedor que normalmente se deben a un Miembro, pero que han sido renunciados o pagados por un tercero. Si un Proveedor renuncia de forma rutinaria (no requiere que el Miembro pague) un Deducible o una cantidad de desembolso, los beneficios se determinan calculando la tarifa o cargo real del Proveedor reduciendo la tarifa o cargo por la cantidad renunciada.
- **Hospital No Elegible** - Cualquier servicio prestado o suministro proporcionado mientras Usted está internado en un Hospital No Elegible.
- **Indemnización por Accidente de Trabajo** - Atención de cualquier condición o lesión reconocida o permitida como pérdida compensable a través de cualquier ley de indemnización por accidente de trabajo, enfermedad profesional o similar.
- **Infertilidad** - servicios relacionados con la inseminación artificial, la fecundación in vitro (FIV), la ZIFT, la GIFT ICSI y otros servicios relacionados, la esterilización inversa o una combinación de ellas. Extracción de óvulos de donantes.
- **Informes Médicos** - Informes médicos específicos, incluidos los que no están directamente relacionados con el tratamiento del Miembro, por ejemplo, exámenes físicos para el empleo o el seguro, e informes preparados en relación con los litigios.

- **Lesión o Enfermedad** - Atención, suministros o equipos que no sean médicamente necesarios, según lo determine Alliant, para el tratamiento de una lesión o enfermedad.
- **Medicamentos** - Cualquier medicamento u otro artículo que no requiera receta médica.
- **Medicamentos Recetados** – Para conocer las exclusiones, consulte la sección del Programa de Medicamentos Recetados para Pacientes Externos de este documento.
- **Metadona** - La metadona está excluida de la cobertura cuando se utiliza para el tratamiento del dolor crónico no maligno y/o cualquier uso no indicado que no cumpla con las directrices establecidas de cobertura no indicada. Dichos programas de mantenimiento deben cumplir con los requisitos de Necesidad Médica.
- **Nacimiento en Casa**
- **No Necesario por Razones Médicas**- Ingreso o continuación de la estancia en un hospital o centro de enfermería especializada para recibir atención médica o estudios de diagnóstico no necesarios por razones médicas en régimen de internado.
- **Obesidad**- Cualquier servicio o suministro para el tratamiento de la obesidad, incluyendo, pero sin limitarse a ello, la reducción de peso, la atención médica o los Medicamentos Recetados, o el control de la dieta, excepto en lo relacionado con el asesoramiento nutricional cubierto. Suplementos nutricionales; servicios, suministros y/o productos de sustento nutricional (alimentos) relacionados con la alimentación enteral, excepto cuando sea el único medio de nutrición. Suplementos alimenticios. Servicios para pacientes hospitalizados que consisten principalmente en la modificación de la conducta, el seguimiento de la dieta y el peso y la educación. Cualquier servicio o suministro que implique la reducción de peso como método principal de tratamiento, incluyendo la atención médica, psiquiátrica o el asesoramiento. Programas de pérdida de peso, suplementos nutricionales, supresores del apetito y suministros de naturaleza similar. Los procedimientos excluidos incluyen, entre otros, los servicios bariátricos, la cirugía bariátrica (por ejemplo, el bypass gástrico o la gastroplastia de banda vertical, la liposucción, los balones gástricos, los bypass yeyunales y el cableado de la mandíbula) o el tratamiento relacionado con las consecuencias de los servicios bariátricos o como resultado de los servicios bariátricos.
- **Ortóptica** - Ortóptica (técnica de ejercicios oculares destinada a corregir los ejes visuales de los ojos que no están bien coordinados para la visión binocular) o entrenamiento visual.
- **Pellets Hormonales** - Todos los pellets hormonales implantables.
- **Procedimientos de Embellecimiento** - Cirugía estética, cirugía reconstructiva, servicios farmacológicos, regímenes nutricionales u otros servicios para el embellecimiento, o tratamiento relacionado con las consecuencias de, o como resultado de, la cirugía estética (incluida la reimplantación). Esta exclusión incluye, pero no se limita a, la cirugía para corregir la ginecomastia y los procedimientos de aumento de pecho, y las otoplastias. La mamoplastia de reducción y los servicios para la corrección de la asimetría, excepto cuando Alliant determine que son Médicamente Necesarios, no están cubiertos.
 - Esta exclusión no se aplica a la cirugía para restablecer la función si alguna zona ha sido alterada por una enfermedad, un traumatismo, anomalías congénitas/del desarrollo o procesos terapéuticos anteriores. Esta exclusión no se aplica a la cirugía para corregir los resultados de las lesiones cuando se realiza dentro de los dos años

- siguientes al evento que causó la alteración, o como continuación de un procedimiento de reconstrucción por etapas, o defectos congénitos necesarios para restaurar las funciones corporales normales, incluyendo, pero no limitado a, labio leporino y paladar hendido.
- **Programas Gubernamentales**- Tratamiento en el que el pago lo realiza cualquier gobierno local, estatal o federal (excepto Medicaid), o por el que se realizaría el pago si el Miembro hubiera solicitado dichos beneficios. Servicios que pueden ser proporcionados a través de un programa gubernamental para el cual Usted como Miembro de la comunidad es elegible para participar. Dichos programas incluyen, pero no se limitan a, programas escolares de habla y lectura.
 - **Proveedor No Elegible** - Cualquier servicio prestado o suministro proporcionado mientras Usted es un paciente o recibe servicios en o de un proveedor no elegible.
 - **Proveedores con Parentesco Cercano**- Servicios prestados por un proveedor que es un pariente cercano o un Miembro de su hogar. Por pariente cercano se entiende la esposa o el esposo, el padre, el hijo, el hermano o la hermana, por consanguinidad, matrimonio o adopción.
 - **Pruebas de Detección de Drogas** - Consideradas no necesarias desde el punto de vista médico o que superen los límites permitidos por el plan.
 - **Pruebas Genéticas para la Identidad de Género Infantil**
 - **Rehabilitación en Régimen de Internado** - Rehabilitación en régimen de internado en el Hospital o en un centro de rehabilitación con base en el Hospital, cuando el Miembro está médicamente estable y no requiere atención de enfermería especializada o la disponibilidad constante de un Médico o:
 - el tratamiento es una terapia de mantenimiento; o
 - el diputado no tiene potencial restaurador; o
 - el tratamiento es para una discapacidad/trastorno neurológico o de aprendizaje congénito; o
 - el tratamiento es para la formación en comunicación, la formación educativa o la formación profesional.
 - **Salud Mental En Régimende Internado** - Atención de salud mental brindada a un Miembro mientras está confinado en cualquier Centro, Hospital, Centro de tratamiento residencial u otra institución similar cuando la estadía es:
 - determinado por orden judicial, de custodia, o únicamente con fines de control ambiental;
 - asociados al diagnóstico de reacción de estrés agudo, reacción de adaptación de la infancia o la adolescencia, y/o relacionadas, situaciones maritales, sociales, culturales o laborales.
 - **Servicio de Ambulancia**- El uso no está cubierto cuando se puede utilizar otro tipo de transporte sin poner en peligro la salud del Miembro. Cualquier uso de la ambulancia para la conveniencia del Miembro, la familia o el Médico no es un Servicio Cubierto. Los Servicios No Cubiertos de Ambulancia incluyen, pero no se limitan a, viajes a: Un consultorio Médico o una clínica; una morgue o una funeraria. La cobertura no está disponible para el transporte en ambulancia aérea desde un Hospital capaz de tratar al paciente porque el paciente y/o la familia del paciente prefieren un hospital o Médico específico. Los servicios de ambulancia aérea no están cubiertos para el transporte

a un Hospital que no sea de cuidados intensivos, como un centro de enfermería, un consultorio Médico o su domicilio.

- **Servicios de Alergia** - Servicios y suministros específicos de alergia no estándar, incluyendo, pero no limitado a, la valoración de la piel (método Rinkle), pruebas de citotoxicidad (prueba de Bryan), el tratamiento de la sensibilidad no específica a la candida, y las autoinyecciones de orina.
- **Servicios de Audición** – Audífonos, dispositivos auditivos y exámenes y servicios relacionados o de rutina.
- **Servicios Educativos** - Servicios o suministros con fines de enseñanza, formación profesional o autoformación.
- **Servicios Gratuitos** – Servicios y suministros por los que no tiene obligación legal de pagar o por los que no se ha cobrado.
- **Servicios No Cubiertos** - Cualquier artículo, servicio, prueba, suministro o atención que no figure específicamente como Servicio Cubierto en este Certificado.
- **Servicios Ordenados por el Tribunal** - Tratamiento o intervenciones clínicas ordenadas por un tribunal relacionadas con la supuesta violación de las leyes aplicables o la comisión de un delito por parte del individuo, incluyendo, pero no se limita a los servicios proporcionados al individuo mientras está encarcelado o de otro modo considerado bajo custodia de las autoridades en un centro médico o centro o residencia psiquiátrica.
- **Suministros Desechables** - Suministros, equipos o artículos de uso personal que incluyen, entre otros, peines, lociones, vendas, compresas con alcohol, compresas para la incontinencia, mascarillas quirúrgicas, suministros comunes de primeros auxilios, sábanas y bolsas desechables, a menos que sean Medicamento Necesarios.
- **Terapia Acuática**
- **Terapia Asistida con Animales**
- **Terapia de Endurecimiento del Trabajo**
- **Terapia de Masaje**
- **Terapia de Rehabilitación Industrial**
- **Terapia en la Naturaleza**
- **Terapia Génica y Pruebas de Parentesco**
- **Terapia o Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios** – Servicios de terapia o rehabilitación para pacientes ambulatorios que no sean los específicamente enumerados en este Certificado. Las formas de terapia excluidas incluyen, entre otras, la terapia primal, la terapia de quelación, el rolfiing, el psicodrama, la terapia mega vitamínica, la purga, la terapia bioenergética, la terapia cognitiva, la terapia electromagnética, el entrenamiento de la percepción de la visión (ortóptica), la abrasión de la sal, la quimio cirugía y otros procedimientos de abrasión de la piel asociados a la eliminación de cicatrices, tatuajes, cambios actínicos y/o que se realizan como tratamiento del acné, servicios y suministros.
- **Terapia Recreativa**
- **Termogramas**
- **Transporte** - Transporte proporcionado por cualquier servicio que no sea un servicio de ambulancia profesional con licencia estatal, y servicios de ambulancia que no sean en caso de emergencia médica. El transporte en ambulancia desde el Hospital hasta el

domicilio no está cubierto.

- **Trasplantes**– Los siguientes servicios y suministros prestados en relación con los trasplantes de órganos/tejidos/médula ósea:
 - Atención quirúrgica o médica relacionada con trasplantes de órganos animales, trasplantes de tejidos animales, (excepto válvulas cardíacas de porcinas) trasplantes de órganos artificiales o trasplantes de órganos mecánicos;
 - Los gastos de transporte, viaje o alojamiento de los familiares no donantes son limitados;
 - Servicios o suministros relacionados con la donación asociados a la adquisición y obtención de órganos;
 - Quimioterapia con trasplante de células madre hematopoyéticas autólogo, alogénico o singénico para el tratamiento de cualquier tipo de cáncer que no esté específicamente nombrado como cubierto;
 - Cualquier trasplante que no figure específicamente como cubierto.
- **Tratamiento Fuera de los EE.UU.** - Tratamiento no urgente de enfermedades crónicas recibido fuera de Estados Unidos realizado sin autorización.
- **Tratamientos de Disfunción Sexual** – Tratamiento o estudio quirúrgico o médico relacionado con el tratamiento de disfunciones o insuficiencias sexuales, incluido el tratamiento de la impotencia (excepto la disfunción eréctil orgánica masculina).
- **Vacunas para Trabajar o Viajar**
- **Visión** - Servicios y suministros para el cuidado de la visión, incluyendo pero no limitado a gafas, lentes de contacto y exámenes y servicios relacionados. Refracciones oculares. Análisis de la visión o comprobación de su agudeza. Servicio o dispositivos para corregir la visión o para el asesoramiento sobre dicho servicio. La cobertura de la visión pediátrica puede estar disponible en función de las circunstancias de elegibilidad; consulte los beneficios de visión pediátrica.
- **Visión (Corrección Quirúrgica)** - Queratotomía radial; y cirugía, servicios o suministros para la corrección quirúrgica de la miopía y/o el astigmatismo o cualquier otra corrección de la visión debida a un problema de refracción.

INFORMACIÓN GENERAL

ACTOS FUERA DE CONTROL RAZONABLE (FUERZA MAYOR)

En caso de que el cumplimiento de cualquier acto exigido por esta cobertura se vea impedido o retrasado por razones de fuerza mayor, huelga, cierre patronal, problemas laborales, leyes o reglamentos gubernamentales restrictivos o cualquier otra causa ajena a la voluntad de una de las partes, el plazo para el cumplimiento del acto se prorrogará por un período equivalente al período de retraso, y se excusará el incumplimiento del acto durante el período de retraso. No obstante, en tal caso, todas las partes harán esfuerzos razonables para cumplir con sus respectivas obligaciones.

FACTURACIÓN DE SALDOS

Los Proveedores Dentro de la Red tienen prohibido facturar el saldo. Los Proveedores Dentro de la Red han firmado un acuerdo con Nosotros para aceptar una cantidad permitida predeterminada por los Servicios Cubiertos prestados a un Miembro. El Miembro no es

responsable de los honorarios que superen la cantidad permitida para un Servicio Cubierto, salvo lo que corresponda según el Contrato, por ejemplo, copagos, Deducibles o Coseguro.

Los Proveedores Fuera de la Red no están bajo un acuerdo con Alliant y pueden facturarle honorarios en exceso del MAC. Los Servicios No Cubiertos son responsabilidad exclusiva del Miembro cuando los recibe de cualquier Proveedor, independientemente del estado de la red.

ATENCIÓN RECIBIDA FUERA DE EE.UU.

La atención no urgente no es un servicio cubierto fuera de Estados Unidos. Recibirá los beneficios del Contrato sólo por la atención y/o tratamiento de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos. Se aplicarán las disposiciones del Contrato. Cualquier atención recibida debe ser un Servicio Cubierto. Por favor, pague al proveedor del servicio en el momento en que reciba el tratamiento y obtenga la documentación adecuada de los servicios recibidos, incluyendo facturas, recibos, cartas y narrativa médica. Esta información deberá presentarse junto con su solicitud de reembolso. Todos los servicios estarán sujetos a la idoneidad de la atención. Le reembolsaremos directamente.

El pago se basará en el MAC. No podrá asignar beneficios a Proveedores o centros extranjeros.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

Siempre que los beneficios de cualquier otro plan sean pagaderos sin tener en cuenta los beneficios pagaderos bajo este plan, éste determinará su orden de beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que se aplique. Los servicios que no reúnan los requisitos para recibir beneficios de ambos planes no estarán sujetos a la coordinación de beneficios.

Regla (1) Determinación de la Cobertura Primaria Versus a la Secundaria del Asegurado

Si el suscriptor de este plan es también asegurado de un plan individual de otra compañía de seguros, se aplica la regla del plan más largo. Esto significa que el plan, que cubrió a la persona durante más tiempo, paga primero los beneficios como asegurador primario. El plan, que cubrió a esa persona durante menos tiempo, paga los beneficios como asegurador secundario. Si los dos planes individuales entran en vigencia el mismo día, nosotros seremos el transportista secundario. Si tanto Alliant como la otra aseguradora reclaman ser la aseguradora secundaria y la otra aseguradora demuestra la negación de su responsabilidad primaria, este plan será el primario.

Regla (2) Determinación de la Cobertura Primaria Frente a la Secundaria para Personas No Dependientes o Dependientes

El plan que cubre a la persona como no Dependiente, por ejemplo, como empleado, Miembro, asegurado, suscriptor o jubilado, es el plan principal y el plan que cubre a la persona como Dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario para el plan que cubre a la persona como Dependiente y primario para el 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 manera 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 primario.

Regla (3) Doble Cobertura de los Hijos a Cargo y Regla de Cumpleaños

Cuando los hijos Dependientes estén inscritos y tengan derecho a la cobertura de otro plan, el plan principal será el del progenitor cuyo cumpleaños caiga antes en el año civil. Se tienen en cuenta el mes y el día, independientemente del año de nacimiento. Esto se denomina Regla del Cumpleaños. Por ejemplo: La fecha de nacimiento del Padre es el 9 de diciembre y la de la Madre el 4 de febrero. El plan de la madre sería Primario para los hijos porque su cumpleaños cae primero en el año civil.

Regla (4) Dependientes de Padres Divorciados

Si el padre con la custodia de los hijos cubiertos no se ha vuelto a casar, el plan de este padre proporciona beneficios primarios y el padre sin la custodia proporciona beneficios secundarios. Si el padre con la custodia se ha vuelto a casar, el plan de este padre sigue proporcionando beneficios primarios, el plan del padrastro o la madrastra proporciona beneficios secundarios y el padre sin la custodia proporciona el resto de los beneficios.

Cuando exista una sentencia de divorcio, que asigne la responsabilidad económica de la atención médica de los hijos Dependientes, la sentencia determinará quién debe proporcionar los beneficios primarios para los hijos.

Regla (5) Regla de Política Más Larga

Si no se puede determinar el asegurador primario mediante las reglas anteriores, el plan que haya cubierto al Dependiente durante más tiempo será el plan primario. Algunas compañías de seguros designan el plan del padre como plan primario para los hijos. Si Nosotros debemos coordinar la cobertura con un plan que sigue esta regla, el plan del padre será el primario.

Coordinación con Medicare

A menos que la ley federal exija que el plan sea el pagador principal, los beneficios de este plan para los Miembros de 65 años o más, o los Miembros que reúnan los requisitos para Medicare, no duplican ningún beneficio al que los Miembros tengan derecho en virtud de Medicare. Cuando Medicare sea el pagador responsable, todos los gastos por servicios que hayamos pagado Nosotros y que debería haber pagado Medicare Nos serán reembolsados por o en nombre de los Miembros.

PRESENTACION Y PAGOS DE RECLAMOS

Usted es responsable de dar a Su proveedor la información correcta sobre Su póliza de seguro médico, para que los reclamos puedan ser presentados correctamente. Asegúrese siempre de llevar consigo Su Tarjeta de Identificación con Usted. Asegúrese de que el personal del Hospital o del consultorio del Médico copie correctamente Su nombre, Números de Grupo y de Miembro cuando complete los formularios relacionados con Su cobertura. Basándose en la información sobre la cobertura de salud que Usted proporcione; Su proveedor Nos presentará los reclamos para el pago.

Si Usted es hospitalizado en un Hospital Fuera de la Red, el reclamo de los servicios hospitalarios se suele tramitar de la misma manera que en un Hospital Dentro de la red y el Hospital presenta el reclamo. Sin embargo, puede ser necesario que Usted pague al Hospital o al Médico que lo atiende por sus servicios y que luego envíe una declaración detallada a Nosotros.

Si Usted necesita presentar un reclamo por servicios prestados por un Proveedor Fuera de la Red o un reembolso por servicios que Usted tuvo que pagar, debe presentar un formulario de reclamo. Usted puede obtener un formulario de reclamo en blanco visitando AlliantPlans.com o llamando al Servicio al Cliente al (866) 403-2785.

- Dispone de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de prestación del servicio para presentar un formulario de reclamación debidamente cumplimentado con todos los informes y registros necesarios; de lo contrario, Su reclamo puede ser denegada.
- El pago de los reclamos se efectuará lo antes posible tras la recepción de esta, a menos que se requiera más tiempo para obtener información incompleta o faltante. En ese caso, Nosotros le notificaremos en un plazo de quince (15) días laborables a partir de la recepción de los reclamos electrónicos y de treinta (30) días naturales a partir de la recepción de los reclamos en papel, el motivo de la demora y enumeraremos toda la información necesaria para seguir tramitando Su reclamo.
- Una vez que Nosotros recibamos esta información, la tramitación de los reclamos se completará durante los siguientes quince (15) días laborables para los reclamos electrónicos y treinta (30) días naturales para los reclamos en papel.
- Si Nosotros no cumplimos con estos requisitos, le pagaremos a Usted o a su Proveedor asignado un interés del 12% anual.

INCENTIVOS FINANCIEROS

La toma de decisiones de la Gestión Médica se basa únicamente en criterios de Necesidad Médica, el plan de beneficios del miembro, las necesidades y circunstancias individuales y el sistema de suministro local. Nosotros no recompensamos ni compensamos a los Médicos, Proveedores u otras personas por emitir negaciones de cobertura. No se ofrecen incentivos económicos al personal para fomentar decisiones que den lugar a una infrutilización.

FRAUDE O MALINTERPRETACIÓN

Están prohibidas las declaraciones fraudulentas y/o la malinterpretación intencionada en los formularios de solicitud, reclamos, Tarjetas de Identificación u otra identificación para obtener servicios o un nivel más alto de beneficios. Esto incluye, pero no se limita a, la fabricación y/o alteración de un reclamo, Tarjeta de Identificación u otra identificación. La malinterpretación en todos los soportes (papel o electrónico) puede invalidar cualquier pago o reclamo de servicios y ser motivo para rescindir la cobertura. Esto incluye actos fraudulentos para obtener servicios médicos y/o Medicamentos Recetados.

El uso no autorizado de su Tarjeta de Identificación, por Usted o por una persona no autorizada, o si Usted utiliza fraudulentamente la Tarjeta de Identificación de otra persona cubierta, incluyendo pero no limitándose al uso de la tarjeta antes de que la cobertura esté en vigencia o después de que la cobertura haya finalizado. En estas circunstancias, la persona que reciba los servicios prestados por el uso indebido de la Tarjeta de Identificación será responsable del pago de dichos servicios. El uso indebido fraudulento también podría dar lugar a la finalización de la cobertura.

PROGRAMAS GUBERNAMENTALES DE SALUD

Según la ley federal, para los grupos con veinte (20) o más empleados, todos los empleados que estén en activo (independientemente de su edad) pueden permanecer en el plan de salud del grupo y recibir los beneficios del grupo como cobertura primaria. Asimismo, los cónyuges (independientemente de la edad) de los empleados activos pueden permanecer en el plan de salud del grupo y recibir los beneficios del grupo como cobertura primaria.

REVISIÓN DE FACTURAS MÉDICAS (MBR) Y DISPOSICIÓN DE AUDITORÍA DE RECLAMOS

Todos los proveedores de atención médica deben presentar Reclamos Limpios. Alliant se reserva el derecho de solicitar y revisar los registros médicos para permitir la determinación de los beneficios de acuerdo con el Contrato. De acuerdo con las políticas y procedimientos de Alliant, no se pagarán beneficios por parte de Alliant si el proveedor de atención médica no presenta una Reclamo Limpio, no obtiene las aprobaciones de Autorización Previa requeridas, y no presenta cuando se le solicite un detalle completo/legible y registros médicos completos/legibles.

A discreción de Alliant, todos los reclamos están sujetos a una auditoría por parte de Alliant o por una empresa independiente de revisión de facturas y/o auditor de reclamos. La auditoría de facturas médicas de Alliant puede realizarse con o sin registros, y la revisión no está sujeta a la renuncia de ningún acuerdo de terceros, incluyendo, pero sin limitarse a, cualquier Acuerdo de Red de Proveedores, a menos que esté específicamente prohibido, u otros acuerdos de reajuste de precios, o las directrices de cualquier proveedor de atención médica (por ejemplo, médico, hospital u otro centro).

Alliant evaluará los Reclamos Limpios para asegurarse de que los cargos son correctos y adecuados, facturados utilizando la Terminología de Procedimientos Actual (CPT, por sus siglas en inglés), la Clasificación Internacional de Diagnósticos (CIE, por sus siglas en inglés), el Sistema de Codificación de Procedimientos Medicos Comunes (HCPCS, por sus siglas en inglés) y los códigos de Ingresos más precisos y apropiados, y si procede, documentados en los registros médicos.

Todas las determinaciones de adjudicación de Contratos/reclamos se realizarán utilizando las Políticas y Procedimientos de Alliant que se basan en las directrices de codificación y facturación de la Asociación Médica Americana, las directrices de los CMS/Gobierno Federal para la codificación y facturación adecuadas, incluidas, entre otras, las Directrices de Facturación y/o Reembolso para Proveedores de los CMS, las directrices de la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (NCCI, por sus siglas en inglés), el Archivo de Valor Relativo del Programa de Honorarios Médicos (PFS, por sus siglas en inglés) de los CMS, y otras directrices federales/clínicas de aceptación o cobertura publicadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN, por sus siglas en inglés), y/o la Biblioteca Nacional de Medicina Federal-Instituto Nacional de Salud.

Como resultado de cualquier auditoría/revisión de reclamos, Alliant no proporcionará beneficios para servicios y suministros que:

1. No son ordenados por un médico;
2. No están documentados en la(s) historia(s) clínica(s) del paciente;
3. No requieren una orden médica;
4. Se ordenan/proveen rutinariamente como un requisito clínico general del médico o del centro, más que por una necesidad médica específica documentada del paciente;
5. Son rutinarios y están desvinculados del cargo/servicio global de la habitación, desvinculados de cualquier cargo/servicio global o de un cargo(s) profesional(es) que ya se considera reembolsable por separado;
6. Se facturan como cargos técnicos o profesionales utilizando la codificación CPT/HCPCS que no tiene ningún componente técnico o profesional;
7. Se codifican de forma ascendente utilizando eventos médicos/diagnósticos históricos que no están en tratamiento activo, o diagnósticos adquiridos por el centro o el procedimiento que no son típicos del tratamiento del diagnóstico.
8. Se consideren un servicio no cubierto por cualquier otra disposición de este contrato, incluidas, entre otras, las limitaciones y exclusiones del contrato, y las definiciones del contrato de los Servicios Cubiertos, el Cargo Máximo Permitido y la Necesidad Médica.

Alliant aplicará y utilizará todas las normas y directrices aplicables, independientemente de que el Gobierno Federal/CMS renuncie a sus propias directrices como requisito de su(s) propio(s) proceso(s) de adjudicación.

Alliant conserva la máxima autoridad legal y discreción para determinar lo que está cubierto o no bajo el Contrato, basándose en los resultados de cualquier auditoría de reclamos y/o revisión de facturas médicas.

MEDICARE

Cualquier beneficio cubierto tanto por este Certificado como por Medicare se pagará de acuerdo con la legislación sobre el Pagador Secundario de Medicare, los reglamentos y las directrices de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. La legislación Federal prevalece siempre que exista un conflicto entre la legislación estatal, las disposiciones del Certificado y la legislación federal.

Los beneficios bajo este Certificado para los Miembros de 65 años o más, o los Miembros que de otra manera sean elegibles para Medicare, excepto aquellos Miembros con enfermedad renal crónica o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD), no duplican ningún beneficio al que los Miembros tengan derecho bajo Medicare, excepto cuando la ley federal requiera que Nosotros seamos el pagador primario. Cuando Medicare sea el pagador primario, todas las cantidades pagaderas por Medicare por los servicios brindados a los Miembros Nos serán reembolsadas por o en nombre de los Miembros, en la medida en que Alliant haya efectuado el pago de dichos servicios. Para las Partes B y D de Medicare, Alliant calculará los beneficios al recibir la Explicación de Beneficios de Medicare (EOMB) del Miembro o para los datos de pago de la Parte D obtenidos de un Gestor de Beneficios de Prescripción (PBM) autorizado.

EXÁMENES FÍSICOS

Si Usted ha presentado un reclamo y necesitamos más información sobre Su salud, Nosotros podemos requerirle que Usted se someta a un examen físico. Nosotros pagaríamos el coste de dicho examen.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN

Nosotros le ofrecemos a Usted una variedad de servicios a través de Nuestro programa de Administración de la Salud de la Población, que incluye la Administración de Casos.

La Administración de Casos está disponible para todos los Miembros del plan que necesiten ayuda para coordinar los servicios médicos y/o acceder a los recursos. Enfermeras registradas, farmacéuticos y trabajadores sociales, conocidos como Gestores de Casos, ayudan a los Miembros con necesidades que abarcan los servicios de comportamiento y la comunidad médica. Si se enfrenta a una enfermedad o dolencia grave, la Administración de Casos puede ser adecuada para Usted.

Servicios de Administración de Casos

Existen programas de gestión de casos generales y de gestión de casos específicos de enfermedades. Los objetivos de estos servicios son:

1. Aumentar la atención al Miembro mediante la coordinación de servicios entre el proveedor de atención primaria, el especialista y otros Miembros del equipo de salud;
2. Proporcionar recursos de educación y prevención continuos a Nuestros Miembros;
3. Mejorar la experiencia de atención al Miembro.

Entre los ejemplos de diagnósticos y/o afecciones a los que asistimos con frecuencia se incluyen:

- Asma
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- Depresión
- Accidente Vascular Cerebral (AVC)/Infarto
- Ha tenido múltiples hospitalizaciones
- Diabetes
- Enfermedades del Corazón
- Gestión de la Medicación
- Abuso de Sustancias

La Administración de Casos Complejos es otro programa disponible para Nuestros Miembros. Si Usted tiene necesidades médicas complejas, Nosotros podemos ayudarle a Usted a administrar Su plan de atención. A continuación, se indican ejemplos de casos en los que puede ser necesario que se Usted inscriba en la Administración de Casos, pero tenga en cuenta que estos no son todos los motivos:

- Está pasando por un trasplante
- Ha tenido múltiples hospitalizaciones
- Le han dicho que Usted está embarazada y que tiene un alto riesgo
- Tiene una enfermedad mental grave y persistente

Contactar Administración de Casos

Si Usted tiene alguna pregunta sobre Nuestro programa de Administración de la Salud de la Población o desea hacer una referencia de Administración de Casos para usted o un ser querido, por favor llame a la Línea de Atención al Miembro de Alliant al: (800) 865-5922. Todos los programas de Manejo de la Salud de la Población son proporcionados por Alliant sin costo alguno.

Puede encontrar más información sobre el programa de Administración de la Salud de la Población en AlliantPlans.com.

PROGRAMA DE ATENCIÓN PREVENTIVA Y BIENESTAR

Si Usted es elegible para la cobertura del Plan, Usted puede participar en un Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar cuyo objetivo es mejorar Su salud y prevenir enfermedades. El Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar le ofrece a Usted oportunidades para ganar puntos a través de “Expediciones” enfocadas en educación, actividades físicas, nutrición, exámenes de detección preventivos y participación comunitaria. Solo las personas mayores de 18 años son elegibles para participar en el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar.

En caso de que Usted elija participar en el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar, Usted podrá ganar puntos que podrán ser intercambiados por beneficios financieros limitados. Específicamente, a cambio de participar en Expediciones y lograr las metas establecidas por el programa, Usted puede ganar puntos que se acumulan para una contraprestación monetaria que puede ser utilizada para propósitos específicos relacionados con iniciativas de bienestar y atención preventiva, que incluyen, entre otras, compras de buena nutrición o otros beneficios de estilo de vida. El incentivo monetario para participar en el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar no es un reembolso o descuento de las primas de Su plan de salud. Usted es responsable de cualquier impuesto relacionado con la redención de recompensas bajo el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar. Su participación en el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar es voluntaria y no es un requisito para ser elegible para los beneficios del plan de salud.

Si Usted no puede participar en una actividad para ganar puntos bajo este Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar debido a una discapacidad o condición médica, Usted podría calificar para una oportunidad de ganar el mismo incentivo por diferentes medios. Llame a Servicios al Cliente al (866) 403-2785 para encontrar un acuerdo para la actividad (u una actividad diferente que ofrezca el mismo incentivo). El Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar no respalda a ningún proveedor, producto o servicio asociado con este programa. Si a Usted le interesa participar en el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar, visite <https://www.live4it.com/Alliant>.

AVISO SOBRE EL PROGRAMA DE CUIDADO PREVENTIVO Y BIENESTAR

El Programa de Bienestar y Atención Preventiva es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados que participan en el Plan. El programa se administra de acuerdo con las normas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por

los empleadores que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación de Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico, según corresponda, entre otros.

Si Usted elige participar en el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar, es posible que Usted tenga la oportunidad de completar una evaluación voluntaria de riesgos de salud o "HRA" (por sus siglas en inglés) que plantea una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si Usted tiene o tuvo ciertas condiciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas) para ganar puntos para incentivos bajo el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar. Usted también puede tener la oportunidad de completar un examen biométrico, que puede incluir un análisis de sangre para ciertas condiciones de salud, para ganar puntos para incentivos bajo el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar. Si se le ofrece, no es necesario que Usted complete ningún examen biométrico o HRA (por sus siglas en inglés) para participar en Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar. Sin embargo, los empleados que completen la HRA (por sus siglas en inglés) o el examen biométrico, si corresponde, pueden ganar puntos para incentivos bajo el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar. La información de Su HRA y/o examen biométrico (si corresponde), si Usted decide completar uno, se utilizará para brindarle a Usted información que le ayudará a comprender Su salud actual y Sus riesgos potenciales. También le recomendamos a Usted que comparta Sus resultados o inquietudes con Su propio médico.

Es posible que haya incentivos monetarios disponibles bajo el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar para los empleados que participan en ciertas actividades relacionadas con la salud o logran ciertos resultados de salud. Si Usted no puede participar en ninguna de las actividades relacionadas con la salud o lograr cualquiera de los resultados de salud necesarios para ganar un incentivo, es posible que Usted tenga derecho a una adaptación razonable o un estándar alternativo.

Protecciones contra la Divulgación de Información Médica

El Plan está obligado por ley a mantener la privacidad y seguridad de Su información de salud de identificación personal. La información agregada recopilada del el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar se puede utilizar para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, y la información personal se puede compartir con Su empleador según sea necesario para administrar el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar, incluso según sea necesario para responder a una solicitud Suya de adaptación razonable necesaria para participar en el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar. La información médica que lo identifica a Usted personalmente y que se proporciona en relación con el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar no se proporcionará a Sus supervisores o gerentes y nunca podrá usarse para tomar decisiones relacionadas con Su empleo.

Su información de salud no será vendida, intercambiada, transferida ni divulgada de otra manera, excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar. Cualquier persona que

reciba Su información con el fin de brindarle servicios como parte del Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. Además, toda la información médica obtenida a través del Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar se mantendrá separada de Sus registros personales, la información almacenada electrónicamente se cifrará y ninguna información que Usted proporcione como parte del Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar se utilizará para realizar cualquier decisión laboral. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier filtración de datos y, en caso de que se produzca una filtración de datos que involucre la información que Usted proporcione en relación con el Programa de Cuidado Preventivo y Bienestar, se le notificará a Usted.

PRUEBA DE PÉRDIDA, PAGO DE RECLAMOS

Proveedores Dentro de la Red

Cuando los servicios son brindados por un Proveedor Dentro de la Red, los reclamos serán presentados por ese Proveedor. Usted no es responsable de presentar reclamos cuando los servicios son brindados por un Proveedor Dentro de la Red.

El Miembro deberá realizar el pago a un Médico o Proveedor que brinde servicios en virtud de este Contrato sólo para cumplir con los requisitos de Copagos, Deducible y gastos de bolsillo que se detallan en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**. Nosotros estamos autorizados por Usted a realizar los pagos directamente al Proveedor de los Servicios Cubiertos.

Cada persona inscrita a través del plan recibe una Tarjeta de Identificación. Cuando sea ingresado en un Hospital Dentro de la Red de Alliant, presente Su Tarjeta de Identificación. Al ser dado de alta, sólo se le facturarán los cargos no cubiertos por Su Plan. El Hospital Nos facturará directamente los Servicios Cubiertos.

Proveedores Fuera de la Red

Cuando los Servicios Cubiertos son prestados por un Proveedor Fuera de la Red, el Proveedor no está obligado a presentar un reclamo en su nombre; Usted puede tener que pagar la factura en el momento del servicio y presentar una factura detallada o un reclamo a Nosotros para el reembolso.

El reclamo debe incluir su nombre y los números de Identificación de Miembro y de Grupo exactamente como aparecen en Su Tarjeta de Identificación. Asegúrese de que las facturas estén detalladas para incluir las fechas, lugares y naturaleza de los servicios y/o suministros. Asegúrese de conservar una fotocopia de todos los formularios y facturas para Su archivo.

PROGRAMA DE CALIDAD PARA MEJORAR

Usted puede llamar a Servicio al Cliente al (866) 403-2785 para solicitar información sobre el programa de Mejora de la Calidad ((QI, pos sus siglas en inglés) de Alliant, o Usted puede ver la información del programa en AlliantPlans.com. El resumen ejecutivo anual del programa QI incluye información sobre los procesos, objetivos y resultados del programa de mejora de la calidad, ya que se relacionan con la atención y los servicios de los Miembros.

PREGUNTAS SOBRE LA COBERTURA O LOS RECLAMOS

Si Usted tiene preguntas sobre Su cobertura o reclamos, póngase en contacto con el Servicio

al Cliente de Alliant llamando al (866) 403-2785. Asegúrese de dar siempre su número de Identificación de Miembro.

Cuando pregunte por un reclamo, proporcione la siguiente información:

- Número de Identificación de Miembro;
- Nombre y dirección del paciente;
- Fecha de servicio;
- Tipo de servicio recibido; y
- Nombre y dirección del proveedor (Hospital o Médico).

DERECHO DE RECUPERACIÓN

Nosotros tenemos la responsabilidad de supervisar el cumplimiento de los contratos de Proveedores y vendedores y subcontratistas. Nosotros podemos llegar a un acuerdo o compromiso en relación con el cumplimiento de estos contratos y podemos retener cualquier recuperación realizada de un Proveedor, vendedor o subcontratista resultante de estas auditorías si la devolución del pago en exceso no es factible.

Nosotros hemos establecido políticas de recuperación para determinar qué recuperaciones se deben llevar a cabo, cuándo incurrir en costo y gastos y liquidar o comprometer los montos de recuperación. Nosotros no llevaremos a cabo la recuperación de los sobrepagos si el costo de la recaudación supera el monto del sobrepago. Es posible que Nosotros no le notifiquemos de los sobrepagos efectuados por Nosotros o por Usted si el método de recuperación hace que dicha notificación sea administrativamente onerosa.

Si Usted o Sus Dependientes Cubiertos tienen un reclamo por daños y perjuicios o un derecho de reembolso por parte de un tercero o terceros por cualquier afección, enfermedad o lesión por la que se paguen beneficios bajo este plan, Nosotros tendremos un derecho de recuperación. Nuestro derecho de recuperación se limitará al monto de los beneficios pagados por los gastos médicos cubiertos por este plan, pero no incluirá los artículos no médicos. Nuestro derecho de recuperación incluirá los acuerdos de compromiso. Usted o Su abogado deben informar a Alliant de cualquier acción legal o discusión de acuerdo, diez días antes del acuerdo o juicio.

Cuando el pago se haya efectuado por error, Nosotros tendremos derecho a recuperarlo de Usted o, en su caso, del Proveedor. En caso de que Nosotros recuperemos un pago efectuado por error del Proveedor, excepto en casos de fraude, sólo Nosotros recuperaremos dicho pago del Proveedor durante los 12 meses posteriores a la fecha en que efectuamos el pago en un reclamo presentado por el Proveedor. Nosotros reservamos el derecho a deducir o compensar cualquier cantidad pagada por error de cualquier reclamo pendiente o futura. El monto de los gastos compartidos que aparece en Su Certificado de Cobertura es la determinación final y Usted no recibirá notificación de un monto de gastos compartidos ajustado como resultado de dicha actividad de recuperación.

Usted acepta a proporcionarnos de inmediato toda la información que tenga sobre Sus derechos de recuperación o recuperaciones de otras personas u organizaciones y ayudarnos y

cooperar plenamente con Nosotros para proteger y obtener Nuestros derechos de reembolso y subrogación de acuerdo con esta sección.

Usted o Su abogado Nos notificarán antes de presentar cualquier demanda o resolver cualquier reclamo para permitirnos participar en la demanda o acuerdo para proteger y hacer cumplir los derechos de este plan en virtud de esta sección. Si Nos notifica para que podamos recuperar y recuperar el monto de Nuestros pagos de beneficios para Usted, compartiremos proporcionalmente con Usted los honorarios de abogados que Su abogado le cobre a Usted para obtener la recuperación. Si Usted no Nos da ese aviso, o Nosotros contratamos a Nuestro propio abogado para que comparezca ante cualquier tribunal (incluido el tribunal de quiebras), Nuestro reembolso o recuperación de subrogación conforme a esta sección no se reducirá por ningún honorario de abogado para Su abogado o bajo la teoría de fondos comunes.

Además, Usted acepta no permitir que Nuestros derechos de reembolso y subrogación bajo este plan sean limitados o perjudicados por cualquier otro acto o falta de acción de Su parte. Se entiende y acepta que si lo hace, Nosotros podemos suspender o cancelar el pago o la provisión de cualquier beneficio adicional para Usted bajo el plan.

DERECHO DE SUBROGACIÓN

Si Nosotros le pagamos o le brindamos algún beneficio según este plan, Nos subrogamos en todos los derechos de recuperación que Usted tenga por contrato, agravio o de otro modo contra cualquier persona u organización por el monto de los beneficios que hemos pagado o brindado. Eso significa que Nosotros podemos utilizar Su derecho a recuperar dinero de esa otra persona u organización.

DERECHO DE REEMBOLSO

Además del derecho de subrogación, Nosotros tenemos un derecho separado a recibir un reembolso o devolución de cualquier dinero que Usted, incluidos los miembros de Su familia, recupere por una lesión o afección por la cual Nosotros hayamos pagado beneficios del plan. Esto significa que Usted promete reembolsarnos con cualquier dinero que Usted recupere el monto que Nosotros hayamos pagado o proporcionado en los beneficios del plan. También significa que si Usted recupera dinero como resultado de un reclamo o demanda, ya sea mediante acuerdo o de otro modo, debe reembolsarnos. Y, si le paga a Usted cualquier persona o empresa además de Nosotros, incluida la persona que lo lastimó, el asegurador de esa persona o su propio asegurador, Usted debe reembolsarnos. En estos y todos los demás casos, Usted deberá reembolsarnos a Nosotros.

Nosotros tenemos derecho a que se Nos reembolse o reembolsados primero de cualquier dinero que Usted recupere, incluso si no se le paga a Usted todo el reclamo por daños y no se le compensa Su pérdida. Esto significa que Usted promete reembolsar a Nosotros primero incluso si el dinero que Usted recupera es (o se dice que es) una pérdida además de los beneficios del plan, como dolor y sufrimiento. También significa que Usted promete pagarnos primero incluso si otra persona o compañía ha pagado parte de Su pérdida. Y significa que Usted promete pagarnos primero, incluso si la persona que recupera el dinero es menor de edad. En

estos y todos los demás casos, todavía Nosotros tenemos el derecho a un primer reembolso o reembolso de cualquier recuperación que reciba de cualquier fuente.

CONDICIONES DE SU COBERTURA

Nosotros proporcionamos los beneficios descritos en este folleto sólo a los Miembros que reúnen los requisitos. Los servicios de atención médica están sujetos a las limitaciones, exclusiones, Copagos, Deducibles y Coseguros especificados en Su **Resumen de Beneficios y Cobertura**. Este Certificado de Cobertura sustituye a cualquier Certificado de Cobertura distribuido anteriormente.

El pago de los beneficios por los Servicios o suministros Cubiertos se realizará directamente a quien presente el reclamo. Si es el Proveedor quien presenta el reclamo, Nosotros le pagaremos al Proveedor. Si es Usted quien presenta el reclamo, el pago se efectuará directamente a Usted y Usted será responsable de efectuar el pago al Proveedor.

Nosotros no le proporcionamos a Usted un Hospital o un Médico. Además, Nosotros no somos responsables de ninguna lesión o daño que Usted pueda sufrir debido a las acciones de cualquier Hospital, Médico u otra persona.

Con el fin de procesar Sus reclamos, Nosotros podemos solicitar información adicional sobre el tratamiento médico que Usted ha recibido y/o sobre otro seguro médico que Usted pueda tener. Esta información será tratada de forma confidencial. Una explicación oral de Sus beneficios por parte de un empleado de Alliant no es legalmente vinculante. Cualquier correspondencia que se le envíe a Usted por correo se enviará a Su dirección más reciente. Usted es responsable de notificarnos Su nueva dirección.

LA TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN DESPUÉS DE AGOTAR LOS BENEFICIOS

Alliant Health Plans cumple con las normas del Comité Nacional para la Garantía de Calidad (o en inglés National Committee for Quality Assurance) (CMS y NCQA, por sus siglas en inglés) para la Continuidad y Coordinación de la atención mediante la notificación a los Miembros que han agotado sus beneficios médicos. Cuando un Miembro agota los beneficios disponibles según los términos de Su póliza, Alliant Health Plans toma medidas para informar al Miembro sobre otros recursos disponibles, cubiertos o no por el plan. Estos recursos se listan en la página web de Alliant Health Plans.

ASISTENCIA CON EL IDIOMA

Alliant Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Alliant Health Plans no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Alliant Health Plans:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con nuestro **Servicios al Cliente al (866) 403-2785**.

Si considera que Alliant Health Plans no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Gerente de Cumplimiento, PO Box 1128, Dalton, GA 30722, Tel: (706) 237-8802 or (888) 533-6507 ext 125, Fax: (706) 229-6289, Correo electrónico: Compliance@AlliantPlans.com. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Gerente de Cumplimiento está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD), puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**English**

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-403-2785 (TTY: 711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-403-2785 (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 1-866-403-2785 (TTY: 711).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-403-2785 (TTY:

711)번으로 전화해 주십시오.

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 1-866-403-2785 (TTY: 711)。

ગુજરાતી (Gujarati)

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-403-2785 (TTY: 711).

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-403-2785 (ATS : 711).

አማርኛ (Amharic)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-866-403-2785 (መስመሩ ለተሳናቸው: 711)።

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-403-2785 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Kreyòl Ayisyen (French Creole)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-403-2785 (TTY: 711).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-403-2785 (телетайп: 711).

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-403-2785 (رقم هاتف الصم والبكم: 711 TTY).

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-403-2785 (TTY: 711).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-866-403-2785 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-403-2785 (TTY: 711).

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-403-2785 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

CUANDO SU COBERTURA SE TERMINA

TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS Y DE LA COBERTURA (GRUPO)

Nosotros podemos cancelar la totalidad del contrato del Grupo en caso de que ocurra alguna de las siguientes circunstancias:

1. El Grupo no paga las Primas de acuerdo con los términos de su Contrato.
2. El Grupo realiza un acto o práctica que constituya fraude o tergiversación intencionada de hechos materiales al solicitar u obtener cobertura.
3. El Grupo ha quedado por debajo de la contribución mínima del empleador o de las normas de participación del Grupo. Enviaremos una notificación por escrito al Grupo y le concederemos un plazo de 60 días para cumplir.
4. Finalizamos, cancelamos o no renovamos toda la cobertura de un determinado formulario de póliza, siempre que:
 - Nosotros avisamos con al menos 90 días de antelación de la finalización de la póliza a todos los Miembros;
 - Nosotros ofrecemos al Grupo todas las demás pólizas (de empresa), en función del tamaño del Grupo, ofrecidas o renovadas actualmente por Nosotros para las que Usted sea elegible de otro modo; y
 - Nosotros actuamos de manera uniforme sin tener en cuenta la experiencia en materia de siniestros ni ningún factor relacionado con el estado de salud de las personas aseguradas o susceptibles de ser aseguradas.

TERMINACION DE LA COBERTURA (INDIVIDUAL)

Su cobertura finaliza si:

- Su empleo finaliza su empleo. Su cobertura finaliza el día de su terminación; o
- Si deja de cumplir los requisitos de elegibilidad. La cobertura finaliza el día en que deja de cumplir los requisitos de elegibilidad.
- Si finaliza el contrato de grupo. La cobertura finaliza el día en que se extingue el contrato de grupo.
- Si el beneficiario no realiza las contribuciones requeridas (determinadas por la empresa) para sufragar el costo de la cobertura. La cobertura finaliza al vencimiento del período cubierto por la última contribución.
- La cobertura de un hijo inscrito finaliza automáticamente al final del mes en el que el hijo cumple 26 años.
- La cobertura de un Dependiente Incapacitado mayor de 26 años finaliza si el dependiente deja de cumplir la definición de Dependiente Incapacitado.
- La cobertura del cónyuge de un Miembro finaliza automáticamente a partir de la fecha de divorcio o fallecimiento.

Una rescisión de su cobertura significa que la cobertura puede quedar anulada legalmente hasta el día en que comenzó su cobertura, como si nunca hubiera tenido cobertura en virtud de este Contrato. Su cobertura sólo puede rescindirse si Usted (o una persona que busque cobertura en Su nombre), realiza un acto, práctica u omisión que constituya fraude; o a menos que Usted (o una persona que busque cobertura en Su nombre) realice una malinterpretación

intencionada de un hecho material, tal y como prohíben los términos de Su plan de Grupo.

Alliant le notificará por escrito con 30 días de antelación la finalización de su cobertura antes de tramitar la rescisión y anular su cobertura. Tenga en cuenta que la rescisión de la cobertura es retroactiva, lo que hace que la persona no haya tenido cobertura.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA SEGÚN LA LEY DE CONTINUACIÓN DEL ESTADO DE GEORGIA

Todo Empleado asegurado en Georgia en virtud de un plan de beneficios sociales de la empresa cuyo empleo sea terminado sin causa justificada, puede tener derecho a ciertas de beneficios de continuación. Si Usted ha estado inscrito de forma ininterrumpida durante al menos seis (6) meses en este Contrato, o en éste y en su contrato de seguro médico inmediatamente anterior, Usted puede optar por continuar con la cobertura médica de Grupo para Usted y los miembros de su familia inscritos durante el resto del mes de finalización y tres meses adicionales pagando la Prima correspondiente.

Esta prestación da derecho a cada miembro de Su familia que esté inscrito en el plan de beneficios sociales para Empleados de la empresa a elegir la continuación, independientemente.

COSTO

Estos beneficios de continuación están disponibles sin prueba de asegurabilidad a la misma tarifa de Prima que se cobra a los Empleados asegurados de forma similar. Para elegir este beneficio, Usted debe notificar al Administrador del Plan del Grupo, dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que su cobertura finalizaría de otro modo, que Usted desea continuar Su cobertura y debe pagar las Primas mensuales requeridas por adelantado. Este beneficio de continuación no está disponible si:

- Su empleo se termina por causa justificada; o Su inscripción al plan de salud se terminó por su falta de pago de una Prima o contribución a la Prima; o
- Se termina su inscripción al plan de salud y se sustituye sin interrupción por otro contrato de grupo; o
- Se termina el seguro médico para toda la clase de Empleados a la que Usted pertenece; o
- El Grupo finaliza el seguro de enfermedad para todos los Empleados.

TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

La cobertura de continuación finaliza si Usted no paga la Prima requerida a tiempo o Usted se inscribe en otro seguro de grupo de trabajo o en Medicare.

PROVISIÓN PARA EMPLEADOS MAYORES DE 60 AÑOS

Un Empleado (y Dependientes elegibles), asegurado en Georgia bajo un plan de beneficios de bienestar de la empresa, que haya agotado los beneficios de continuación enumerados anteriormente, es elegible para los derechos de continuación adicionales si ese Empleado tenía 60 años o más y estaba cubierto para los beneficios de continuación bajo la disposición de continuación regular.

Existen ciertos requisitos que deben cumplirse:

- Debe haber estado cubierto por un plan de grupo que cubra a 20 o más empleados; y
- Debe haber estado inscrito de forma continua durante al menos seis meses en este

Contrato.

Esta continuación de los beneficios no está disponible si:

- Si Su empleo se termina voluntariamente por razones que no sean de salud;
- La inscripción al plan de salud se dio por terminada porque Usted no pagó la Prima o la contribución a la Prima;;
- La inscripción al plan de salud se termina y se sustituye sin interrupción por otro contrato de grupo;
- El seguro de enfermedad se termina para toda la clase de Empleados a la que Usted pertenece;
- El Grupo puso fin al seguro de enfermedad de todos los Empleados;
- Su empleo fue terminado por razones que causarían la pérdida de la indemnización por desempleo (Capítulo 8 del Título 34 "Ley de Seguridad en el Empleo").

Se aplican los siguientes requisitos de elegibilidad:

- Usted debe tener 60 años o más en la fecha en que comenzó la cobertura en virtud de la disposición de continuación;
- Sus Dependientes tienen derecho a la cobertura si Usted cumple los requisitos arriba indicados;
- Su cónyuge y los hijos Dependientes Cubiertos cuya cobertura terminaría en caso de divorcio, separación legal o Su fallecimiento podrán continuar si el cónyuge superviviente tiene 60 años o más en el momento del divorcio, separación legal o fallecimiento.

El cargo mensual (Prima) por esta continuación de la cobertura no será superior al 120% del monto que se le cobraría a Usted como Miembro normal del Grupo. Deberá pagar la primera Prima por esta continuación de la cobertura en virtud de esta disposición en la fecha de vencimiento habitual tras la expiración del periodo de cobertura previsto en COBRA o en la continuación estatal.

Sus derechos de continuación terminan en la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que Usted no pague la Prima a su vencimiento;
- La fecha de finalización del Contrato de Grupo. (Si se sustituye el Contrato de Grupo, la cobertura continuará con el nuevo plan de grupo).
- La fecha en la que Usted pase a estar asegurado en cualquier otro plan de salud de Grupo;
- La fecha en que Usted o Su cónyuge divorciado o viudo cumpla los requisitos para recibir Medicare.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE LA LEY FEDERAL - COBRA

Si finaliza su cobertura conforme al plan, puede tener derecho a elegir la continuación de la cobertura de acuerdo con la ley federal. Si su empresa emplea normalmente a 20 o más personas y su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave, en lugar de los tres meses de continuación de la prestación descritos anteriormente, puede elegir entre 18 y 36 meses de continuación de la prestación, independientemente de si el grupo está asegurado o auto asegurado.

REQUISITOS PARA LA CONTINUIDAD DE LA COBERTURA CONFORME A LA LEY FEDERAL (COBRA)

La continuación de la cobertura COBRA está disponible cuando, de lo contrario, la cobertura de su Grupo finalizaría debido a ciertos "eventos calificativos". Tras un evento calificador, la continuación de la cobertura COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus Hijos Dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si estuvieran cubiertos el día anterior al evento calificador y la cobertura de Grupo se perdiera a causa del evento calificador. Los beneficiarios calificados que eligen COBRA deben pagar por esta continuación de la cobertura COBRA.

Esta prestación da derecho a cada miembro de su familia inscrito en el plan de previsión social de la empresa elegir la continuación de forma independiente. Cada beneficiario calificado tiene derecho a realizar elecciones de beneficios independientes en el momento de la inscripción anual. Los Empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de Sus cónyuges, y los padres o tutores legales pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de Sus hijos. Los hijos nacidos o dados en adopción a un Empleado cubierto durante el periodo de continuación de la cobertura también pueden elegir la continuación de la cobertura.

Evento de Calificación Inicial	Duración de la cobertura
Para Empleados: Terminación Voluntaria o Involuntaria (que no sea por falta grave) o Reducción de Horas Trabajadas	18 meses
Para Cónyuges / Dependientes: Terminación Voluntaria o Involuntaria (que no sea por falta grave) o Reducción de Horas Trabajadas	18 meses
Derecho del Trabajador Cubierto a Medicare	36 meses
Divorcio o separación Legal	36 meses
Fallecimiento de un Empleado Cubierto	36 meses
Para los Dependientes: Pérdida del Estatuto de Hijo Dependiente	36 meses

La continuación de la cobertura cesa antes de que finalice el periodo máximo de continuación si el afiliado adquiere derecho a las prestaciones de Medicare. Si un beneficiario de continuación adquiere derecho a las prestaciones de Medicare, entonces un beneficiario calificado - distinto del beneficiario de Medicare - tiene derecho a la continuación de la cobertura durante un máximo de 36 meses en total. Por ejemplo, si adquiere el derecho a Medicare antes del cese de

la relación laboral o de la reducción de horas, la continuación de la cobertura COBRA para su cónyuge e hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha en que adquiere el derecho a Medicare.

Pérdida de la cobertura, usted se convertirá en beneficiario cualificado con respecto a la quiebra. Su cónyuge superviviente y los hijos a su cargo también se convertirán en beneficiarios cualificados si la quiebra provoca la pérdida de su cobertura en virtud de este Plan. Si la cobertura COBRA pasa a estar disponible para un jubilado y los miembros cubiertos de su familia como consecuencia de una declaración de quiebra, el jubilado podrá continuar con la cobertura de por vida. Su cónyuge y las personas a su cargo podrán continuar la cobertura durante un período máximo de hasta 36 meses a partir de la fecha de fallecimiento del jubilado.

SEGUNDA PRUEBA CLASIFICATORIA

Si su familia tiene otro acontecimiento que cumpla los requisitos (como una separación legal, un divorcio, etc.) durante los 18 meses iniciales de COBRA (o 29 meses, si se aplica la disposición sobre discapacidad), su cónyuge e hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura continua conforme a COBRA, hasta un máximo de 36 meses a partir del hecho causante original. Dicha cobertura adicional sólo está disponible si el segundo evento calificativo hubiera causado que Su cónyuge o hijos Dependientes perdieran la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificativo. En tal caso, el beneficiario cualificado debe notificar oportunamente al Administrador del Plan.

REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

En caso de cese, despido, reducción de la jornada laboral o derecho a Medicare, la empresa deberá notificarlo al administrador del plan de prestaciones de la empresa en un plazo de 30 días. Debe notificar al administrador del plan de prestaciones de la empresa en un plazo de 60 días si se produce su divorcio, separación legal o si alguna de las personas a su cargo inscritas no cumple la definición de persona a cargo del plan. Posteriormente, el administrador del plan notificará sus derechos a los beneficiarios cualificados en un plazo de 14 días.

Para continuar afiliado, usted o un familiar que reúna los requisitos debe realizar una elección en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que, de lo contrario, finalizaría su cobertura, o de la fecha en que el administrador del plan de prestaciones de la empresa le notifique a usted o a su familiar este derecho, si esta última es posterior. Deberá abonar la Prima total correspondiente al tipo de cobertura de prestaciones que decida continuar. Si el tipo de Prima cambia para los asociados activos, Su Prima mensual también cambiará. La Prima que debe pagar no puede superar el 102% de la Prima que se cobra a los Empleados con una cobertura similar, y debe abonarse al Administrador del Plan de prestaciones de la empresa en un plazo de 30 días a partir de la fecha de vencimiento, salvo que el pago inicial de la Prima deba efectuarse antes de que transcurran 45 días desde la elección inicial de la continuación de la cobertura, o perderá sus derechos a la continuación.

En el caso de los Empleados que, en el momento del hecho causante, se determine que están incapacitados conforme al Título II (OASDI) o al Título XVI (SSI) de la Ley de la Seguridad Social,

y de los Empleados que queden incapacitados durante los primeros 60 días de la continuación de la cobertura COBRA, la cobertura podrá continuar de 18 a 29 meses. Las Personas a cargo de estos Empleados también podrán acogerse a la prórroga de 18 a 29 meses por incapacidad. Esta disposición sólo se aplicará si el beneficiario cualificado notifica su estado de invalidez en los 60 días siguientes a la determinación de la invalidez. En estos casos, la empresa puede cobrar el 150 % de la prima de los meses 19 a 29. Ello permitiría proporcionar cobertura sanitaria en el periodo comprendido entre el final de los 18 meses y el momento en que Medicare inicie la cobertura del discapacitado a los 29 meses. Si la Administración de la Seguridad Social determina que un beneficiario cualificado ya no está incapacitado, dicho beneficiario cualificado debe notificar este hecho al Administrador del Plan por escrito en un plazo de 30 días tras la determinación de la Administración de la Seguridad Social.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA (LEY FEDERAL - USERRA)

En virtud de la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA), el afiliado puede tener derecho a la continuación de las prestaciones en las condiciones que se describen a continuación.

En virtud de la ley USERRA, si el Empleado (o las Personas a su cargo) está cubierto por el presente Contrato y se ausenta del empleo debido a una licencia militar, el Empleado (o las Personas a su cargo) puede tener derecho a optar por continuar con la cobertura médica en virtud del presente Contrato. Para tener derecho a la cobertura durante el periodo en que el Empleado se ausente por permiso militar, el Empleado deberá notificar al Empleador con una antelación razonable su permiso militar y el Empleado tendrá derechos similares a los de COBRA con respecto a sus prestaciones médicas, en el sentido de que el Socio y las Personas a su cargo podrán optar por continuar la cobertura en virtud de este Contrato durante un periodo de 24 meses a partir de la fecha de inicio del permiso militar o, si es antes, el periodo que finaliza el día siguiente a la fecha límite para que el Empleado solicite o se reincorpore al trabajo con el Empleador. Durante la licencia militar, el Trabajador deberá abonar al Contratante la totalidad del coste de dicha cobertura, incluida la de las Personas a su cargo que haya elegido. Sin embargo, si la ausencia del Empleado es inferior a 31 días, el Empleador debe seguir pagando su parte de las Primas y el Empleado sólo debe pagar su parte de las Primas sin el recargo administrativo del 2% tipo COBRA.

Asimismo, cuando el afiliado se reincorpora al trabajo, si cumple los requisitos que se especifican a continuación, USERRA establece que la empresa debe renunciar a las exclusiones y periodos de carencia, aunque el afiliado no haya optado por la continuación de COBRA.

Estos requisitos son los siguientes: (i) el afiliado debe haber notificado a su empleador el permiso militar con una antelación razonable; (ii) el permiso militar no puede exceder de un periodo determinado (que suele ser de cinco años, salvo en circunstancias inusuales o extraordinarias) y el afiliado debe haber recibido como mínimo un licenciamiento con honores (o, en el caso de un oficial, no haber sido condenado a una institución correccional), y (iii) el afiliado debe solicitar su reincorporación o reincorporación al trabajo a su debido tiempo una vez finalizado el permiso militar (desde un solo día hasta 90 días, en función del periodo

que haya estado de baja). También es posible que tenga que presentar al empresario, en el momento de la reincorporación, documentación que confirme su derecho a la prestación. Esta protección se aplica al afiliado en el momento de su reincorporación, así como a cualquier persona a su cargo que haya quedado cubierta por el presente contrato como consecuencia de la reincorporación del afiliado a la cobertura.

PERSONA ELEGIBLE PARA LA LEY DE AJUSTE COMERCIAL

Si no elige inicialmente la cobertura COBRA y posteriormente reúne los requisitos para recibir asistencia de ajuste comercial en virtud de la Ley de Comercio de EE.UU. de 1974 debido al mismo acontecimiento que le hizo reunir los requisitos para recibir inicialmente la cobertura COBRA en virtud de este Plan, tendrá derecho a otro período de 60 días para elegir la cobertura COBRA. Este segundo período de 60 días comenzará el primer día del mes en el que cumpla los requisitos para recibir la ayuda de ajuste comercial. La cobertura COBRA elegida durante este segundo periodo de elección entrará en vigencia el primer día del periodo de elección. También puede optar a recibir un crédito fiscal equivalente al 65% del coste de la cobertura sanitaria para usted y las personas a su cargo que cobra el Plan. Este crédito fiscal también puede abonarse por adelantado directamente al proveedor de la cobertura sanitaria, reduciendo el importe que Usted tiene que pagar de su bolsillo.

CUÁNDO FINALIZA LA COBERTURA COBRA

Estas prestaciones están disponibles sin prueba de asegurabilidad y la cobertura finalizará en la fecha más temprana de las siguientes

- Una persona cubierta llega al final del periodo máximo de cobertura;
- Una persona cubierta no paga a tiempo una Prima requerida;
- Una persona cubierta queda cubierta por cualquier otro plan de salud colectivo después de haber optado por COBRA. Si el otro plan de salud colectivo contiene alguna exclusión o limitación sobre una enfermedad preexistente que se aplique a Usted, podrá continuar con la cobertura COBRA sólo hasta que cesen estas limitaciones;
- Una persona cubierta adquiere el derecho a Medicare tras acogerse a COBRA;
- El Grupo rescinde sus planes colectivos de prestaciones sociales con Alliant Health Plans.

PRÓRROGA DE LOS BENEFICIOS EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL

Si el Contrato de Grupo se rescinde por falta de pago de las cuotas de suscripción, o si el Grupo rescinde el Contrato por cualquier motivo, o si el Contrato es rescindido por Nosotros (con 60 días de preaviso por escrito), en tal caso la cobertura de un Suscriptor totalmente incapacitado será la siguiente:

Los beneficios del contrato para la atención y el tratamiento de la enfermedad, dolencia o afección específica que haya causado la invalidez total se prolongarán hasta 12 meses a partir de la fecha de finalización del Contrato de Grupo.

NOTA: Consideramos incapacidad total la derivada de una enfermedad o lesión cuando:

- El Miembro no está en condiciones de desempeñar las principales tareas de su profesión y no puede trabajar a cambio de un salario o de una ganancia.

- El Dependiente del Miembro no puede realizar la mayoría de las actividades normales de una persona de su misma edad y sexo.

BENEFICIOS EXTENDIDOS

Si la cobertura de un Miembro finaliza y éste se encuentra totalmente incapacitado y, bajo la atención de un médico, Alliant amplía los beneficios médicos principales para dicho Miembro en virtud de este Contrato, tal y como se explica a continuación. Esto se realiza sin costo alguno para el Miembro.

Alliant sólo extiende los beneficios por Servicios Cubiertos debido a la condición de discapacidad. Los Servicios Cubiertos deben prestarse antes de que finalice la extensión. Lo que Alliant paga se basa en todos los términos de este Contrato.

Alliant no paga los cargos debidos a otras afecciones. Alliant no paga los cargos incurridos por otros Dependientes Cubiertos. La extensión finaliza en la primera de las siguientes fechas: (a) la fecha en que finalice la incapacidad total o (b) un año a partir de la fecha en que finalice la cobertura del Miembro en virtud de este Contrato. También finaliza si el Miembro ha alcanzado el límite de pago para su enfermedad incapacitante.

NOTA: Alliant considera incapacidad total una condición resultante de una enfermedad o lesión en la que: El Miembro no está en condiciones de desempeñar las principales tareas de su profesión y no puede trabajar a cambio de un salario o de una ganancia. El Dependiente del Miembro no puede realizar la mayoría de las actividades normales de una persona de su misma edad y sexo.

QUEJAS Y APELACIONES

Esperamos que Usted siempre esté satisfecho con el nivel de servicio que se le proporciona a Usted y a Su familia. Sin embargo, somos conscientes de que puede haber ocasiones en las que surjan problemas y se produzcan fallos de comunicación que provoquen sentimientos de insatisfacción.

QUEJAS SOBRE ALLIANT HEALTH PLANS

Como Miembro de Alliant, Usted tiene derecho a expresar Su insatisfacción y a esperar una resolución imparcial de los problemas. Lo siguiente representa el proceso establecido para asegurar que damos Nuestra máxima atención a Sus preocupaciones. Por favor, utilícelo para informarnos cuando no esté satisfecho con cualquier aspecto de los servicios prestados.

1. Llame al Servicio al Cliente al (866) 403-2785. Cuéntenos su problema y Nosotros trabajaremos para resolverlo lo antes posible.
2. Si Usted no está satisfecho con nuestra respuesta, puede presentar una queja formal, preferiblemente, pero no necesariamente, por escrito. Esta solicitud de revisión de Sus preocupaciones debe dirigirse a la dirección indicada a continuación.
3. Si, dependiendo de la naturaleza de Su queja, sigue insatisfecho después de recibir Nuestra respuesta, se le ofrecerá a Usted el derecho de apelar Nuestra decisión en escrito. Al final

de esta revisión formalizada de Sus preocupaciones específicas, se le proporcionará a Usted una respuesta final por escrito, que esperamos que resuelva el problema a Su satisfacción.

RESUMEN DE QUEJAS

Usted puede consultar un resumen del número, la naturaleza y los resultados de los reclamos presentados en los tres años anteriores. Usted puede obtener una copia de dicho resumen a un costo razonable de Nosotros.

QUEJAS SOBRE EL SERVICIO DEL PROVEEDOR

Si Su queja está relacionada con la atención recibida de un Proveedor, llame al Servicio al Cliente al (866) 403-2785. Su queja se resolverá de manera oportuna.

DEFINICIONES PARA APELACIONES

Los términos en mayúsculas utilizados en esta sección de apelaciones tienen las siguientes definiciones: **Determinación Adversa de los Beneficios**

- La negación de una solicitud de servicio o la falta de pago (total o parcial) de un beneficio;
- Cualquier reducción o terminación de un beneficio, o cualquier otra determinación de cobertura de que una admisión, disponibilidad de atención, estancia continuada u otro servicio de atención médica no cumple con los requisitos de Alliant en cuanto a Necesidad Médica, adecuación, entorno de atención médica o nivel de atención o efectividad; o
- Basado total o parcialmente en el criterio médico, incluye la no cobertura de servicios porque se determinan como experimentales, de investigación, cosméticos, no Médicamente Necesarios o inapropiados;
- Una decisión de Alliant de negar la cobertura basada en una determinación inicial de elegibilidad

Una Determinación Adversa de Beneficios es también una rescisión de la cobertura, así como cualquier otra cancelación o interrupción de la cobertura que tenga un efecto retroactivo, excepto cuando dicha cancelación/interrupción se deba a la falta de pago puntual de las Primas requeridas o de las contribuciones al coste de la cobertura.

La negación del pago de servicios o cargos (en su totalidad o en parte) de acuerdo con los contratos de Alliant con los proveedores de la red, cuando Usted no es responsable de dichos servicios o cargos, no son Determinaciones Adversas de Beneficios.

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Una persona autorizada por escrito por Usted o por la ley estatal para actuar en Su nombre al solicitar un servicio de atención médica, obtener el pago de un reclamo o durante el proceso de apelación interna. Un proveedor de atención médica puede actuar en Su nombre sin Su consentimiento expreso cuando se trata de un Servicio de Atención Urgente.

Determinación Final Adversa de los Beneficios

Una Determinación Adversa de Beneficios que se mantiene después del proceso de apelación interna. Si el período de tiempo permitido para la apelación interna transcurre sin

una determinación por parte de Alliant, entonces la apelación interna se considerará una Determinación Adversa de Beneficios Final.

Reclamo Posterior al Servicio

Se ha emitido una Determinación Adversa de Beneficios para un servicio que ya se ha prestado.

Reclamo Previo al Servicio

Se ha emitido una Determinación Adversa de Beneficios y no se ha prestado el servicio solicitado.

Reclamo de Servicios de Urgencia

Se ha emitido una Determinación Adversa de Beneficios y no se ha prestado el servicio solicitado, cuando la aplicación de los plazos de apelación de atención no urgente podría ponerlo en grave peligro:

- Su vida o su salud o la de Su hijo no nacido; o
- En opinión del médico tratante, le sometería a Usted a un dolor severo que no puede ser manejado adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es objeto del reclamo.

APELACIÓN INTERNA

Usted, o Su Representante Autorizado, o un Proveedor o centro de tratamiento pueden presentar una apelación. Si Usted necesita ayuda para preparar la apelación (de Nivel I), o para presentarla verbalmente, Usted puede ponerse en contacto con Alliant para obtener dicha ayuda llamando al (866) 403-2785. Puede presentar las apelaciones en las siguientes direcciones, según el tipo de apelación:

Apelaciones de Reclamos Médico y Administrativo:	Alliant Health Plans PO BOX 1247 Dalton, GA 30722
Apelaciones de Med Pharm:	Magellan Rx Management Appeals Department PO BOX 1459 Maryland Heights, MO 63043
Apelaciones de Farmacia:	Magellan Rx Management Appeals Department PO BOX 1599 Maryland Heights, MO 63043

Si tiene una discapacidad auditiva, también puede Usted ponerse en contacto con Alliant a través del Servicio Nacional de Retransmisión en el 711.

Usted (o Sus Representantes Autorizados) debe presentar una apelación inicial (Nivel I) dentro de 180 días a partir de la fecha de la notificación de la Determinación Adversa de Beneficios. Si se rechaza Su apelación inicial, Usted puede presentar una segunda apelación (Nivel II) en escrito dentro de 60 días a partir de la fecha en que se rechazó Su apelación inicial (Nivel I). Para obtener asistencia en Español, llame al (866) 403-2785.

Dentro de los cinco (5) días laborales siguientes a la recepción de una apelación (o 24 horas en el caso de apelaciones relacionadas con una Reclamación de Servicios de Atención Urgente), Alliant se pondrá en contacto con Usted (o con su Representante Autorizado) por escrito o por teléfono para informarle de cualquier incumplimiento de los procedimientos internos de apelación de Alliant.

La apelación será revisada por personal que no haya participado en la elaboración de la Determinación Adversa de Beneficios e incluirá la opinión de profesionales de la salud o similar especialidad que suele gestionar el tipo de servicio médico objeto de revisión.

PLAZO PARA QUE ALLIANT RESPONDA A LA APELACIÓN

TIPOS DE SOLICITUDES	PLAZO DE DECISIÓN
APELACIONES ACELERADAS	DENTRO DE 72 HORAS o 3 DÍAS CALENDARIOS
APELACIONES PREVIAS AL SERVICIO (NIVEL I Y II)	EN UN PLAZO DE 15 DÍAS CALENDARIOS
APELACIONES POSTERIORES AL SERVICIO (NIVELES I Y II)	EN UN PLAZO DE 30 DÍAS CALENDARIOS

AGOTAMIENTO DEL PROCESO

Los procedimientos y el proceso anteriores son obligatorios y deben agotarse antes de establecer un litigio o un arbitraje o cualquier procedimiento administrativo en relación con los asuntos incluidos en el ámbito de esta sección de Quejas y Recursos.

APELACIÓN EXTERNA

Usted puede tener derecho a que Nuestra decisión médica o farmacéutica de denegar una solicitud o queja basada en la determinación de la necesidad médica, el estado experimental/ de investigación del tratamiento recomendado, la condición que se está considerando, o una rescisión de la cobertura de atención médica sea revisada externamente después de que Usted haya agotado los derechos de apelación internos proporcionados por Alliant. Usted debe presentar una solicitud de revisión externa dentro de los 123 días siguientes de que Usted haya recibido la notificación de la denegación de la queja o de la apelación.

¿CÓMO PUEDO SOLICITAR UNA REVISIÓN EXTERNA?

Usted puede presentar una solicitud de revisión externa en línea en <https://externalappeal.cms.gov/ferportal/#/home>, llamando al (888) 866-6205 para pedir un formulario de solicitud de revisión externa, o enviando la solicitud por correo electrónico a ferp@maximus.com. Para solicitar una revisión externa por fax o correo:

MAXIMUS Federal
 Services 3750 Monroe
 Avenue, Suite 705
 Pittsford, NY 14534
 Fax: (888)866-6190

Si Usted tiene alguna pregunta o duda durante el proceso de apelación externa, Usted (o su Representante Autorizado) puede llamar al número gratuito (888) 866-6205 o visitar <https://externalappeal.cms.gov/ferportal/#/home>

¿Cómo puedo solicitar una revisión externa acelerada?

En algunos casos, Usted puede solicitar una revisión externa acelerada (más acelerada de lo habitual). Se puede solicitar una revisión acelerada cuando:

1. Usted ha solicitado una apelación interna acelerada y quiere una revisión externa acelerada al mismo tiempo, y el plazo para una apelación interna acelerada (72 horas) pondría en peligro Su vida, Su salud o Su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad.

O

2. Usted ha completado una apelación interna con el plan y la decisión no fue a Su favor, y:
 a. El plazo para realizar una revisión externa estándar (45 días) pondría en peligro Su vida, Su salud o Su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad, o
 b. La decisión se refiere a la admisión, la disponibilidad de atención, la continuación de la estancia o los servicios de atención médica de emergencia cuando no se le ha dado el alta a Usted del centro.

Al solicitar una revisión externa acelerada, la persona debe proporcionar la siguiente información:

- Nombre y Dirección
- Teléfono
- Dirección de correo electrónico
- Si la solicitud es urgente
- Firma del paciente si la persona que presenta el recurso no es el paciente
- Una breve descripción del motivo por el que Usted no está de acuerdo con la decisión de denegación de Su plan

Puede utilizar un formulario de solicitud de revisión externa federal del HHS para proporcionar esta y otra información adicional.

La revisión externa acelerada se produce más rápidamente si Usted la solicita llamando al número de teléfono gratuito 888-866-6205. El plazo de 72 horas para una solicitud acelerada comienza cuando finaliza la llamada telefónica.

Instrucciones para Enviar Su Solicitud de Revisión Externa Acelerada:
Usted también puede solicitar una revisión externa acelerada por fax o por correo:

MAXIMUS Federal Services
3750 Monroe Avenue,
Suite 705 Pittsford, NY 14534
Fax: (888)866-6190

El plazo de 72 horas para las solicitudes aceleradas enviadas por correo o fax comienza cuando se recibe la solicitud.

DERECHOS ERISA

Si Usted está inscrito en un plan de un empleador privado, entonces Usted también puede tener derecho a presentar una demanda civil en virtud de la Sección 502 (a) de ERISA tras la revisión interna completa de Su queja por Alliant.

OTROS RECURSOS PARA AYUDARLE A USTED

Usted o su Representante Autorizado pueden presentar una queja notificando a la División de Servicios al Consumidor del Departamento de Seguros de Georgia por teléfono al (800) 656-2298. Usted o su Representante Autorizado también pueden presentar una queja completando los formularios requeridos disponibles en www.oci.ga.gov y enviándolos directamente a la dirección indicada a continuación. Alliant también proporcionará los formularios a petición.

Georgia Department of Insurance Consumer Services Division
(Departamento de Seguros de Georgia División de Servicios al Consumidor)
2 Martin Luther King Jr. Drive
Suite 716 West Tower
Atlanta, Georgia 30334
Fax: (404) 657-8542
Página Web: www.oci.ga.gov; seleccione Portal de Quejas del Consumidor
(Select Consumer Complaint Portal.)

Una vez completada la solicitud de revisión externa, el asunto será investigado por el Departamento de Seguros de Georgia. El Departamento de Seguros de Georgia le notificará a Usted y a su Representante Autorizado de su decisión.

NORMAS E INFORMACIÓN GENERAL

Las normas generales relativas al proceso de Quejas y Apelaciones de Alliant incluyen lo siguiente:

- Debes cooperar plenamente con Alliant en nuestro esfuerzo por revisar y resolver rápidamente una queja o apelación. En el caso de que Usted no coopere plenamente con Alliant, se considerará que Usted ha renunciado a Su derecho a que la Queja o Apelación se procese dentro de los plazos establecidos anteriormente.

Alliant ofrecerá reunirse con Usted por teléfono. Se harán los arreglos apropiados para permitir que las conferencias telefónicas se lleven a cabo en Nuestras oficinas administrativas. Alliant hará estos arreglos telefónicos sin costo adicional para Usted. Durante el proceso de revisión, los servicios en cuestión serán revisados sin tener en cuenta la decisión tomada en la determinación inicial.

- Alliant le proporcionará a Usted pruebas informativas nuevas o adicionales que considere, en las que se base o que se generen en relación con una apelación que no estaban disponibles cuando se realizó la Determinación Adversa de Beneficios inicial. Un proceso de revisión "completo y justo" requiere que Alliant envíe cualquier información médica nueva para revisar directamente para que Usted tenga la oportunidad de revisar el archivo de la queja.

DEFINICIONES

Abuso de Sustancias

Cualquier uso de alcohol y/o drogas que produzca un patrón de uso patológico que cause deterioro en el funcionamiento social o laboral o que produzca dependencia fisiológica evidenciada por tolerancia física o abstinencia.

Acceso Directo

El Miembro tiene acceso a Médicos de atención primaria y especializada sin necesidad de una derivación aprobada por Alliant.

Administrador del Plan

La persona nombrada por Su empleador para administrar el plan y responder a las preguntas sobre los detalles del plan.

Agencia de Asistencia Médica a Domicilio

Proveedor que presta atención a través de un programa para el tratamiento de un paciente en su domicilio, consistente en la atención especializada intermitente requerido, que puede incluir servicios de observación, evaluación, enseñanza y enfermería acordes con el diagnóstico, establecido y aprobado por escrito por el Médico que atiende al paciente. Debe estar autorizado por la agencia estatal correspondiente.

Ambulatorio

El Miembro que recibe tratamiento médico sin ser ingresado en un hospital.

Año de Contrato

Un período de un año natural que comienza el 1 de enero a las 12:01 horas y termina el 31 de diciembre a las 23:59 horas (hora del este).

Anomalía Congénita/del Desarrollo

Condición o condiciones que están presentes al nacer, independientemente de la causa. Estas condiciones pueden ser hereditarias o debidas a alguna influencia durante la

gestación.

Área de Servicio

Áreas geográficas específicas (como condados) donde se ofrece cobertura.

Asistencia Médica a Domicilio

Atención por parte de un programa o proveedor con licencia estatal, para el tratamiento de un paciente en su domicilio, consistente en la atención especializada intermitente requerido, que puede incluir la observación, la evaluación, servicios de enseñanza y de enfermería coherentes con el diagnóstico, establecido y aprobado por escrito por el Médico que atiende al paciente.

Asistente Médico (PA)

Una persona debidamente autorizada para prestar servicios médicos básicos bajo la supervisión de un Médico autorizado.

Asistente Médico Anestesiista (PAA)

Una persona debidamente autorizada para prestar servicios de anestesia bajo la supervisión de un Médico autorizado especializado en anestesia.

Atención de Maternidad

La atención obstétrica que se recibe antes y después del parto. Incluye la atención regular de un recién nacido siempre que la estancia de la madre en el Hospital sea un beneficio cubierto y el recién nacido sea un Miembro elegible según el Contrato.

Atención Dentro en la Red

Servicios cubiertos proporcionados a los Miembros por su Médico a través de un hospital Dentro de la Red y de Proveedores Dentro de la Red.

Atención Fuera de la Red

Atención recibida de un Proveedor Fuera de la Red.

Atención Urgente

El tratamiento de un problema médico de Atención Urgente no pone en peligro la vida y no requiere un viaje a una sala de emergencias en un Hospital; y no se considera una emergencia. Los beneficios proporcionados para los Servicios de Atención de Urgencia se describen en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**.

Audífonos

Cualquier instrumento o dispositivo no experimental y ponible que se ofrece para ayudar o compensar una audición humana deteriorada y que se lleva dentro o sobre el cuerpo. El término audífono incluye cualquier pieza, molde de oído, pieza de reparación y pieza de recambio de dicho instrumento o dispositivo, incluidos, entre otros, los audífonos osteointegrados no implantados, los audífonos de conducción ósea no implantados y los sistemas de modulación de frecuencia. Los productos de amplificación personal del sonido no se considerarán audífonos.

Autismo

Es un trastorno neurológico del desarrollo, que suele aparecer en los primeros tres años de vida, que afecta a las funciones cerebrales normales y se manifiesta con un comportamiento compulsivo y ritualista y con un grave deterioro de la interacción social y la capacidad de comunicación.

Autorización Previa

Un proceso utilizado por Alliant para determinar si un procedimiento o tratamiento es un servicio cubierto médicamente necesario y elegible bajo el plan para su consideración de pago. La aprobación de la autorización previa

está sujeta a todos los límites y exclusiones del plan.

Beneficios Médicos Esenciales

Beneficios definidos por la ley federal (PPACA) que incluyen beneficios en al menos las siguientes categorías: servicios ambulatorios para pacientes, servicios de emergencia, hospitalización, atención a la maternidad y a los recién nacidos, servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias, incluido el tratamiento de la salud del comportamiento, medicamentos recetados, servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación, servicios de laboratorio, servicios preventivos y de bienestar y gestión de enfermedades crónicas, y servicios pediátricos, incluida la atención bucal* y de la vista.

*La atención odontológica pediátrica puede proporcionarse por separado a través de un plan dental independiente o que le ofrezca a Usted Su Empleador.

Centro Ambulatorio

Un centro, con una plantilla de Médicos, en el que se realizan procedimientos quirúrgicos en régimen ambulatorio, sin que los pacientes pasen la noche. El centro ofrece un servicio continuo por parte de médicos y Enfermeras Registradas (R.N.s). Debe estar autorizado por la agencia estatal correspondiente. Un consultorio Médico no puede considerarse un Centro Ambulatorio Independiente.

Centro de Atención Urgente

Un centro, debidamente autorizado y que cumple con los estándares de Alliant para un Centro de Atención de Urgencia, con un personal de Médicos y profesionales de la salud que está separado organizativamente de un Hospital y cuyo propósito principal es proporcionar procedimientos médicos de

urgencia. Los servicios se prestan de forma ambulatoria y los pacientes no pasan la noche. Un consultorio Médico no puede considerarse un Centro de Atención de Urgencia.

Centro de Enfermería Especializada

Una institución operada sola o con un Hospital que brinda atención después de que un Miembro deja el Hospital por una condición que requiere más atención de la que se puede brindar en el hogar. Debe estar autorizada por la agencia estatal correspondiente y acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o, de otro modo, debe cumplir con los estándares razonables aplicados por cualquiera de las autoridades mencionadas anteriormente determinados por Nosotros.

Centro de Tratamiento de la Dependencia Química

Una institución establecida para atender y tratar la dependencia química ya sea en régimen de Hospitalización o Ambulatorio, bajo un programa de tratamiento prescrito. La institución debe contar con instalaciones de diagnóstico y terapéuticas para la atención y el tratamiento proporcionados por un Médico autorizado o bajo su supervisión. La institución debe estar autorizada, registrada o aprobada por la autoridad competente del Estado de Georgia, o debe estar acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales.

Centro de Tratamiento Residencial Contra el Abuso de Sustancias

Un centro que proporciona tratamiento para el abuso de sustancias (alcohol y drogas) a los residentes que no requieren atención médica aguda. Los servicios incluyen terapia y asesoramiento individual y de grupo, asesoramiento familiar, pruebas de laboratorio, medicamentos y suministros,

pruebas psicológicas y alojamiento y comida.

Centro Médico

Cualquier Hospital, centro de atención ambulatoria, centro de tratamiento de la dependencia química, centro de enfermería especializada, agencia de atención médica a domicilio o centro de salud mental, tal como se define en este Certificado. El centro debe estar autorizado, registrado o aprobado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales o cumplir los requisitos específicos establecidos por Nosotros.

Certificado

Una breve declaración escrita que define Nuestra obligación legal con los Miembros.

Cirugía Estética

Cualquier cirugía o procedimiento que no sea Médicamente Necesario, cuyo objetivo principal sea mejorar o cambiar la apariencia de cualquier parte del cuerpo, pero que no restaure la función corporal, corrija un estado de enfermedad, la apariencia física o la desfiguración causada por un accidente, defecto de nacimiento, o corrija o mejore naturalmente una función fisiológica. La cirugía estética incluye, pero no se limita a, la rinoplastia, la lipectomía, la cirugía de la piel flácida o sobrante, cualquier procedimiento de aumento o reducción (por ejemplo, mamoplastia, liposucción, queloides, rinoplastia y cirugía asociada) o tratamiento relacionado con las consecuencias o como resultado de la Cirugía Estética.

Clínica de Salud al por Menor

Un centro que proporciona servicios limitados de atención médica básica a los Miembros sin necesidad de cita previa. Estas clínicas pueden funcionar en las principales farmacias o tiendas minoristas. Los servicios médicos suelen ser prestados por Asistentes Médicos y

Enfermeros Practicantes.

Cobertura Acreditable

La cobertura bajo otro plan de beneficios de salud es una cobertura de gastos médicos con una interrupción no mayor de noventa (90) días en la cobertura bajo cualquiera de los siguientes: (a) Medicare o Medicaid; (b) un seguro de accidente y enfermedad del empleador o un acuerdo de beneficios de salud; (c) una póliza de seguro de accidente y enfermedad individual; (d) los beneficios de un cónyuge o la cobertura bajo Medicare o Medicaid o un acuerdo de beneficios de seguro médico del empleador; (e) una póliza de conversión; o una cobertura similar como se define en OCGA 33-30-15.

Complicaciones del Embarazo

Las complicaciones del Embarazo son el resultado de afecciones que requieren internamiento en el Hospital cuando no se interrumpe el embarazo. Los diagnósticos de las complicaciones son distintos del embarazo, pero se ven afectados o causados por el embarazo. Estas condiciones incluyen nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, aborto retenido o amenaza de aborto, preeclampsia, retraso del crecimiento fetal intrauterino y condiciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable. Un embarazo ectópico que se interrumpe también se considera una Complicación del Embarazo. Las Complicaciones del Embarazo no incluirán el falso parto, la cesárea, el manchado ocasional y el descanso prescrito por el Médico durante el período de embarazo, las náuseas matutinas, la hiperémesis gravídica y otras afecciones similares asociadas a la gestión de un embarazo difícil que no se diagnostican claramente como Complicaciones del Embarazo.

Contrato

El certificado, el Formulario de Alliant, cualquier enmienda o cláusula adicional y Su Solicitud de Inscripción constituyen el contrato completo. Si hay algún conflicto entre este Certificado o cualquier enmienda o cláusula adicional, la enmienda o cláusula adicional prevalecerá.

Coordinación de Beneficios

Disposición destinada a evitar los retrasos en el pago de los reclamos y la duplicación de los beneficios cuando una persona está cubierta por dos o más planes que proporcionan beneficios o servicios de atención o tratamiento médico, dental o de otro tipo. Evita los retrasos en el pago de los reclamos estableciendo un orden en el que los planes pagan sus reclamos y proporcionando una autoridad para la transferencia ordenada de la información necesaria para pagar los reclamos con prontitud. Puede evitar la duplicación de beneficios permitiendo la reducción de los beneficios de un plan cuando, por las normas establecidas por esta disposición, no tenga que pagar sus beneficios primero.

Copago

Un acuerdo de coste compartido en el que el Miembro paga un cargo específico por un Servicio Cubierto. El Miembro suele ser responsable del pago del Copago en el momento en que se presta la atención médica. Los Copagos se distinguen del Coseguro por ser cantidades fijas en dólares y no porcentajes de los cargos por los servicios prestados. Los Copagos pueden ser cobrados por el Proveedor del servicio.

Coseguro

Si la cobertura del Miembro está limitada a un determinado porcentaje, por ejemplo, el 80%, el 20% restante del que es responsable el Miembro es el monto del Coseguro. El

Coseguro puede estar limitado por el Límite de Bolsillo. Esto es diferente al Copago.

Costo Máximo Permitido o Cargo Máximo Admisible (MAC)

El Costo Máximo Permitido y/o el Cargo Máximo Permitido significará la cantidad máxima pagadera por un Servicio Cubierto bajo el Contrato y que cumple con los requisitos de Necesidad Médica y Autorización Previa. El MAC no incluirá ningún error de facturación identificable, incluyendo, pero sin limitarse a ello, la codificación ascendente, los servicios/cargos desagregados, los cargos duplicados y los cargos por servicios no realizados.

Criterios de Evaluación de la Tecnología

Cinco criterios que deben cumplir todos los procedimientos para ser Servicios Cubiertos en virtud de este Contrato.

- La tecnología debe contar con la aprobación final de los cuerpos reguladores gubernamentales correspondientes.
- Las pruebas científicas deben permitir conclusiones sobre el efecto de la tecnología en los resultados médicos.
- La tecnología debe mejorar el resultado médico neto.
- La tecnología debe ser tan beneficiosa como cualquier alternativa establecida.
- La tecnología debe ser beneficiosa en la práctica.

Cuidado de la Custodia

Cualquier tipo de atención, incluyendo alojamiento y comida, que (a) no requiere las habilidades de personal profesional o técnico; (b) no es proporcionada por o bajo la supervisión de dicho personal o no cumple con los requisitos de la atención en un Centro de Enfermería Especializada después de

la hospitalización; (c) es un nivel tal que el Miembro ha alcanzado el máximo nivel de función física o mental y no es probable que haga una mejora significativa adicional.

Cuidado de Relevo

Cuidados prestados durante un período de tiempo en el que la familia o el cuidador habitual del Miembro no pueden, o no quieren, atender las necesidades del Miembro.

Cuidados Agudos de Larga Duración

Los Cuidados Agudos de Larga Duración requieren un entorno Hospitalario que proporcione al paciente visitas Médicas diarias, un personal de enfermería con experiencia en cuidados críticos y en medicina/cirugía, un departamento de respiración completo (24 horas al día, 7 días a la semana), un departamento de rehabilitación interno, gestión de casos, servicios sociales, una farmacia interna, radiología y un sistema de atención medica completo diseñado para satisfacer las necesidades de los pacientes muy agudos. Este entorno de cuidados agudos promueve respuestas oportunas y eficaces para maximizar el potencial de recuperación del paciente y evita la necesidad de darle de alta cuando surgen complicaciones. Estos cuidados se diferencian de los de un centro de enfermería especializada o de un centro de subagudos porque están limitados en cuanto a la gama y la frecuencia de los servicios prestados y no ofrecen un sistema completo de atención medica.

Cuidados Especializados de Convalecencia

Cuidados requeridos, mientras se recupera de una enfermedad o lesión, que se reciben en un Centro de Enfermería Especializada. Estos cuidados requieren un nivel de atención o servicios inferior al de un Hospital, pero superior al que podría prestarse en el domicilio del paciente o en una residencia de ancianos

no certificada como Centro de Enfermería Especializada.

Deducible

La parte de la factura que Usted debe pagar antes de que sus gastos médicos sean reembolsables. Se aplica por año civil.

Dependiente

El cónyuge y todos los hijos hasta que cumplan 26 años. Los hijos incluyen los hijos naturales, los hijos legalmente adoptados y los hijastros. También se incluyen Sus hijos (o los hijos de su cónyuge) de los que Usted tiene la responsabilidad legal resultante de una sentencia judicial válida. Los hijos adoptivos que usted espera criar hasta la edad adulta y que viven con Usted en una relación paternofamiliar regular se consideran hijos. Sin embargo, a los efectos de este Contrato, no existe una relación paternofamiliar entre Tú y un hijo de acogida si uno o ambos padres naturales del niño también viven Usted. Además, Alliant no considera como Dependiente la colocación de un hijo de acogida por parte de la asistencia social, siempre y cuando la agencia de asistencia social proporcione toda o parte de la manutención del niño.

Dependiente Cubierto

Cualquier Dependiente de la familia del Suscriptor que cumpla con todos los requisitos de la sección de Elegibilidad de este Certificado y que se haya inscrito y cumplido con los requisitos de la Prima.

Dependiente Incapacitado

Un Dependiente en la que el suscriptor o el cónyuge del suscriptor es el tutor legal designado por el tribunal; y la persona dependiente es mental o físicamente incapaz de ganarse la vida según lo determinado por el Departamento de Recursos Humanos de

Georgia, y la persona dependiente depende principalmente del Suscriptor para su sustento y mantenimiento, siempre que el inicio de dicha incapacidad haya ocurrido antes de que la persona dependiente cumpliera 26 años.

Desintoxicación

El proceso por el que una persona intoxicada por el alcohol o las drogas, o dependiente del alcohol o las drogas, es asistida, en un centro autorizado por la autoridad reguladora correspondiente, durante el período de tiempo necesario para eliminar, por medios metabólicos o de otro tipo, el alcohol o las drogas, los factores de dependencia del alcohol o las drogas o el alcohol en combinación con las drogas, según determine un Médico autorizado, manteniendo al mismo tiempo el riesgo fisiológico para el paciente al mínimo.

Empleado

Persona que desempeña un empleo activo en el Grupo y que reúne los requisitos para obtener la cobertura del Grupo con Nosotros en base a la normativa laboral del Grupo.

Empleado Nuevo

Persona que es contratada por el Grupo después de la fecha de vigencia original de la cobertura del plan de salud del Grupo.

Enfermero/a Practicante (NP)

Una persona debidamente autorizada para prestar servicios de enfermería primaria y de medicina básica.

Equipo Médico Duradero

Equipo, según determinemos Nosotros, que (a) esté hecho para soportar un uso prolongado; (b) esté hecho para y se utilice principalmente en el tratamiento de una enfermedad o lesión; (c) sea adecuado para su uso mientras no se esté internado en un hospital; (d) no sea

normalmente de uso para personas que no tengan una enfermedad o lesión; (e) no sea para ejercicio o entrenamiento.

Experimental y/o de Investigación

Se entenderá por experimental y/o en investigación cualquier fármaco, producto biológico, tratamiento/procedimiento médico y/o dispositivo/equipo médico (en lo sucesivo conocidos colectivamente como servicios médicos o servicios) que no son utilizados o aceptados de forma común y generalizada por la gran mayoría de los profesionales de los Estados Unidos, y/o servicios que carecen de pruebas creíbles que respalden los resultados positivos a corto y/o largo plazo de los servicios prestados; además, los servicios médicos no son reembolsables según las directrices de los CMS establecidas para la cobertura de Medicare y/o son servicios médicos que cumplen cualquiera de los siguientes criterios:

1. Están en cualquier fase de los ensayos clínicos;
2. No son de beneficio comprobado para el diagnóstico o tratamiento específico de la condición particular del paciente cubierto;
3. No constituyen una práctica médica aceptable según los estándares del caso del paciente cubierto y según los estándares de un segmento razonable de la comunidad médica o de los organismos gubernamentales de supervisión en el momento en que se prestaron los servicios, incluyendo, pero sin limitarse a, la Asociación Médica Americana (AMA), la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos ("FDA"), la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN), y/o la Biblioteca Nacional de Medicina del Instituto Nacional de Salud;

4. Se prestan sobre una base de investigación según lo determinado por las agencias gubernamentales de supervisión, incluyendo, pero no limitado a, la FDA y el Consejo de Sociedades de Especialidades Médicas de la AMA.

5. Se reconoce generalmente que se recomienda un estudio adicional sobre su seguridad y eficacia para el diagnóstico o tratamiento específico de la condición particular del paciente cubierto, teniendo en cuenta la comunidad médica o las agencias gubernamentales de supervisión en el momento en que se prestaron los servicios, incluyendo, pero no limitándose a, la AMA, la FDA, la NCCN y/o la Biblioteca Nacional Federal de Medicina-Instituto Nacional de Salud;

Un medicamento, un producto biológico, un tratamiento médico, un procedimiento médico, un dispositivo/equipo médico o cualquier otro servicio médico se considera Experimental y/o en Investigación si:

- No se puede comercializar legalmente sin la aprobación de la FDA y la aprobación para la comercialización no se había dado en el momento en que se prestaron o suministraron los servicios médicos mencionados al paciente cubierto;
- Las pruebas fiables demuestran que cualquiera de los servicios médicos mencionados es:
 - que sea objeto de ensayos clínicos de fase I, II o III en curso; o
 - en estudio para determinar su seguridad, eficacia, dosis máxima tolerada, toxicidad y/o su eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico; o

◦ que los expertos consideran que necesitan más estudios o ensayos clínicos para determinar su seguridad, eficacia, dosis máxima tolerada, toxicidad y/o su eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico.

• En el caso de un medicamento, un producto biológico o un dispositivo/equipo, no se está utilizando para tratar el diagnóstico o la afección concreta para la que ha sido aprobado por la FDA; en otras palabras, se considera uso fuera de indicación.

• No cumple los criterios de evaluación tecnológica definidos por Alliant.

Las pruebas fiables deben incluir:

- Informes y artículos publicados en literatura autorizada y científica de la comunidad médica y/o de las agencias gubernamentales de supervisión, incluyendo, pero sin limitarse a, la Asociación Médica Americana (AMA), la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN), y/o la Biblioteca Nacional Federal de Medicina-Instituto Nacional de Salud;
- El protocolo o los protocolos escritos utilizados por el proveedor/centro de tratamiento o el protocolo o los protocolos de otro proveedor/centro comparable que esté estudiando de forma significativa el medicamento, el producto biológico, el tratamiento médico, el procedimiento médico, el dispositivo/equipo médico u otro servicio médico en cuestión;
- El consentimiento informado por escrito utilizado por el proveedor/centro de tratamiento o por otro proveedor/centro comparable que esté estudiando de forma significativa el fármaco,

- producto biológico, tratamiento médico, procedimiento médico, dispositivo/equipo médico u otro servicio médico en cuestión. Alliant tendrá plena autoridad y discreción para interpretar, administrar y aplicar los términos de esta sección, así como para determinar lo que es Experimental e Investigador, en la mayor medida permitida por la ley.

Farmacia Especializada

Una farmacia que dispensa medicamentos biotecnológicos para enfermedades raras y crónicas a través de la entrega programada de medicamentos en el domicilio del Miembro o en la consulta del Médico. Estas farmacias también ofrecen una gestión telefónica de la terapia para garantizar la seguridad y el cumplimiento.

Fecha de Entrada en Vigor

La fecha de inicio de los beneficios para cada Miembro.

Formulario de Medicamentos Recetados para Pacientes Externos

Un documento que establece ciertas reglas relacionadas con la cobertura de productos farmacéuticos por parte de Nosotros que puede incluir, pero no limitarse a (1) una lista de medicamentos recetados preferidos y no preferidos que están cubiertos y/o priorizados en orden de preferencia por Nosotros y que son dispensados a los Miembros a través de farmacias que son Proveedores de la Red, y (2) reglas de Autorización Previa. Esta lista está sujeta a revisiones y modificaciones periódicas por parte nuestra, a nuestra entera discreción. Los cargos por medicamentos pueden ser Cargos No Elegibles, en su totalidad o en parte, si el Miembro selecciona un medicamento no incluido en el Formulario de Medicamentos.

Gastos No Elegible

Cargos por servicios médicos que no son Servicios Cubiertos porque los servicios no son Médicamente Necesarios o no se obtuvo Autorización Previa. Dichos gastos no son elegibles para el pago.

Grupo

El empleador del Suscriptor. El Grupo actuará únicamente como agente de los Miembros que sean Suscriptores del Grupo y de Sus Dependientes elegibles.

Habitación semiprivada

Zonas geográficas específicas (como los condados) donde se ofrece la cobertura.

Hospicio

Un Proveedor que proporciona atención a pacientes con enfermedades terminales y a sus familias, ya sea directamente o en consulta con el Médico del paciente. Debe estar autorizado por la agencia estatal correspondiente.

Hospital

Una institución autorizada por la agencia estatal correspondiente, que se dedica principalmente a proporcionar instalaciones de diagnóstico y terapéuticas en régimen de internado para el diagnóstico quirúrgico y Médico, el tratamiento y el cuidado de personas lesionadas y enfermas por parte de un personal de Médicos debidamente autorizados para practicar la medicina o bajo su supervisión, y que proporciona continuamente servicios de enfermería las 24 horas del día por parte de enfermeras tituladas físicamente presentes y de guardia:

- Un centro de cuidados prolongados; una residencia de ancianos; un lugar de reposo; un centro de atención a la tercera edad;

- Una institución de custodia o domiciliaria que tiene como objetivo principal el suministro de alimentos, alojamiento, formación o servicios personales no médicos; o
- Una institución para niños excepcionales o discapacitados

Hospital Dentro de la Red

Un Hospital que es parte de un acuerdo por escrito con Alliant, y en una forma aprobada para prestar servicios a sus Miembros.

Hospital No Elegible

Un centro que no cumple los requisitos mínimos para ser un Hospital Dentro de la Red. Los servicios prestados a un Miembro por un hospital de este tipo no son elegibles para el pago.

Hospitalización

Un Miembro que está ingresado en un Hospital y recibe alojamiento y comida, además de tratamiento.

Infértil o Infertilidad

La condición de un Miembro presuntamente sano que es incapaz de concebir o producir la concepción después de un período de un año de relaciones vaginales heterosexuales frecuentes y sin protección. Esto no incluye las condiciones para los hombres cuando la causa es una vasectomía u orquiectomía o para las mujeres cuando la causa es la ligadura de trompas o la histerectomía.

Inscripciones Tardías

Se entiende por Inscritos Tardío el Solicitante o Dependientes que solicitan la inscripción en un plan de beneficios médicos después del período inicial de inscripción abierta. Una persona no se considerará un Inscrito Tardío si (a) la persona se inscribe durante su período de inscripción inicial bajo el Contrato:

(b) la persona se inscribe durante un período de inscripción especial; o (c) un tribunal ordena que se proporcione cobertura a un Dependiente Cubierto menor de edad bajo el Contrato de un Miembro, pero siempre y cuando el Miembro solicite la inscripción para dicho Dependiente dentro de los sesenta (60) días posteriores a la emisión de la orden judicial. Los Inscritos Tardíos son aquellos que rechazaron la cobertura durante el período de inscripción abierta inicial y no nos enviaron una certificación de que la cobertura fue rechazada porque existía otra cobertura.

Inscritos Iniciales

Una persona empleada activamente por el Grupo (o uno de los Dependientes elegibles de esa persona, si corresponde) en la Fecha Efectiva original de la cobertura de los planes de salud de grupo entre Alliant y el Grupo o actualmente inscrita a través del Grupo bajo un Contrato Alliant.

Lentes

Materiales correctores de plástico transparente monofocales, bifocales o trifocales que se rectifican según lo prescrito por un Proveedor autorizado.

Lesión

Daños corporales por accidente no laboral.

Lesión Accidental

Lesión corporal sufrida por un Miembro como resultado de un acontecimiento imprevisto y que es la causa directa (independiente de una enfermedad, dolencia corporal o cualquier otra causa) de la atención que recibe el Miembro. No se incluyen las lesiones para las que se prevén beneficios en virtud de cualquier ley de Indemnización Laboral, de responsabilidad del empleador o similar.

Límite Combinado

El total máximo de atención Dentro y Fuera de la red disponible para los servicios de salud designados en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**.

Manipulación de la Columna Vertebral

Corrección de las subluxaciones en el cuerpo para eliminar las interferencias nerviosas o sus efectos. La interferencia debe ser el resultado de o estar relacionada con la distorsión, desalineación o subluxación de o en la columna vertebral.

Marco

Gafas estándar, excluyendo los lentes.

Máximo de Gastos De Bolsillo

El importe máximo de los pagos de Copagos y Coseguros de un Miembro (incluyendo cualquier Deducible requerido) durante un año civil determinado. Los Máximos de Bolsillo se acumulan por separado para la Atención Dentro de la Red y Fuera de la Red, según se define en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**. Dicha cantidad no incluye las Primas ni los cargos por Servicios No Cubiertos ni los honorarios que superen el MAC. Cuando se alcanza el Máximo de Bolsillo, el plan paga el 100% del MAC por los Servicios Cubiertos.

Medicamentos de Especialidad

Medicamentos de alto coste, inyectables, en infusión, orales o inhalados, que suelen requerir una estrecha supervisión y control de su efecto en el paciente por parte de un profesional médico.

Los medicamentos especiales suelen requerir una manipulación especial, como el envasado a temperatura controlada y la entrega al día siguiente, y a menudo no están disponibles en las farmacias minoristas. La mayoría de los Medicamentos Especiales requieren

Autorización Previa.

Medicamentos de Marca

Un medicamento que está patentado por su innovador o comercializador original. La patente protege el medicamento de la competencia de otras compañías farmacéuticas. Hay dos tipos de Medicamentos de Marca:

- Marca de Origen Único: medicamentos que son producidos por un solo fabricante y no tienen un equivalente genérico disponible.
- Marca Multi-fuente: medicamentos que son producidos por múltiples fabricantes farmacéuticos y que sí tienen un equivalente genérico disponible en el mercado

Medicamentos Genéricos

Medicamentos Recetados que no son de Marca, pero que se componen de ingredientes equivalentes.

Medicamentos Recetados

Medicamento que no puede adquirirse sin receta médica de un Proveedor/Médico y que debe ser dispensado por un farmacéutico.

Médico

Cualquier Doctor en Medicina (M.D.) legalmente habilitado para ejercer la medicina y realizar operaciones quirúrgicas, cualquier Doctor en Osteopatía (D.O.) autorizado por la Junta Estatal de Examinadores Médicos, cualquier Doctor en Medicina Podológica (D.P.M.) legalmente habilitado para ejercer la podología y cualquier Doctor en Cirugía Dental (D.D.S.) legalmente habilitado para realizar operaciones orales.) legalmente habilitado para ejercer la podología y cualquier Doctor en Cirugía Dental (D.D.S.) legalmente habilitado para realizar cirugía oral; los Optometristas y los Psicólogos Clínicos (Ph.D.) también son

Proveedores cuando actúan dentro del ámbito de sus licencias, y cuando prestan servicios cubiertos por este Contrato.

Médico de Atención Primaria (PCP)

Un médico con licencia en medicina familiar, medicina general, pediatría, obstetricia y ginecología no especializada o medicina interna que ha establecido un acuerdo para coordinar la atención de los Miembros.

Miembro

El Suscriptor y cada Dependiente, según se define en este Certificado, mientras dicha persona esté cubierta por este Contrato.

Necesidad Médica O Medicamento Necesario

Nosotros nos reservamos el derecho a determinar si un servicio o suministro médico es Medicamento Necesario. El hecho de que un médico haya prescrito, ordenado, recomendado o aprobado un servicio o suministro no lo convierte, por sí mismo, en Medicamento Necesario.

- Nosotros consideramos que un servicio de atención médica es Medicamento Necesario si lo es:
- Apropiado y coherente con el diagnóstico y cuya omisión podría afectar negativamente o no mejorar el estado del paciente;
- Compatible con las normas de la práctica médica aceptable en los Estados Unidos;
- No se proporciona únicamente para su conveniencia o la de el médico, el proveedor de asistencia médica o Hospital;
- No se trata principalmente de una Atención de Custodia; y
- Proporcionado en un entorno seguro y apropiado dada la naturaleza del diagnóstico y la gravedad de los

síntomas.

Por ejemplo, la estancia en el hospital es necesaria cuando el tratamiento no puede realizarse de forma segura en régimen ambulatorio.

Orden de Manutención de los Hijos por Razones Médicas (MCSO)

Una MCSO es cualquier sentencia, decreto u orden judicial (incluida la aprobación por parte de un tribunal de un acuerdo de resolución de relaciones domésticas) que:

- Establece el pago de la manutención de los hijos en relación con los beneficios médicos con respecto al hijo de un participante en el plan de salud o exige la cobertura de los beneficios médicos de dicho hijo en dicho plan, y se ordena en virtud de la ley estatal de relaciones domésticas; o Aplica una ley estatal relativa al pago de la manutención de los hijos en relación con un plan de salud.

Período de Beneficios

Un año, del 1 de enero al 31 de diciembre (también llamado año o año civil). No comienza antes de la fecha de Entrada en Vigor del Miembro. No continúa después de la finalización de la Cobertura del Miembro.

Pólizas y Procedimientos

La garantía de calidad, la mejora de la calidad, la acreditación, la gestión de riesgos, la gestión de la utilización, las pólizas de pago, la tramitación de reclamos, la adjudicación de reclamos y las pólizas y procedimientos administrativos de Alliant. Estas disposiciones pueden cambiar de vez en cuando. Las pólizas no son autorizaciones, certificaciones, explicaciones de beneficios o contratos de pago. Los beneficios y la elegibilidad son determinados por Alliant antes de

que se apliquen las directrices médicas y las directrices de pago. Los beneficios son determinados por Alliant que está en efecto en el momento en que se prestan los Servicios Cubiertos. Las pólizas se crean y derivan de la literatura médica y de la revisión de las prácticas médicas comunes en el tratamiento y diagnóstico de enfermedades. Las prácticas y los conocimientos médicos cambian constantemente. Alliant se reserva el derecho de revisar sus pólizas médicas periódicamente. Las pólizas de pago son las directrices utilizadas para calcular el pago de los reclamos en virtud de este Contrato. Dichas directrices incluyen la metodología de codificación y agrupación de reclamos estándar de Alliant y las pólizas y procedimientos de procesamiento de reclamos.

PPACA

Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible.

Prima

El importe que se debe pagar por la cobertura.

Procedimiento Quirúrgico Electivo

Una intervención quirúrgica que no se considera de urgencia y que puede ser programada por el Miembro o retrasado a un momento posterior.

Programa de Cuidados Paliativos

Un programa coordinado e interdisciplinario diseñado para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales especiales del Miembro con enfermedad terminal y de los Miembros de su familia cubiertos, mediante la prestación de servicios médicos paliativos y de apoyo, de enfermería y de otro tipo a través de la atención a domicilio o en régimen de internado. El centro de cuidados paliativos debe estar autorizado por la agencia estatal correspondiente y debe

ser financiado como un centro de cuidados paliativos, tal y como se define en dichas leyes. Debe proporcionar un programa de tratamiento para al menos dos personas no relacionadas entre sí a las que se les haya diagnosticado médicamente que no tienen perspectivas razonables de curación de sus enfermedades.

Proveedor

Cualquier Médico, profesional de la salud, farmacia, proveedor o instalación, incluidos, entre otros, un Hospital, un laboratorio clínico, un centro de cirugía ambulatoria, una clínica de salud minorista, un centro de enfermería especializada, un centro de atención aguda a largo plazo o una agencia de atención médica a domicilio que cuente con todas las licencias exigidas por la ley para prestar servicios de atención médica.

Proveedor de la Red PPO

Una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) es un Proveedor que está incluido en un panel limitado de Proveedores designado por Alliant y por el cual se pagará el mayor beneficio cuando se utilice uno de estos Proveedores.

Proveedor de Servicios De Salud Mental

Una institución, como un Hospital o un centro de atención ambulatoria, establecida para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales. El centro debe contar con instalaciones de diagnóstico y terapéuticas para la atención y el tratamiento proporcionados por un Médico autorizado o bajo su supervisión. El centro debe funcionar de acuerdo con las leyes del Estado de Georgia o estar acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales.

Proveedor Dentro de la Red

Un Médico, un Centro de Enfermería

Especializada, un Centro de Cuidados Paliativos, una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio, otro profesional médico o un proveedor de servicios y suministros médicos que pertenezca a la red gestionada de este plan específico o a otra red especializada gestionada estrechamente, o que tenga un contrato de participación con Nosotros.

Proveedor Fuera de la Red

Un Hospital, Médico, centro de enfermería especializada, centro de cuidados paliativos, agencia de atención médica a domicilio, otro profesional médico o proveedor de servicios y suministros médicos, que no tenga un contrato de Proveedor Dentro de la Red con Alliant.

Proveedor No Elegible

Un Proveedor que no cumple con los requisitos mínimos para convertirse en un Proveedor Dentro de la Red o que no cumple con los requisitos para contratar con Alliant. Los servicios prestados a un Miembro por dicho Proveedor no son elegibles para el pago.

Razonable y/o razonabilidad

Significará, a discreción de Alliant, los servicios o suministros necesarios para la atención y el tratamiento de enfermedades o lesiones no causadas por el Proveedor tratante.

La determinación de que un servicio(s) es razonable será hecha por Alliant, tomando en consideración circunstancias inusuales o complicaciones que requieran tiempo adicional, habilidad y experiencia en relación con un servicio o suministro en particular; estándares y prácticas de la industria en relación con escenarios similares; y la causa de la lesión o enfermedad que requiere el servicio(s).

Esta determinación tendrá en cuenta, pero no se limitará a, las conclusiones y

evaluaciones de las siguientes entidades: (a) Las asociaciones, sociedades y organizaciones médicas nacionales; y (b) La Administración de Alimentos y Medicamentos. Para ser razonables, los servicios y/o tarifas deben seguir las prácticas de facturación generalmente aceptadas para la desagregación o los procedimientos múltiples. Los servicios, suministros, atención y/o tratamiento que resulten de errores en la atención médica que sean claramente identificables, evitables y con consecuencias graves para los pacientes, no son Razonables. Alliant tiene autoridad discrecional para determinar si los servicios y/o los honorarios son Razonables en base a la información presentada a Alliant. No es necesario que se determine que el Proveedor ha actuado con negligencia o mala praxis para que los servicios y los honorarios no se consideren razonables.

Reclamo Limpio

Los proveedores deben presentar reclamos limpios. El Departamento de Salud Comunitaria de Georgia define un reclamo limpio como un reclamo recibido para su adjudicación, en un formato aceptado a nivel nacional que cumple con las directrices de codificación estándar y que no requiere más información, ajuste o alteración por parte del proveedor de los servicios para ser procesada y pagada por Alliant.

Red PPO

Una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) es un grupo limitado de Proveedores designados por Alliant.

Referencia

Instrucciones específicas del Médico del Miembro, de conformidad con nuestras pólizas y procedimientos, que dirigen al Miembro a un Proveedor Dentro de la Red para recibir atención Médicamente Necesaria.

Rehabilitación por Abuso de Sustancias

Servicios, procedimientos e intervenciones para eliminar la dependencia o el abuso de sustancias químicas legales y/o ilegales, según los planes de tratamiento individuales.

Retraso en el Desarrollo

La variación estadística, definida por las pruebas estandarizadas pruebas de detección del desarrollo validadas, como la Prueba de Detección del Desarrollo de Denver, en el alcance de los hitos de desarrollo de habilidades verbales/de crecimiento/motoras apropiadas para la edad cuando no hay ningún problema médico o psicológico aparente. Esto no constituye por sí solo una enfermedad o una lesión. Los servicios prestados deben ser para tratar o promover la recuperación de los déficits funcionales específicos identificados.

Servicios Cubiertos

Aquellos cargos por servicios de atención médica, tratamiento y suministros médicamente necesarios destinados a mejorar una condición o la salud del Miembro que son (a) definidos como Servicios Cubiertos en el Contrato del Miembro, (b) no excluidos en dicho Contrato, (c) no Experimentales o de Investigación y (d) prestados de acuerdo con dicho Contrato. Los Servicios Cubiertos se determinan en base a todas las demás disposiciones del Contrato. Cuando hay más de una opción de tratamiento disponible, y una opción no es más eficaz que otra, el Servicio Cubierto es la opción menos costosa que no es menos eficaz que cualquier otra opción. Los Servicios Cubiertos también están sujetos al Costo Máximo Permitido (MAC), tal y como se define en el presente documento, y se tendrán en cuenta todas las exclusiones del Contrato para determinar el Servicio Cubierto.

Servicios de Abuso de Sustancias en un Centro Hospitalario General

Un centro Hospitalario general que proporciona servicios, en régimen de internado, las 24 horas del día, para la desintoxicación médica y el tratamiento de las condiciones asociadas con la adicción o el uso indebido de alcohol u otras drogas.

Servicios de Telesalud

La telesalud es el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, incluidos, entre otros, los teléfonos, los dispositivos de monitorización remota de pacientes u otros medios electrónicos que apoyan la atención médica clínica, la consulta de los proveedores, la educación relacionada con la salud de pacientes y profesionales, la salud pública y la administración médica.

Servicios Médicos de Urgencia

- Una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) para que una persona prudente, que posea un conocimiento medio de la salud y la medicina, pueda esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata dé lugar a una de las siguientes condiciones: Poner en grave peligro la salud del individuo (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido);
- Deterioro grave de las funciones corporales;
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Servicios No Cubiertos

Cualquier artículo, servicio, suministro o atención que no figure específicamente como Servicio Cubierto en el presente Contrato, que esté excluido por el mismo, que sea

proporcionado por un Proveedor no elegible o que, de otro modo, no sea elegible como Servicio Cubierto, sea o no Médicamente Necesario.

Servicios Psiquiátricos en un Centro Hospitalario General

Un centro hospitalario general que proporciona servicios psiquiátricos hospitalarios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales durante las 24 horas del día, por o bajo la supervisión de un Médico.

Los cargos y/o servicios no se consideran razonables, y por lo tanto no son elegibles para el pago, cuando resultan de un error del Proveedor y/o de condiciones adquiridas en el centro que se consideran "razonablemente prevenibles" mediante el uso de directrices basadas en la evidencia, teniendo en cuenta, pero no limitado a las directrices de la CMS. Alliant se reserva para sí mismo y para las partes que actúan en su nombre el derecho de revisar los cargos procesados y/o pagados por Alliant, para identificar los cargos y/o servicios que son no es razonable y, por lo tanto, no puede ser pagada por Alliant en virtud del Contrato".

Solicitante

La persona que solicitó este Contrato.

Solicitud de Inscripción

El original y los formularios subsiguientes completados y firmados por el Suscriptor que solicita la cobertura. Dicha Solicitud puede adoptar la forma de un envío electrónico.

Suscriptor

La persona que ha firmado la Solicitud de Inscripción y a cuyo nombre se expide la Tarjeta de Identificación.

Tarjeta de Identificación

La última tarjeta que se le ha entregado a Usted con Su nombre, el de los Dependientes bajo su póliza, Sus Números de Identificación, el tipo de cobertura que Usted tiene, la dirección de presentación de reclamo y los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente, de Autorizaciones Previas y de la Línea de Ayuda de Farmacia

Telemedicina

La telemedicina es una forma de telesalud que consiste en la prestación de servicios clínicos de atención médica por medio de comunicaciones de audio, visuales u otras telecomunicaciones o electrónicas en tiempo real, incluida la aplicación de videoconferencias seguras o tecnología de transferencia de almacenamiento y envío para proporcionar o apoyar la prestación de atención médica, que facilitan la evaluación, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la gestión de la atención y la autogestión de la atención médica de un paciente por parte de un proveedor de atención médica que ejerce dentro de su ámbito de práctica como lo haría en persona con un paciente, y que está legalmente autorizado a ejercer en este estado, mientras dicho paciente se encuentra en un lugar de origen y el proveedor de atención médica se encuentra en un lugar distante.

Terapéutico/Equivalente Clínico

Es posible que no se cubran algunos Medicamentos Recetados cuando existan alternativas clínicamente equivalentes, a menos que la ley exija lo contrario. "Terapéutico/Clínicamente Equivalente" se refiere a los Medicamentos que, para la mayoría de los Miembros, se puede esperar que produzcan resultados terapéuticos similares para una enfermedad o condición. Las determinaciones de Equivalencia

Terapéutica/Clínica se basan en los estándares de la industria y son revisadas por organizaciones como la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ), una división del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Terapia Física

El cuidado de enfermedades o lesiones mediante métodos como el masaje, la hidroterapia, el calor o cuidados similares.

Trastornos de la Salud Mental

Incluye (ya sea orgánico o no, de origen biológico, no biológico, genético, químico o no químico, e independientemente de la causa, la base o la inducción) los trastornos mentales, las enfermedades mentales, las enfermedades psiquiátricas, las afecciones mentales, las afecciones psiquiátricas y la dependencia de drogas, alcohol o sustancias químicas. Esto incluye, pero es sin limitarse a las psicosis, los trastornos neuróticos, los trastornos esquizofrénicos, los trastornos afectivos, los trastornos de la dependencia química, los trastornos de la personalidad y las anomalías psicológicas o del comportamiento asociadas a una disfunción transitoria o permanente del cerebro o de los sistemas neurohormonales relacionados. Se trata de incluir los trastornos, afecciones y enfermedades que figuran en el Diagnosticand Statistical Manual of Mental Disorders.

Visita al Consultorio Fuera de Horario

La atención prestada como resultado de una condición que tiene un inicio después del horario de trabajo del Médico.

DECLARACIÓN DE DERECHOS ERISA**INFORMACIÓN GENERAL SOBRE ERISA**

La Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés) le da derecho, como afiliado del Grupo en virtud de este Contrato, a examinar, sin cargo alguno, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados, como lugares de trabajo y salas sindicales:

- Todos los documentos del plan, incluidos los contratos de seguro;
- Convenios colectivos y copias de todos los documentos presentados por este plan ante la U. S;
- Departamento de Trabajo, como informes anuales detallados y descripciones del plan;
- Obtener copias de todos los documentos del plan y demás información del plan previa solicitud por escrito al Administrador del Plan. El Administrador del Plan podrá cobrar una cantidad razonable por estas copias; y
- Recibir un resumen del informe financiero anual del plan. El administrador del plan está obligado por ley a entregar a cada afiliado una copia de este informe financiero resumido.

Tenga en cuenta que Alliant Health Plans no es el administrador de su plan.

Además de crear derechos para usted y otros empleados, ERISA impone obligaciones a las personas responsables del funcionamiento de su plan de prestaciones para empleados. Las personas que gestionan su plan se denominan fiduciarios del plan. Deben gestionar su plan con prudencia y en interés suyo y de los demás partícipes y beneficiarios del plan. Nadie, ni su empresa, ni su sindicato, ni ninguna otra persona, puede despedirle ni discriminarle de ningún modo para impedirle obtener una prestación de asistencia social o ejercer su derecho en virtud de ERISA. Si se deniega total o parcialmente su solicitud de prestaciones de asistencia social, deberá recibir una explicación por escrito del motivo de la denegación. Tiene derecho a que se revisen y reconsideren sus solicitudes.

En virtud de ERISA, puede tomar medidas para hacer valer estos derechos. Por ejemplo, si solicita materiales al administrador del plan y no los recibe en un plazo de 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir al administrador del plan que le proporcione los materiales y que le pague hasta 110 USD al día hasta que los reciba, a menos que los materiales no se envíen por razones ajenas al administrador del plan. Si su solicitud de prestaciones es denegada o ignorada, total o parcialmente, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Si los fiduciarios del plan hacen un uso indebido del dinero del plan o si le discriminan por hacer valer sus derechos, puede solicitar ayuda al Departamento de Trabajo de EE.UU. o puede presentar demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios del abogado. Puede condenarle a pagar estos gastos, por ejemplo, si considera que su demanda es frívola. Si tiene alguna pregunta sobre su plan, póngase en contacto con el administrador del plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de ERISA, póngase en contacto con la oficina más cercana de la Employee Benefits

Security Administration, U.S. Department of Labor, que figure en su guía telefónica o con la Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

AVISO DE DIVULGACIÓN DE SINIESTROS

Este Certificado contiene información sobre la presentación de reclamaciones, incluidas las limitaciones de tiempo para presentar una reclamación. Los formularios de reclamación pueden solicitarse al Administrador del Plan o a Alliant. Además de esta información, si este plan está sujeto a ERISA, ERISA aplica algunas normas adicionales de procedimiento de reclamación. Las normas adicionales exigidas por ERISA se exponen a continuación. En la medida en que las normas de procedimiento de reclamación de ERISA sean más beneficiosas para Usted, se aplicarán en lugar de cualquier norma de procedimiento de reclamación similar incluida en este Certificado.

DECLARACIÓN DE DERECHOS EN VIRTUD DE LA LEY DE DERECHOS DE LAS MUJERES CONTRA EL CÁNCER DE 1998

Si Usted se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). En el caso de las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el Médico que la atiende y la paciente, para:

- Todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para conseguir un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido la linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetas a los mismos Deducibles y Coseguros aplicables a otros beneficios médicas y quirúrgicas proporcionadas por este Plan, tal y como se indica en el

Resumen de Beneficios y Cobertura.

LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE LA SALUD ASEQUIBLE (PPACA)

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés) es una ley federal de Estados Unidos firmada por el presidente Barack Obama el 23 de marzo de 2010. Junto con la Ley de Conciliación de la Atención Médica y la Educación, representa la expansión gubernamental y la revisión normativa más importante del sistema médico estadounidense desde la aprobación de Medicare y Medicaid en 1965.

La PPACA tiene como objetivo aumentar la tarifa de cobertura médica de los estadounidenses y reducir los costes generales de la atención médica. Ofrece una serie de mecanismos -como mandatos, subvenciones y créditos fiscales- a empresas y particulares para aumentar la tasa de cobertura. La PPACA exige a las compañías de seguros que cubran a todos los solicitantes y ofrezcan las mismas tarifas independientemente de las condiciones preexistentes o el sexo. La Oficina Presupuestaria del Congreso prevé que la PPACA reducirá tanto los déficits futuros como el gasto de Medicare.

El 28 de junio de 2012, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos confirmó la constitucionalidad de la mayor parte de la PPACA en el caso *National Federation of Independent Business v. Sebelius*.

La PPACA incluye numerosas disposiciones que entrarán en vigencia a lo largo de varios años a partir de 2010. Existe una cláusula de derechos adquiridos en las pólizas emitidas antes de esa fecha que las exime de muchas de estas disposiciones, pero otras disposiciones pueden afectar a las pólizas existentes.

- La emisión garantizada exige que las pólizas se emitan con independencia de cualquier condición médica, y la tarificación comunitaria parcial exige que las aseguradoras ofrezcan la misma prima a todos los solicitantes de la misma edad y ubicación geográfica sin tener en cuenta el sexo o la mayoría de las condiciones preexistentes (excluyendo el consumo de tabaco).
- Un requisito de responsabilidad compartida, comúnmente llamado mandato individual, requiere que todas las personas que no estén cubiertas por un plan de salud patrocinado por el empleador, Medicaid, Medicare u otros programas de seguro público, obtengan una póliza de seguro privado aprobada, a menos que la persona en cuestión sea Miembro de una secta religiosa reconocida exenta por el Servicio de Impuestos Internos, o que se le exima en casos de dificultades financieras. La multa por no asegurar la cobertura pasó de 695 dólares a 0 dólares a partir del año del plan 2019.
- Los intercambios de seguros de salud funcionan en cada estado, ofreciendo un Mercado de Seguros de Salud en el que los individuos y las pequeñas empresas pueden comparar pólizas y primas, y comprar un seguro (con un subsidio del gobierno si es elegible).
- Las personas y familias con bajos ingresos, por encima del 100% y hasta el 400% del nivel federal de pobreza, pueden recibir subsidios federales en una escala móvil si deciden comprar un seguro a través de un Intercambio.
- El texto de la ley amplía la elegibilidad de Medicaid y simplifica el proceso de inscripción en CHIP. En el caso de la Federación Nacional de Empresas Independientes contra Sebelius, el Tribunal Supremo permitió a los estados optar por no participar en la ampliación de Medicaid, y algunos estados (incluyendo Georgia) han optado por ejercer

su privilegio de exclusión. Los estados que deciden rechazar la ampliación de Medicaid pueden establecer sus propios umbrales de elegibilidad de Medicaid, que en muchos estados son significativamente inferiores al 133% del umbral de pobreza; además, muchos estados no ofrecen Medicaid a los adultos sin hijos en ningún nivel de ingresos. Debido a que los subsidios a los planes de seguro comprados a través de intercambios no están disponibles para aquellos por debajo del 100% de la línea de pobreza, esto puede crear una brecha de cobertura en esos estados. Se han establecido normas mínimas para las pólizas de seguro médico, que incluyen los Beneficios Médicos Esenciales, y se prohíben los topes de cobertura anual y vitalicia.

- Las empresas que emplean a 50 o más personas pero que no ofrecen un seguro médico pagan un requisito de responsabilidad compartida si el gobierno tiene que subvencionar la asistencia médica de un Empleado.
- Las empresas muy pequeñas pueden obtener subsidios si compran un seguro a través de un Exchange.
- Se eliminan los copagos, coseguros y deducibles para determinados beneficios del seguro de asistencia médica que se consideran parte de un "paquete de beneficios esenciales" para el cuidado preventivo de Nivel A o Nivel B.

Alliant Health Plans cumple con todas las disposiciones de la PPACA y:

- No se aplican límites Anuales ni Límites de por Vida a los Beneficios Médicos Esenciales;
- Se adhiere a una prohibición de rescisión de acuerdo con la normativa;
- Proporciona beneficios de servicios médicos preventivos de cero costos;
- Amplía la cobertura a los Dependientes hasta los 26 años;
- Proporciona un **Resumen de Beneficios y Cobertura** a cada Miembro
- Implementa un proceso de apelación que cumple con la normativa federal y estatal;
- Prohíbe la exclusión de enfermedades preexistentes;
- Cumple con las normas de prima justa, factores de calificación limitados y se ajusta a los niveles de "metal" establecidos por el Gobierno Federal, en su caso;
- Hace que su(s) plan(es) esté(n) disponible(s) sobre una base de emisión garantizada y no discrimina(n) en la oferta de cobertura;
- Supera los puntos de referencia de los Beneficios Médicos Esenciales establecidas por el Gobierno Federal; para incluir la cobertura de medicamentos recetados para pacientes externos, la cobertura de visión habilitante y pediátrica y la cobertura dental pediátrica; así como la Paridad de Salud Mental;
- No se aplica ningún período de espera que supere los 90 días;
- Proporciona cobertura para la participación en Ensayos Clínicos como se define más en detalle en este Certificado;
- Los planes patrocinados por el empleador no pueden discriminar en favor de las personas altamente remuneradas en cuanto a la elegibilidad para participar. Además, los beneficios previstos en el plan no pueden discriminar a favor de las personas altamente remuneradas. Las personas altamente remuneradas incluyen a los cinco directivos mejor pagados, a los accionistas que poseen más del 10 por ciento de las acciones y al 25 por ciento de los empleados mejor pagados.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LE PEDIMOS QUE LO REVISE CON CUIDADO.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe las prácticas de Health One Alliance LLC, sus subsidiarias o filiales (denominadas colectivamente en el presente documento "Health One Alliance, LLC,") para salvaguardar el seguro médico protegido de identificación individual. Los términos de este Aviso se aplican a los Miembros y dependientes para su seguro médico individual y de grupo.

La ley nos obliga a mantener la privacidad de los datos médicos protegidos de Nuestros Miembros y dependientes, a notificar nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a los datos médicos protegidos y a notificar a las personas afectadas una violación de sus datos médicos protegidos no seguros. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso si éste sigue sin tener efecto. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este Aviso si sigue en vigencia. Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta Notificación según sea necesario y de hacer que la nueva Notificación sea efectiva para toda la información de salud protegida que Nosotros mantenemos. Usted tiene el derecho de solicitar una copia en papel de la Notificación enviando Su solicitud a: Privacy Officer, Health One Alliance, LLC, P.O. Box 1128, Dalton, GA 30722.

Autorización de Usos y Divulgaciones de Su Información de Salud Protegida

Excepto lo que se explica a continuación, Nosotros no utilizaremos ni divulgaremos Su información médica protegida para ningún fin a menos que Usted haya firmado un formulario autorizando Nuestro uso o divulgación, incluyendo la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, usos y divulgaciones con fines de comercialización y divulgaciones para la venta de información médica protegida. A menos que Nosotros hayamos tomado alguna medida en función de la autorización, Usted tiene derecho a revocar una autorización si la solicitud de revocación se hace por escrito y se envía a: Privacy Officer, Health One Alliance, LLC, P.O. Box 1128, Dalton, GA 30722. Un formulario para revocar una autorización puede ser obtenido del Oficial de Privacidad de Información de Salud.

Divulgación para Tratamiento

Nosotros podremos divulgar Sus datos médicos protegidos cuando sea necesario para Su tratamiento. Por ejemplo, un médico o un centro médico que participe en Su atención puede solicitar los datos médicos protegidos que Nosotros poseemos para ayudar en Su atención.

Usos y Divulgaciones Para Pagos

Nosotros utilizamos y divulgamos Su información médica protegida según sea necesario para fines de pago. Por ejemplo, Nosotros podemos utilizar su información médica protegida para procesar o pagar reclamos, para subrogación, para realizar una revisión de admisión en el hospital para determinar si los servicios son para la atención médicamente necesaria o

para realizar revisiones prospectivas. También Nosotros podemos revelar información a otra aseguradora para que procese o pague reclamos en Su nombre.

Usos y Divulgaciones para Operaciones De Atención Médica

Nosotros utilizamos y divulgamos Su información médica protegida según sea necesario para las operaciones de atención médica. Por ejemplo, Nosotros podemos utilizar o divulgar sus datos médicos protegidos para la evaluación y mejoría de la calidad, la acreditación de los proveedores de asistencia médica, la tarificación de las primas, la realización o la organización de revisiones médicas o el cumplimiento de la normativa. También Nosotros podemos revelar sus datos médicos protegidos a otra aseguradora, centro de salud o proveedor de servicios médicos para actividades como el control de calidad o la Administración de casos. Nosotros podemos ponernos en contacto con sus proveedores de atención médica en relación con medicamentos recetados o alternativas de tratamiento.

Ley de No Discriminación por Información Genética

Se nos prohíbe a Nosotros a utilizar Su información genética con fines de suscripción. La información genética con fines de suscripción significa, con respecto a cualquier individuo, información sobre (i) las pruebas genéticas de dicho individuo, (ii) las pruebas genéticas de los Miembros de la familia de dicho individuo, y (iii) la manifestación de una enfermedad o trastorno en los Miembros de la familia de dicho individuo (es decir, el historial médico familiar). También incluye la recogida de información genética con fines de investigación clínica, pero excluye la información sobre el sexo o la edad de cualquier individuo.

Información Recibida Antes de la Inscripción

Nosotros podemos solicitar y recibir de Usted y de Sus Proveedores de atención médica información médica protegida antes de Su inscripción en la póliza de seguro médico de grupo. Nosotros utilizaremos esta información para determinar si Usted reúne los requisitos para inscribirse en la póliza y para determinar las tarifas de las primas. Si Usted no se inscribe, Nosotros no utilizaremos ni divulgaremos la información que hayamos obtenido sobre Usted para ningún otro fin. La información proporcionada en los formularios o solicitudes de inscripción se utilizará para todas las coberturas que se soliciten, algunas de las cuales pueden estar protegidas por las leyes de privacidad estatales, no federales.

Socios de Negocios

Algunos aspectos y componentes de Nuestros servicios son realizados por terceras personas u organizaciones en virtud de un acuerdo o contrato con Nosotros. Puede ser necesario que Nosotros divulguemos Su información médica protegida a estos terceras personas u organizaciones que prestan servicios en Nuestro nombre. Nosotros les exigimos que protejan adecuadamente la privacidad de sus datos médicos protegidos, tal y como exige la ley.

Familiares, Amigos y Representantes Personales

Con Su autorización por escrito, Nosotros podemos revelar a los Miembros de su familia, amigos personales cercanos u otra persona que Usted identifique, Su información de salud protegida relevante para Su participación en Su cuidado o en el pago de Su cuidado. Si Usted no está

disponible, está incapacitado o está involucrado en una emergencia, y Nosotros determinamos que una divulgación limitada es en Su mejor interés, Nosotros podemos divulgar Su información médica protegida a dichas personas sin Su aprobación. También Nosotros podemos divulgar Sus datos médicos protegidos a entidades públicas o privadas para ayudar en las tareas de socorro en caso de catástrofe.

Otros Usos y Divulgaciones

La ley Nos permite o exige que Nosotros utilicemos o divulguemos Su información médica protegida, sin Su autorización, en las siguientes circunstancias:

Para cualquier propósito requerido por la ley;

- Para actividades de salud pública (por ejemplo, notificación de enfermedades, lesiones, nacimientos, muertes o sospechas de abuso o negligencia infantil);
- A una autoridad gubernamental si Nosotros creemos que una persona es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- Para las actividades de supervisión médica (por ejemplo, inspecciones, acciones de autorización o procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales);
- Para procedimientos judiciales o administrativos (por ejemplo, en virtud de una orden judicial, una citación o una solicitud de presentación de pruebas);
- Para fines policiales (por ejemplo, para informar de heridas o lesiones o para identificar a sospechosos, testigos o personas desaparecidas);
- A los forenses y directores de funerarias;
- Para la obtención, almacenamiento o trasplante de donaciones de órganos, ojos o tejidos;
- Para determinados fines de investigación;
- Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad en determinadas circunstancias;
- Para actividades militares si Usted es Miembro de las fuerzas armadas, para cuestiones de inteligencia o seguridad nacional; o sobre un recluso o una persona a una institución penitenciaria o a un funcionario de las fuerzas del orden que tenga la custodia; y
- Para cumplir con los fines del seguro de compensación de los trabajadores.

Nosotros nos adheriremos a todas las leyes o reglamentos estatales y federales aplicables que proporcionen protecciones adicionales de la privacidad. Nosotros sólo utilizaremos o divulgaremos la información relacionada con el SIDA/VIH, la información de las pruebas genéticas y la información relativa a su condición mental o cualquier problema de abuso de sustancias según lo permitido por las leyes o reglamentos estatales y federales. A excepción de los tipos de usos y divulgaciones de información médica protegida descritos en este Aviso, Nosotros podemos hacer otros usos y divulgaciones de información médica protegida sólo con Su autorización por escrito.

Sus Derechos con Respecto a la Restricción del Uso y Divulgación de Su Información de Salud Protegida

Usted tiene derecho a solicitar ciertas restricciones sobre la forma en que Nosotros utilizamos o divulgamos Su información médica protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar restricciones en la divulgación a

los familiares u otras personas que participan en Su cuidado del pago de Su atención médica. Para solicitar una restricción, Usted debe enviar una solicitud por escrito a Privacy Officer, Health One Alliance, LLC, P.O. Box 1128, Dalton, GA 30722. Se puede obtener un formulario para solicitar una restricción a través del Funcionario de Privacidad. Nosotros no estamos obligados a aceptar Su solicitud de restricción, excepto en el caso de una restricción para revelar Su información de salud protegida a un plan de salud si el propósito es llevar a cabo el pago o las operaciones de atención médica que no se requiere de otra manera por la ley y la información de salud protegida se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica para que una persona, que no sea el plan de salud, ha pagado el proveedor de atención médica en su totalidad. Si Nosotros aceptamos Su solicitud de restricción, Usted recibirá un acuse de recibo por escrito de Nuestra parte.

Recibir Comunicaciones Confidenciales de Su Información de Salud Protegida

Usted tiene derecho a solicitarnos comunicaciones sobre Su información médica protegida por medios alternativos (por ejemplo, por fax) o en lugares alternativos. Nosotros atenderemos las solicitudes razonables de dichos medios alternativos. Para solicitar una comunicación confidencial, Usted debe enviar una solicitud por escrito a: Privacy Officer, Health One Alliance, LLC, P.O. Box 1128, Dalton, GA 30722. Un formulario para solicitar una comunicación confidencial puede ser obtenido del Oficial de Privacidad.

Acceso a Su Información de Salud Protegida

Usted tiene derecho a inspeccionar y/u obtener una copia de Su información médica protegida que Nosotros mantenemos en su conjunto de registros designados, con algunas excepciones. Para solicitar el acceso, Usted debe enviar una solicitud por escrito a Privacy Officer, Health One Alliance, LLC, P.O. Box 1128, Dalton, GA 30722. Un formulario para solicitar acceso a Su información de salud protegida puede ser obtenido del Oficial de Privacidad. Se le cobrará a Usted una tarifa por las copias y los gastos de envío.

Modificación de Su Información de Salud Protegida

Usted tiene derecho a solicitar una modificación de Su información médica protegida para corregir inexactitudes. Para solicitar una enmienda, Usted debe enviar una solicitud por escrito a Privacy Officer, Health One Alliance, LLC, P.O. Box 1128, Dalton, GA 30722. Un formulario para solicitar una enmienda a su información de salud protegida se puede obtener del Oficial de Privacidad. Nosotros no estamos obligados a conceder la solicitud en ciertas circunstancias.

Contabilización de las Divulgaciones de Su Información Médica Protegida

Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de Su información médica protegida realizadas por Nosotros en los seis años inmediatamente anteriores a Su solicitud. Para solicitar un informe, Usted debe enviar una solicitud por escrito a Privacy Officer, Health One Alliance, LLC, P.O. Box 1128, Dalton, GA 30722. Un formulario para solicitar un recuento de Su información de salud protegida se puede obtener del Oficial de Privacidad. La primera rendición de cuentas en cualquier período de 12 meses será gratuita; sin embargo, se le cobrará una tarifa por cualquier solicitud posterior de una rendición de cuentas durante ese mismo período.

Quejas

Si Usted cree que se han violado Sus derechos de privacidad, puede enviar una queja por escrito al Oficial de Privacidad, Health One Alliance, LLC, P.O. Box 1128, Dalton, GA 30722 o en Hipaa@AlliantPlans.com o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No habrá represalias por presentar una queja.

Si Usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda con respecto a este Aviso o a Sus derechos de privacidad, Usted puede ponerse en contacto con el Servicio al Cliente de Health One Alliance, LLC llamando al (866) 403-2785. Si Usted desea una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad, por favor solicite una copia en Hipaa@AlliantPlans.com.