



Certificado de Cobertura

Planes de Salud Individuales y Familiares PPO





Este Contrato (Certificado) es entre el Suscriptor que ha ejecutado una Solicitud de Cobertura y Alliant Health Plans, Inc. (en lo sucesivo denominado "Alliant Health Plans", "Alliant" o "AHP").

Este Contrato (Certificado) da derecho al Suscriptor y a los Dependientes elegibles a recibir los beneficios establecidos en este documento, con sujeción a los términos y las condiciones de este Contrato, y una vez pagada la Prima de acuerdo con las regulaciones Federales y Estatales.

El Contrato entra en vigor a partir de la Fecha de Entrada en Vigor confirmada por una notificación de Alliant Health Plans.

Este Certificado de Cobertura sustituye y reemplaza todos los Contratos y/o Certificados que hayan sido emitidos anteriormente 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



Alliant Health Plans se enorgullece de ser un emisor de Planes de Salud Cualificado en el Mercado de Seguros Médicos.

ÍNDICE

INFORMACIÓN IMPORTANTE 2

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES 3

AVISO RESUMIDO 4

VERIFICACIÓN DE BENEFICIOS 5

ELEGIBILIDAD 6

CÓMO FUNCIONAN SUS BENEFICIOS PARA USTED10

LO QUE PAGA SU PLAN12

AUTORIZACIÓN DE COBERTURA16

BENEFICIOS17

PROGRAMA DE MEDICAMENTO DE RECETA PARA PACIENTES AMBULATORIOS38

BENEFICIOS DE VISIÓN PEDIÁTRICOS45

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES GENERALES46

INFORMACIÓN GENERAL55

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN68

ASISTENCIA LINGÜÍSTICA68

CUANDO SU COBERTURA SE TERMINA70

QUEJAS Y APELACIONES73

DEFINICIONES79

DECLARACIÓN DE DERECHOS BAJO LA LEY DE DERECHOS DE LAS MUJERES CONTRA EL CÁNCER DE 199895

LA LEY DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE Y ATENCIÓN ASEQUIBLE (PPACA)96

REPORTAR CAMBIOS DE VIDA E INGRESOS AL MERCADO98

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA . . . 100

INFORMACIÓN IMPORTANTE

BENEFICIOS MÉDICOS, RECLAMOS Y PREGUNTAS

| | |
|--------------------------------------|---|
| Servicio al Cliente de Alliant | (866) 403-2785 |
| Línea de Asesoramiento de Enfermería | Formulario de Contacto de los |
| 24 horas | Servicio al Cliente |
| | (855) 299-3087 |
| Sitio Web de Alliant | AlliantPlans.com |
| Directorio de Proveedores | 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 | (800) 424-1799 |
| Sitio Web de Magellan Rx | 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, Explicación de Beneficios (EOBs, por sus siglas en inglés), 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 | (800) 318-2596 |
| Sitio web | 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.

Ningún agente u otra persona, excepto un funcionario de Alliant, tiene autoridad para hacer cualquiera de los siguientes: (1) renunciar a cualquier condición o restricción de este Contrato; (2) ampliar el plazo para realizar los pagos de la Prima; o (3) Vincular a Alliant haciendo cualquier promesa o representación o dando o recibiendo cualquier información.

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 Customer Service 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 tergiversación.
- 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 Urgencia NO requieren Autorización Previa.

FUERA DE LA RED

- Para obtener Autorización Previa **USTED** debe llamar al (800) 865-5922.
- Requerido por **USTED** para **TODOS** los ingresos hospitalarios que son fuera de la red.
- **USTED** es responsable de Notificarnos en el plazo de 1 día laboral de un ingreso de urgencia 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 Urgencia NO requieren Autorización Previa.

ELEGIBILIDAD

Si Usted compró Su cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos, consulte la sección “COMO REPORTAR CAMBIOS DE VIDA E INGRESOS AL MERCADO” al final de este documento para obtener información adicional.



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. Alliant permite la contratación de pólizas sólo para niños bajo este tipo de plan.

COBERTURA PARA SUS DEPENDIENTES

Si Usted está cubierto por este plan, Usted puede inscribir a sus Dependientes elegibles. Sus Dependientes Cubiertos también se nombran Miembros. La Inscripción de los Dependientes puede realizarse durante la Inscripción Abierta o cuando se produzca un evento calificador del Período de Inscripción Especial. Los requisitos de elegibilidad se aplican también a los Dependientes.

SUS DEPENDIENTES ELEGIBLES PUEDEN INCLUIR:

- Su Cónyuge, si Usted no está separado legalmente. Las parejas cohabitantes no se consideran Dependientes elegibles, excepto cuando la ley estatal o federal sustituya a este Contrato;
- Sus hijos dependientes hasta el final del año en que cumplan 26 años;
- Sus hijos legalmente adoptados a partir de la fecha en que Usted asume la responsabilidad legal;
- Sus hijos de los que Usted asume la custodia legal y los hijastros;
- Sus hijos (o los hijos de su cónyuge) sobre los que Usted tiene responsabilidad legal como consecuencia de una sentencia judicial válida;
- Sus hijos con discapacidades mentales o físicas y que dependan totalmente de Usted para su manutención, independientemente de la edad.
- Para tener derecho a la cobertura como Dependiente Incapacitado, el Dependiente debe haber estado cubierto por este contrato antes de cumplir los 26 años. Se requiere la Certificación de la discapacidad en un plazo de 31 días desde el cumplimiento de la edad 26. Podrá exigirse una certificación de la discapacidad 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.

Si se ingresa una fecha de nacimiento incorrecta de un niño en una solicitud, el niño no tendrá cobertura durante el período para el que no es legalmente elegible. Cualquier sobrepago

realizado por la cobertura de cualquier niño bajo estas condiciones será reembolsado por Usted o por Alliant.

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 es definido por el gobierno federal. Este período de inscripción se aplica tanto si se compra a través del Mercado de Seguros Médicos como si se hace directamente de Alliant Health Plans.

PERÍODOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Los consumidores pueden calificar para un Período de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés) para inscribirse en la cobertura del seguro médico si cumplen con ciertos criterios 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, por sus siglas en inglés) o un Acuerdo de Reembolso de Salud para Pequeños Empleados Calificados (QSEHRA, por sus siglas en inglés).
- 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.

CUANDO COMIENZA SU COBERTURA

La cobertura comienza a las 12:01 a.m. de la fecha de Entrada en Vigor. La Fecha de Entrada en Vigor la determina Alliant Health Plans. No se proporcionarán beneficios por los servicios, suministros o cargos incurridos antes de Su Fecha de Entrada en Vigor.

CAMBIAR SU COBERTURA

Habrá un período de reinscripción anual durante el cual los Miembros podrán optar por cambiar sus opciones.



CAMBIAR SU COBERTURA (AÑADIR UN DEPENDIENTE)

Puede añadir nuevos Dependientes a Su plan durante el Período de Inscripción Abierta o el Período de Inscripción Especial, poniéndose en contacto con los Servicio al

Cliente llamando al (866) 403-2785.

Si Usted compró a través del Mercado de Seguros Médicos, Usted debe notificar al Mercado de Seguros Médicos.

Si Usted compró fuera del Mercado de Seguros Médicos, debe Notificarnos por escrito. La cobertura se proporciona sólo para aquellos Dependientes que Usted ha reportado a Alliant y ha agregado a Su cobertura completando la solicitud correcta durante un tiempo en que son elegibles para ser inscritos.



MATRIMONIO E HIJASTROS

El Miembro puede añadir a su cónyuge y a sus hijastros elegibles en un plazo de treinta y un (31) días a partir de la fecha del matrimonio. La Fecha de Entrada en Vigor será la fecha del matrimonio. En la mayoría de los casos, se cobra un cargo adicional por añadir a la(s) persona(s) cubierta(s) adicional(es).

Si Usted compró a través del Mercado de Seguros Médicos, Usted debe notificar al Mercado de Seguros Médicos.

Si Usted compró fuera del Mercado de Seguros Médicos, Usted debe notificar a Alliant por escrito presentando una solicitud de inscripción.

Si un Miembro no solicita la cobertura para añadir a su cónyuge e hijastros en un plazo de treinta y un (31) días, o según lo disponga el Mercado, a partir de la fecha de matrimonio, el cónyuge y los hijastros se consideran Inscritos Tardíos. Por favor, consulte la cláusula "Inscripciones Tardías" en esta sección.

RECIÉN NACIDOS

Un recién nacido estará cubierto durante los primeros treinta y un (31) días a partir de la fecha de nacimiento. 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. 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 a la fecha de nacimiento, 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, la cobertura se restablecerá de forma retroactiva sin interrupción de la Cobertura. La provisión para la cobertura de los recién nacidos **NO** se aplica a un niño nacido de un Dependiente cubierto por el plan que no sea Su Cónyuge.



Si Usted compró a través del Mercado de Seguros Médicos, Usted debe notificar al Mercado de Seguros Médicos.



En el caso de que Usted inscriba a su recién nacido en un plan diferente; se requiere que Alliant siga cubriendo al recién nacido bajo Su plan por los primeros treinta y un (31) días. 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 los recién nacidos **NO** se aplica a un niño nacido de un Dependiente cubierto por el plan que no sea Su Cónyuge.

NIÑOS ADOPTADOS

Los hijos adoptados se consideran elegibles a partir de la fecha de asunción de la responsabilidad legal. El hijo adoptado no se añade automáticamente a Su póliza. Para que la Cobertura comience, 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 asunción legal. La prima deberá incluir los primeros treinta y un (31) días de cobertura. Si la solicitud y la prima no son recibidas por Nosotros dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de asunción legal, la Cobertura terminará al final 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 Usted compró a través del Mercado de Seguros Médicos, Usted debe notificar al Mercado de Seguros Médicos.

NIÑOS ACOGIDOS

Los niños de acogidos son niños a los que el estado ha retirado la patria potestad y que han sido colocados en una situación de vida alternativa por el estado. Un niño no se convierte en niño acogido cuando los padres renuncian voluntariamente a la patria potestad 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 adoptivo. Dicha confirmación debe ser proporcionada a expensas del Miembro. Los niños de acogida no se añaden automáticamente a Su póliza. Para que la Cobertura comience, Nosotros debemos recibir un formulario de solicitud para agregar al niño como Dependiente y un pago de cualquier Prima aplicable dentro de los 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 la solicitud y la Prima no son recibidas por Nosotros dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de asunción legal, la cobertura terminará al final 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 Usted compró a través del Mercado de Seguros Médicos, Usted debe notificar al Mercado de Seguros Médicos.

CAMBIAR SU COBERTURA (ELIMINAR A UN DEPENDIENTE)

Cuando pasa alguno de los siguientes eventos:

- 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 incapacitado.

Si Usted compró a través del Mercado de Seguros Médicos, Usted debe notificar al Mercado de Seguros Médicos.

Si Usted compró fuera del Mercado de Seguros Médicos, notifique al Servicio al Cliente al (866) 403-2785 y solicite los formularios correspondientes para completar.

CÓMO FUNCIONAN SUS BENEFICIOS PARA USTED

Independientemente de que Usted haya comprado la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos o no, no hay ninguna diferencia sustancial en los beneficios que proporciona este Contrato, con la excepción del Período de Gracia. El Período de Gracia difiere en función del lugar donde Usted compro Su póliza y de si Usted recibe un Crédito Fiscal Anticipado para Primas (APTC, por sus siglas en ingles).

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 acude 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. Consulte el

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 CIVIL

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 TRASPASO

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 durante los últimos tres 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 este folleto.

COSTO MÁXIMO PERMITIDO (MAC, por sus siglas en inglés)

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 normas 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 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: los importes de reembolso aceptados por los proveedores similares contratados con Alliant, los importes de reembolso pagados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para los mismos servicios o suministros, y otros datos de coste, reembolso y utilización de la industria; o Un importe basado 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 costes 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 inferiores 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 para los beneficios de los mismos o similares servicios según lo determinado por 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 oportuna 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 elegido.

La elección de un Proveedor Dentro de la Red probablemente dará lugar a menores costos de bolsillo para usted. Llame a Servicios 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.



COSTOS COMPARTIDOS DE LOS MIEMBROS

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

La cantidad de Los Costos Compartidos y La Cantidad Máxima de los Gastos de Bolsillo pueden variar en función de si ha recibido los servicios de un Proveedor Dentro de la Red o de un Proveedor Fuera de la Red. En concreto, es posible que Usted tenga que pagar costos compartidos más elevados o que se apliquen límites a Sus beneficios cuando Usted utilice Proveedores Fuera de la Red. Consulte el **Resumen de Beneficios y Cobertura** para conocer Sus responsabilidades y limitaciones en cuanto a los costos compartidos o llame a Servicios al Cliente al (866) 403-2785 para saber cómo pueden variar los beneficios de Su plan o la cantidad 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 costo compartido 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, es decir \$190, y el resto de la indemnización que le concedemos 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. Siempre que se haya cumplido el Deducible, Su responsabilidad total de bolsillo sería de \$190 (20% de responsabilidad del Seguro) 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 de \$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 servicio Fuera de la Red. El Proveedor es el 30% de \$1,500, es decir, \$450 después de haber cubierto el Deducible Fuera de la Red. Nosotros permitimos el 70% restante de \$1,500 dólares, es decir, \$1,050. Además, el Proveedor Fuera de la Red podría facturarle 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 Dentro de la Red disponible para el Servicio Cubierto, podemos autorizar que los montos de costo compartido Dentro de la Red (Deducible, Copago y/o Coseguro) se apliquen a un reclamo por un Servicio Cubierto que Usted recibe de un Proveedor Fuera de la Red. En este caso, Usted debe ponerse en contacto con Nosotros antes de obtener el Servicio Cubierto. También podemos autorizar que se apliquen los montos de costo compartido dentro de la red a un reclamo por Servicios Cubiertos si Usted recibe Servicios de Emergencia de un Proveedor Fuera de la Red y no puede comunicarse con Nosotros hasta después de que se preste el Servicio Cubierto. Si Nosotros autorizamos un Servicio Cubierto para que Usted sea responsable de los montos de costo compartido Dentro de la Red, es posible que Usted siga siendo responsable de la diferencia entre el cargo del MAC y del Proveedor Fuera de la Red. Por favor póngase en contacto con Servicios 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 el costo compartido 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 costo compartido 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 determinado servicio, 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 de la recepción 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 a la recepción de la solicitud de servicios, independientemente de la recepción de la información adicional solicitada. |
| Autorización Previa al Servicio | En un plazo de siete (7) días naturales. Alliant podrá ampliar el plazo de siete (7) días por siete (7) días naturales adicionales debido a asuntos fuera del control de Alliant. Si esto es necesario, Alliant se lo hará saber por escrito dentro de los primeros siete (7) 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 en un plazo 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 en un plazo de treinta (30) días naturales. Consulte "Reclamos y Apelaciones". |

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), 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 no se le lleva 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 médico 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 instalaciones adecuadas para prestar los servicios médicos necesarios. Ejemplos de tales servicios médicos especializados que generalmente no están disponibles en todos los tipos de instalaciones 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 instalaciones 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 instalaciones 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 costo compartido dentro de la red para los servicios de ambulancia aérea de emergencia fuera de la red, y esa cantidad de costo 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 prestados 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 presente 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 reparto de costes 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) 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 civil.

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.

PROGRAMAS DE ENSAYOS CLÍNICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER INFANTIL

Los Servicios Cubiertos incluyen los costos de atención de rutina del paciente incurridos en relación con la provisión de bienes, servicios y beneficios a los Miembros que son niños Dependientes en relación con los programas de ensayos clínicos aprobados para el tratamiento del cáncer infantil. "Costes rutinarios de atención al paciente" se refiere a aquellos Autorizados Previamente como costes 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 costes de la atención rutinaria del paciente para los Miembros que completen los requisitos necesarios y que participen en ensayos clínicos aprobados para el cáncer y/u otra enfermedad o afección potencialmente mortal. Usted 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 remitido por un Proveedor Dentro 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 condicionar la cobertura de los costes rutinarios del paciente relacionados con Su participación en un ensayo clínico aprobado para el que Usted cumple con los requisitos. No se le denegará ni excluirá de ningún Servicio Cubierto en base a su estado de salud o a Su participación en un ensayo clínico. El coste de la medicación o del tratamiento objeto del ensayo clínico está específicamente excluido de la cobertura.

Para los Servicios Cubiertos relacionados con un ensayo clínico aprobado, el costo 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 costo compartido que 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 están previstos para las complicaciones del embarazo derivadas de las afecciones que requieren internamiento en el Hospital cuando el embarazo no se interrumpe y cuyos diagnósticos son distintos del embarazo, pero se ven afectados negativamente por el embarazo mismo o son causados por él embarazo. Los beneficios por un parto normal o difícil no están cubiertos por esta disposición. Dichos beneficios se determinan únicamente en la sección de Atención a la Maternidad de este Contrato. Se aplican los costes compartidos dentro y fuera de la red.

SERVICIOS DE CONSULTA

Se cubre cuando se requiere la habilidad y los conocimientos especiales de un médico consultor para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.

DIABETES

Cubrimos el equipo, los suministros, los agentes farmacológicos y la formación y educación para el autocontrol en pacientes ambulatorios, incluida la terapia nutricional para personas con diabetes insulino dependiente, diabetes que utiliza insulina, diabetes gestacional y diabetes que no utiliza insulina, según lo prescrito por el médico que sean Medicamente Necesario. Los Servicios Cubiertos de formación y educación para el autocontrol en pacientes ambulatorios deben ser proporcionados por un profesional médico 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 un 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 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

El Miembro que desee recibir atención oftalmológica cubierta puede obtener dicho servicio directamente de un oftalmólogo u optometrista participante que esté autorizado a prestar atención oftalmológica. La atención se limita únicamente a las afecciones médicas, no a la atención rutinaria de la vista (excepto para los niños menores de 19 años).

SERVICIOS DE ANESTESIA GENERAL

Los Servicios Cubiertos deben ser Medicamente 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 Anestesta Certificado (CRNA).

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

Cubrimos los servicios de rehabilitación Medicamente 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 la autoayuda, la socialización y las habilidades de adaptación y 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 equipos médicos duraderos. Estos servicios tienen límites de visitas por año civil. Los límites del plan se describen en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**.

APARATOS AUDITIVOS

Audífono 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 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

Si adquirió su plan fuera del Mercado de Seguros Médicos, este Contrato proporcionará beneficios para audífonos para niños de 18 años o menores, de acuerdo con las disposiciones de Georgia OCGA 33-24-59.21. Este Contrato proporciona un audífono por cada oído con problemas de audición que no supere los \$3,000.00 dólares por audífono cada 48 meses, y servicios y suministros médicamente necesarios de forma continua, según sea necesario, durante cada período de cobertura de 48 meses, que no supere los \$3,000.00 por oído con problemas de audición. El presente contrato proporcionará estos beneficios de acuerdo con las condiciones, limitaciones, exclusiones, acuerdos de reparto de costes y requisitos de copago, tal y como se indica en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**. Los beneficios de audífonos SÓLO se aplican a los planes adquiridos fuera del Mercado de Seguros Médicos.

SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA A DOMICILIO

La Asistencia Médica a Domicilio ofrece un programa para la atención y el tratamiento del Miembro en su domicilio. 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. Estos servicios tienen límites de visitas por año civil. 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 Registrada o de una enfermera diplomada: no se pueden

conceder beneficios por 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.
- 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 figure específicamente como Servicio Cubierto.
- 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.
- Estar dirigido por un médico y coordinado por una enfermera registrada 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. 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 de Búsqueda de Proveedores en AlliantPlans.com o llamando al Servicio al Cliente al (866) 403-2785.
- 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.

Se entiende por Atención de Urgencia 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 máxima funcionalidad o (B) en opinión del Proveedor que le atiende, le sometería a un dolor intenso que no puede ser manejado adecuadamente sin atención o tratamiento. El tratamiento de un problema médico de Urgencia no pone en peligro la vida y no requiere el uso de una sala de emergencias en 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 DEL HABLA CON TERAPEUTA LICENCIADA

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 civil. 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 son dados de alta antes de las 48 horas posteriores a un parto normal o de las 96 horas

posteriores a un parto por cesárea, el Miembro tendrá acceso a dos visitas de seguimiento posteriores al alta dentro del período 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**.

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 manejo médico de ciertos estados de enfermedad es limitado. Póngase en contacto con el Servicio 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 senos accesorios, 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 ATM.
- 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 instalaciones, auxiliares, uso de instalaciones 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 instalaciones 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 como 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 cargos del departamento de pacientes externos del hospital o del Centro Ambulatorio Independiente son Servicios Cubiertos según se indica en **Resumen de Beneficios y Cobertura**. La participación en los gastos 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. Cuidados preventivos y pruebas de detección adicionales para las mujeres previstas en las directrices respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.

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 el presente 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 costes que incluyen, entre otros, deducibles, coseguros o importes 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 artículos: zapatos correctores (excepto cuando un zapato ortopédico está unido a un aparato o para el cuidado del pie diabético), todas las plantillas y aparatos ortopédicos (excepto para el cuidado del pie diabético); férula nocturna; prótesis dentales; dientes de sustitución o estructuras que soportan 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 cosméticos, 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 instalaciones 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)

El Miembro puede acceder a los Médicos Especialistas; no se necesita una derivación del Médico de cabecera. Puede localizar un médico especialista en AlliantPlans.com o llamando a Servicio 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 presencial de 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.

La cantidad del pago por el servicio profesional prestado a través de la telemedicina por el Proveedor en el lugar distante se basa en la tarifa negociada o en el MAC vigente para el servicio prestado.

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 sea Alliant, incluso si el Centro de la Red de Trasplantes que no sea Alliant es un proveedor participante, no están cubiertos.

Los Servicios Cubiertos incluyen ciertos 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 (costes del donante), la atención postoperatoria (incluido el tratamiento farmacológico contra el rechazo, 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/alogénicas (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.

A efectos 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 relacionados con el trasplante en los términos del Contrato

Trasplante de Centro: todos los servicios y suministros Médicamente Necesarios proporcionados por un centro médico en relación con un trasplante cubierto, excepto los costes del donante y Los Medicamentos Antirrechazo. Médicamente apropiado significa que el receptor o el autodonante cumple los criterios para un trasplante establecidos por Alliant.

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 \$10,000.00 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.

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) Costos del beneficio por trasplante incurridos en 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 prestados en los Centros de Atención de Urgencia están cubiertos como 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 máxima funcionalidad o (B) en opinión del Proveedor que le atiende, le sometería a un dolor severo que no puede ser manejado adecuadamente sin atención o tratamiento. El tratamiento de un problema médico de Urgencia

no pone en peligro la vida y no requiere el uso de una sala de emergencias en un Hospital; y no se considera una emergencia.

Consulte la sección Limitaciones y Exclusiones para conocer los Servicios No Cubiertos.

PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Este plan utiliza un Administrador de Beneficios Farmacéuticos (PBM) 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 coste de los medicamentos recetados proporcionada por el PBM. Cuando existan copagos, el copago se expresará en función de un único suministro o de un suministro para

31 días, lo que sea menor. Cuando se disponga de surtidos para varios meses (90 días, por ejemplo), se requerirá el copago para cada mes (3 copagos para 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 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 la reposición de 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. Nosotros 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 podrá ser cubierto. Para obtener una lista de medicamentos selectos que requieren Autorización Previa, por favor comuníquese con el Servicio al Cliente de Magellan Rx al (800) 424-1799.

Los Servicios Cubiertos Pueden Incluir:

Medicamentos de venta al por menor con receta que hayan sido recetados por un Proveedor. Los Medicamentos de venta al por menor con receta deberán, en todos los casos, ser dispensados de acuerdo con el formulario de medicamentos para las recetas escritas y surtidas Dentro y Fuera de la Red. Sólo los Medicamentos Recetados incluidos en el Formulario de Medicamentos, según sea enmendado de vez en cuando por Alliant, pueden ser Servicios Cubiertos, excepto como se indica a continuación o se establece de otra manera 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 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 de Especialidad requieren Autorización Previa. Usted puede obtener la lista de Medicamentos de Especialidad y Farmacias de Especialidad contratadas comunicándose con el Servicio 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 Especializadas pueden entregar Sus recetas de Medicamentos Especializados a través de un transportista común de un día para otro y se envían directamente a Usted o, si es necesario, a un Proveedor para su administración. Su plan de tratamiento y su receta específica determinarán dónde se administrará el medicamento y quién lo hará.

Además, su Copago y/o Coseguro pueden ser prorrateados para apoyar el método de distribución y tratamiento. Si un Proveedor cobra una tasa de administración de Medicamentos de Especialidad, esa cantidad sería independiente del coste del medicamento. Los cargos por administración de medicamentos se consideran servicios médicos que están sujetos a las disposiciones de Copago, Coseguro y porcentaje a pagar, tal 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 ayudarle 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 ayudarle 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 reposiciones 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), formado por profesionales de la salud, incluyendo enfermeras, farmacéuticos y médicos. El objetivo de este comité es ayudar a determinar la idoneidad clínica de los medicamentos, determinar la asignación de niveles de 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 coste del medicamento en relación con otros fármacos 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 nos reservamos el derecho, a Nuestra discreción, de determinar la cobertura de las fórmulas farmacéuticas en función de los métodos de administración de dosis cubiertos (por ejemplo, por vía oral, inyectable, tópica o inhalada) y podemos cubrir una forma de administración y excluir o situar 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 los importes de su copago, coseguro 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 (Dispense as Written).

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 coste.

- Los medicamentos **genéricos** suelen tener el coste compartido más bajo. Este nivel contendrá medicamentos de bajo coste o preferidos. Este nivel puede incluir medicamentos genéricos, de una sola marca o de varias marcas.
- Los medicamentos de **Marca Preferidas** tendrán un coste compartido más elevado que los medicamentos genéricos. Este nivel contendrá medicamentos preferidos

que generalmente tienen un coste moderado. Este nivel puede incluir medicamentos genéricos, de una sola fuente o de varias fuentes.

- Los medicamentos de **Marcas No Preferidas** tendrán un coste compartido más elevado que los de **Marca Preferidas**. Este nivel contendrá medicamentos no preferidos o de alto coste. Este nivel puede incluir medicamentos genéricos, de una sola marca o de varias marcas.
- Los medicamentos **de Especialidad** tendrán un coste compartido mayor que los **de Marca Preferidas**. Este nivel contendrá medicamentos especializados. Este nivel puede incluir medicamentos genéricos, de una sola marca o de varias marcas.
- Los medicamentos **de Costo Compartido Cero (también se indica en el formulario como Reforma del Sistema de Salud)** no tendrán costos 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.



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 impresa.

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-formularios debido a la disponibilidad de medicamentos terapéuticos/clínicamente equivalentes, incluyendo los medicamentos de venta libre.

Por medicamentos similares se entienden medicamentos de la misma clase o tipo. Los medicamentos Terapéuticos/Clínicamente equivalentes son fármacos de los que se puede esperar que produzcan resultados terapéuticos similares para una enfermedad o afección.

Se le notificará a Usted por escrito el cambio de medicamentos a la categoría de no formulario al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigor del cambio, si a Usted se le ha recetado el medicamento en los 12 meses anteriores de cobertura de este plan. Los medicamentos que se consideran fuera del formulario son sólo aquellos que tienen alternativas Terapéuticas/Clínicamente equivalentes.

Usted puede utilizar el proceso de Excepción de Medicamentos Fuera del Formulario para solicitar un medicamento fuera del formulario. Si se rechaza Su solicitud de excepción, Usted puede ejercer su derecho a apelar. Para obtener información sobre el proceso de excepción o de apelación, llame al Servicio al Cliente de Magellan Rx al (800) 424-1799. La ley de Georgia le permite a Usted obtener, sin penalidad 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 de este 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 prescriptor determina que el medicamento del formulario Terapéutico/Clínicamente equivalente causa, o se espera razonablemente que cause, reacciones adversas o perjudiciales en el paciente.

PROGRAMAS DE FARMACIA ESPECIALIZADA

De vez en cuando, Nosotros podemos poner en marcha varios programas para animar a los Miembros a utilizar medicamentos más rentables o clínicamente eficaces, incluyendo, entre otros, medicamentos genéricos, artículos de venta libre 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 Medicamento Necesarios asociados a la administración de dicho medicamento.

Un medicamento fuera de indicación es aquel que se prescribe para un uso diferente al que la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) ha aprobado para su comercialización. 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 libre;
- 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;
- Reposiciones de recetas que superen el número especificado por el Médico, o cualquier reposición dispensada después de un año desde 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 es 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 los pacientes internos;
- Gastos de envío de cualquier Medicamento Recetado;
- Fármacos y medicamentos que no requieren receta Médica y que no son de prescripción;
- Los medicamentos recetados por un Médico, tanto si se cobra por ellos como si no;
- Medicamentos recetados que no sean Medicamento Necesarios o que Nosotros determinemos que no son compatibles con el diagnóstico (consulte la sección de Medicamentos fuera de indicación);
- 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 Recetados;

- 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

BENEFICIOS DE VISIÓN PEDIÁTRICA

En esta sección se describen los servicios y suministros disponibles para las personas cubiertas hasta los 19 años de edad, pero sin incluirlos. Estos servicios y suministros deben ser proporcionados y facturados por los Proveedores y deben ser Medicamento Necesarios a menos que se especifique lo contrario.

Están cubiertos los siguientes Servicios de Atención Oftalmológica de Rutina:

Exámenes de la Vista: Alliant cubrirá los componentes de los exámenes integrales de la siguiente manera:

- Historia Clínica
- Observación general del paciente
- Pruebas y evaluaciones clínicas y de diagnóstico
- Inspección de las conjuntivas y la esclerótica
- Examen de las órbitas
- Prueba de agudeza visual
- Pruebas de campo visual grueso
- Motilidad ocular
- Prueba binocular
- Examen del iris, la córnea, el cristalino y las cámaras anteriores
- Examen de los alumnos
- Medición de la presión intraocular (tonometría)
- Exámenes oftalmoscópicos
- Determinación del estado de refracción
- Pruebas de visión del color
- Pruebas de estereopsis
- Presentación del caso con resumen de resultados y recomendaciones, incluida la prescripción de lentes

Lentes y Marcos- Alliant cubrirá los Lentes y Armazones recetados; consulte las limitaciones a continuación. Alliant cubrirá los siguientes servicios sólo cuando se realicen para obtener Lentes y Armazones recetados:

- Mediciones faciales y determinación de la distancia interpupilar
- Ayuda en la elección de marcos
- Verificación de las lentes según lo prescrito
- Un período de tiempo razonable para la adaptación y el ajuste

Evaluaciones de Lentes de Contacto y Seguimiento: Alliant cubrirá las pruebas de

compatibilidad de lentes de contacto, las evaluaciones de diagnóstico y los análisis de lentes de diagnóstico para determinar la idoneidad de un paciente para las lentes de contacto o un cambio de lentes de contacto. También se cubre la atención de seguimiento adecuada. No se proporciona cobertura para lentes de contacto.

Además de los elementos no cubiertos enumerados en la sección de Limitaciones y Exclusiones Generales de este Certificado, la cobertura de PediatricVision **no** se proporciona para:

- Un examen oftalmológico o materiales solicitados como resultado de un examen oftalmológico antes de Su fecha de Entrada en Vigor;
- Lentes que no son prescritos;
- La sustitución de lentes o monturas, salvo lo especificado en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**;
- Vidrio de seguridad, gafas de seguridad y gafas deportivas;
- Servicios que Alliant determina que son especiales o inusuales; como la ortóptica, la formación visual y las ayudas para la baja visión;
- Tintes distintos al número uno o dos;
- Tintes con propiedades fotosensibles o antirreflectantes;
- Lentes progresivas;
- Tratamientos o “complementos” de las lentes de las gafas, excepto los tintes número uno o dos;
- Cualquier procedimiento quirúrgico para la corrección de un problema de refracción visual, incluidos, entre otros, la queratotomía radial y el LASIK (queratomileusis in situ con láser);
- Servicios no cubiertos o servicios específicamente excluidos en el texto de este Certificado.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES GENERALES



PAY ATTENTION

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 instalaciones utilizadas para el acondicionamiento físico, incluso si son ordenados por un médico. Esta exclusión también se aplica a los balnearios.
- **Alimentación Enteral**- (a menos que esté documentada como única fuente de nutrición).
- **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 Vigor 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.
- **Crímen** - 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 atención

brindada 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. 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 Necesario.
- **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 Medicamente 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 para Pacientes Hospitalizados o Residenciales** - 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;
- asociada al diagnóstico de reacción de estrés agudo, reacción de adaptación de la infancia o la adolescencia, y/o situaciones maritales, sociales, culturales o laborales relacionadas.

Salud Mental En Régimen de 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 cándida, 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 rolfing, 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 forporcinas) 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 a menos que los servicios estén sujetos a las leyes federales o estatales de facturación inesperada. 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 LOS EE. UU.

La atención no urgente no es un servicio cubierto fuera de los Estados Unidos. El Miembro recibirá los beneficios del Contrato únicamente por la atención y/o el tratamiento de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos. Se aplicarán las disposiciones del contrato. Toda atención recibida debe ser un Servicio Cubierto. El Miembro deberá pagar al Proveedor del servicio en el momento en que reciba el tratamiento y obtener la documentación adecuada de los servicios recibidos, incluyendo facturas, recibos, cartas y narraciones médicas. Esta información debe presentarse junto con Su reclamo. Todos los servicios estarán sujetos a la idoneidad de la atención. Le reembolsaremos a Usted directamente.

El pago se basará en el MAC. Usted no puede asignar beneficios a Proveedores o centros extranjeros.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

La cobertura de este plan es siempre secundaria a cualquier Cobertura de Grupo. Siempre que los beneficios bajo cualquier otro plan sean pagables sin tener en cuenta los beneficios pagables bajo este plan, este plan será secundario. Los servicios que no sean elegibles de recibir beneficios en ambos planes no estarán sujetos a la coordinación de beneficios. Cada plan no colectivo determina su orden de beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que se aplican:

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

Si el Suscriptor de este plan es también el asegurado de un plan individual de otra compañía de seguros, se aplica la regla del plan más largo. Esto significa que el plan que ha cubierto a la persona durante más tiempo paga primero los beneficios como asegurador principal. El plan que ha cubierto a la persona durante menos tiempo paga los beneficios como asegurador secundario. Si los dos planes individuales entran en vigor el mismo día, Nosotros seremos la compañía secundaria. Si tanto Alliant como la otra aseguradora pretenden ser secundarias y la otra aseguradora demuestra su rechazo de la 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 la compañía principal mediante las reglas anteriores, el plan que haya cubierto al Dependiente durante más tiempo será el plan principal. 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 norma, el plan del padre será el principal

Coordinación con Medicare

A menos que la ley federal exija que el plan sea el padre principal, los beneficios de este plan para los Miembros de 65 años o más, o para los Miembros que reúnan los requisitos para recibir Medicare, no duplican ningún beneficio que los Miembros tengan derecho en virtud de Medicare. Cuando Medicare sea el pagador responsable, todos los importes de los servicios pagados por Nosotros que deberían haber sido pagados por Medicare Nos serán reembolsados por los Miembros o en su nombre.

PRESENTACIÓN Y PAGO DE RECLAMOS

Usted es responsable de dar a Su Proveedor la información correcta de Su póliza de seguro médico, para que los reclamos puedan ser presentados correctamente. Asegúrese siempre de llevar consigo su Tarjeta de Identificación. Asegúrese de que el personal del Hospital o del consultorio Médico copie correctamente su nombre, grupo y número de Miembro al rellenar los formularios relacionados con su cobertura. Basándose en la información de Su cobertura médica que usted proporciona, Su proveedor Nos presentará los reclamos para Su 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 Dirección Médica se basa únicamente en los criterios de Necesidad Médica, en el plan de beneficios del Miembro, en las necesidades y circunstancias individuales y en el sistema de prestación local. Nosotros no recompensamos ni compensamos a los Médicos, Proveedores u otras personas por emitir denegaciones de cobertura. No se ofrecen incentivos económicos al personal para fomentar decisiones que den lugar a una infrautilización.

FRAUDE O TERGIVERSACIÓN

Se prohíben las declaraciones fraudulentas y/o la tergiversación intencional en los formularios de solicitud, los reclamos, las Tarjetas de Identificación u otras identificaciones para obtener servicios o un nivel más alto de beneficios. Esto incluye, pero no se limita a, la fabricación y/o alteración de una solicitud, Tarjeta de Identificación u otra identificación. La tergiversación en todos los soportes (papel o electrónico) puede invalidar cualquier pago o reclamación de servicios y ser motivo de rescisión de la cobertura. Esto incluye los actos fraudulentos para obtener servicios médicos y/o Medicamentos Recetados.

El uso no autorizado de Su Tarjeta de Identificación, por parte de Usted o de una persona no autorizada, o si Usted utiliza de forma fraudulenta la Tarjeta de Identificación de otra persona cubierta, incluyendo, pero no limitándose al uso de la tarjeta antes de que la cobertura esté en vigor 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 terminación de la cobertura.

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 reclamaciones. 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), la

Clasificación Internacional de Diagnósticos (CIE), el Sistema de Codificación de Procedimientos Médicos Comunes (HCPCS) 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 harán 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 correctas, incluyendo, pero sin limitarse a, las Directrices de Facturación y/o Reembolso de Proveedores de los CMS, las directrices de la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (NCCI), el Archivo de Valor Relativo del Programa de Tarifas para Médicos (PFS) de los CMS, y otras directrices de aceptación o cobertura federales/clínicas publicadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN), y/o la Biblioteca Nacional de Medicina-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

Los beneficios bajo este Certificado para Miembros de 65 años o más, o Miembros que de otra

manera son 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 sumas pagaderas por Medicare por los servicios prestados a los Miembros serán reembolsadas por o en nombre de los Miembros a Nosotros, en la medida en que Alliant haya realizado el pago de dichos servicios.

Este plan no es una póliza suplementaria de Medicare.

EXÁMENES FÍSICOS

Si Usted ha presentado un reclamo y necesitamos más información sobre Su salud, Nosotros podemos exigirle que se someta a un examen físico. Nosotros pagaremos el costo 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 al plan que necesiten ayuda para coordinar los servicios de atención médica y/o acceder a los recursos. Las enfermeras tituladas, los farmacéuticos y los trabajadores sociales, denominados gestores de atención ayudan a los Miembros con las necesidades que abarcan los servicios conductuales y la comunidad médica. Si Usted 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 de Miocardio
- 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 gestionar 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:

- Usted esta pasando por un trasplante
- Usted ha tenido múltiples hospitalizaciones
- A Usted le han dicho que Usted está embarazada y que tiene un alto riesgo
- Usted tiene una enfermedad mental grave y persistente

Contactar al servicio de 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 prestados por un Proveedor Dentro de la Red, los reclamos serán presentados por dicho Proveedor. Usted no es responsable de presentar reclamos cuando los servicios son prestados por un Proveedor Dentro de la Red.

El Miembro deberá realizar el pago a un Médico o Proveedor que preste servicios en virtud de este Contrato sólo para cumplir con los requisitos de Copagos, Deducibles y desembolsos que se indican en el **Resumen de Beneficios y Cobertura**. El Miembro está autorizado a realizar los pagos directamente al Proveedor de Servicios Cubiertos.

Cada persona inscrita a través del plan recibe una Tarjeta de Identificación. Cuando sea admitido en un Hospital Dentro de la Red de Alliant, presente su Tarjeta de Identificación. Al ser dado de alta, sólo se le facturarán a Usted los cargos no cubiertos por Su plan. El Hospital nos facturará a Nosotros directamente por 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 una reclamación 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. Guarde 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) 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 reclamaciones, 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 con proveedores y vendedores y subcontratistas. Nosotros podemos llegar a un acuerdo o compromiso con respecto al cumplimiento de estos contratos y Nosotros podemos retener cualquier recuperación realizada de un proveedor, vendedor o subcontratista como resultado 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 perseguir, cuándo incurrir en costos y gastos y liquidar o comprometer los montos de recuperación. Nosotros no buscaremos recuperaciones por pagos en exceso si el costo del cobro excede el monto del pago en exceso. Es posible que Nosotros no le proporcionemos una notificación sobre los pagos en exceso realizados por Nosotros o por Usted si el método de recuperación hace que dicha notificación sea administrativamente onerosa.

Si Usted o Sus Dependes Cubiertos tienen una reclamación por daños o un derecho a reembolso de un tercero o de terceros por cualquier condición, enfermedad o lesión por la cual se pagan beneficios bajo este plan, Nosotros tendremos un derecho de recuperación. Nuestro derecho de recuperación se limitará a la cantidad de los beneficios pagados por los gastos médicos cubiertos bajo este plan, pero no incluirá artículos no médicos. Nuestro derecho de recuperación incluirá 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.

Siempre que el pago se haya realizado por error, Nosotros tendremos derecho a recuperar dicho pago de Usted o, en Su caso, del Proveedor. En caso de que Nosotros recuperemos un pago realizado por error del Proveedor, excepto en casos de fraude, solo recuperaremos dicho pago del Proveedor durante los 12 meses posteriores a la fecha en que Nosotros realizamos el pago en un reclamo presentado por el Proveedor. Nos reservamos el derecho de deducir o compensar cualquier monto pagado por error de cualquier reclamo pendiente o futuro. El monto del costo compartido que se muestra en su Certificado de Cobertura es la determinación final y Usted no recibirá notificación de un monto del costo compartido 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 la reclamación. Si es el Proveedor quien presenta el reclamo, Nosotros le pagaremos al Proveedor. Si es usted quien presenta la reclamación, 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.

Toda la 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 de CMS y NCQA (National Committee for Quality

Assurance) 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 bajo los términos de su póliza, Alliant Health Plans toma medidas para educar al Miembro con respecto a otros recursos disponibles, ya sea cubierto por el plan o no. Estos recursos se enumeran en el sitio web de Alliant Health Plans.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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>.

ASISTENCIA CON EL IDIOMA

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 866-403-2785-1 (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 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

¿Cuándo terminará mi Membresía con Alliant?

Alliant Health Plans renovará o continuará Su cobertura si desea seguir inscrito. La Ley de Cuidado de Salud Asequible preserva los requisitos existentes bajo HIPAA que requieren que las aseguradoras renueven la cobertura sobre una base garantizada con algunas excepciones, como la falta de pago de las primas y el fraude, entre otros, que se explican a continuación.

TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS Y DE LA COBERTURA

La fecha de terminación de Su cobertura es el último día que Usted está cubierto con Alliant (por ejemplo, si Su fecha de terminación es el 30 de junio de 2020, Su último minuto de cobertura fue a las 11:59 p.m. hora del este del 30 de junio de 2020). Si Su cobertura termina por cualquier razón, Usted debe pagar todas las cantidades pagaderas y adeudadas relacionadas con Su cobertura con Alliant, incluyendo las Primas, para el período anterior a Su fecha de terminación.

A excepción en el caso de fraude o engaño en el uso de los servicios o instalaciones, Alliant le devolverá a Usted en un plazo de 30 días el importe de las Primas pagadas a Alliant que corresponda a cualquier período no vencido por el que se hubiera recibido el pago, junto con los importes debidos por los reclamos, si las hubiera, menos la cantidad debidos a Alliant.

Su membresía con Alliant terminará si Usted:

- Ya No Cumple con los Requisitos de Elegibilidad:
 - Usted ya no cumple con la edad u otros requisitos de elegibilidad para la cobertura de este plan según lo requerido por Alliant o el Mercado.
 - Usted ya no vive en el Área de Servicio de Alliant para este producto. El Mercado y/o Alliant le enviarán a Usted una notificación de cualquier determinación de elegibilidad. Alliant le enviará a Usted una notificación cuando sepa que se ha mudado fuera del Área de Servicio. La cobertura terminará a la medianoche del último día del mes siguiente al mes en que se le envíe cualquiera de estas notificaciones, a menos que solicite una fecha de terminación efectiva más temprana.
 - En el caso de los dependientes, al cumplir los 26 años, Su cobertura terminará al final del año civil en el que cumpla los 26 años.
- Solicitud de Desafiliación: Usted decide terminar su membresía y darse de baja de Alliant notificando a Alliant si Usted compró directamente a Nosotros o al Mercado si Usted compró en el Mercado de Seguros Médicos. Su membresía terminará a la medianoche del día 14 después de la fecha de Su solicitud o en una fecha posterior si lo solicita. Alliant puede, a su discreción, acomodar una solicitud para terminar Su membresía en menos de 14 días, pero no acomodará ninguna solicitud para terminar la membresía antes de la fecha de Su solicitud.
- Cambio de Plan de Salud: Usted decide cambiar de Alliant a otro plan de salud, ya sea durante un período anual de inscripción abierta u otro período de inscripción especial para el cual se haya determinado que es elegible de acuerdo con los procedimientos de inscripción especial o (iii) cuando usted busca inscribir a un nuevo Dependiente. Su afiliación finalizará a la medianoche del día anterior a la Fecha de Entrada en Vigor de la

cobertura a través de Su nuevo plan de salud.

- Fraude o tergiversación: Usted comete cualquier acto o práctica que constituya un fraude, o por cualquier tergiversación intencional de hechos materiales bajo los términos de Su cobertura con Alliant. Nosotros nos reservamos el derecho de rescindir Su cobertura después de que Nosotros le notifiquemos por escrito con 30 días de antelación que la cobertura será rescindida. Usted tiene derecho a apelar la rescisión. La fecha de rescisión será la fecha del fraude o de la tergiversación intencionada de un hecho material o la fecha original de Su inscripción, la que sea posterior.
- Consulte Fraude o Tergiversación en la sección Información General de este Certificado para obtener más información.
- Aceptar el Reembolso de la Prima: Usted acepta cualquier contribución o reembolso directo o indirecto por parte de un tercero o en su nombre, incluyendo, pero sin limitarse a, cualquier proveedor de servicios de salud, cualquier organización patrocinada por un proveedor de servicios de salud, cualquier compañía farmacéutica o cualquier agente de ventas o corredor por cualquier parte de la prima de la cobertura de este Certificado. Esta prohibición no se aplica a los siguientes terceros:
 - Programa Ryan White contra el VIH/SIDA en virtud del título XXVI de la Ley de Servicios de Salud Pública.
 - Tribus indias, organizaciones tribales u organizaciones urbanas indias.
 - Programas del gobierno local, estatal y federal, incluidos los beneficiarios que reciben instrucciones de los programas gubernamentales para realizar pagos en su nombre de acuerdo con la autoridad legal del programa.

Después de los primeros 24 meses de cobertura, Alliant no podrá rescindir Su cobertura debido a omisiones, tergiversaciones o inexactitudes en Su formulario de solicitud (ya sea intencional o no).

Si Alliant cancela Su membresía por causa, no se le permitirá a Usted inscribirse con Nosotros en el futuro. También Nosotros podemos denunciar el fraude criminal y otros actos ilegales a las autoridades competentes para su enjuiciamiento.

- Discontinuación: Si Alliant deja de proporcionar o gestionar la provisión de beneficios de salud para Contratos de planes de servicios de atención médica nuevos o existentes, en cuyo caso Alliant le proporcionará a Usted una notificación por escrito al menos 180 días antes de la interrupción de dichos Contratos.
- Retirada del Plan: Alliant retira este producto del mercado, en cuyo caso Alliant te avisará por escrito al menos 90 días antes de la fecha de finalización.
- Falta de Pago de las Primas: Si Usted no paga las Primas requeridas en la fecha de vencimiento, Alliant puede terminar su cobertura como se describe a continuación.

Su cobertura bajo ciertos Beneficios y Cobertura terminará si Su elegibilidad para dichos beneficios termina. Por ejemplo, un Miembro que cumpla 19 años ya no será elegible para los Servicios de Visión Pediátrica cubiertos por este Acuerdo y, como resultado, la cobertura de dicho Miembro bajo esos Beneficios y Cobertura específicos terminará en su cumpleaños 19, sin afectar el resto de este Certificado.

PAGOS DE PRIMAS Y TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO

Avisos de Primas/Cancelación por Falta de Pago de las Primas. Sus obligaciones de pago de las Primas son las siguientes:

- El pago de la Prima para el próximo mes de cobertura debe efectuarse a más tardar el primer día de ese mes. Esta es la “Fecha de Vencimiento”. Alliant le enviará a Usted una factura antes de la Fecha de Vencimiento para el próximo mes de cobertura. Si Alliant no recibe la totalidad del pago de la Prima en la Fecha de Vencimiento o antes, Alliant enviará una notificación de no recepción del pago de la Prima y de cancelación de la cobertura (la “Notificación de Retraso”) a la dirección de registro del Suscriptor. Este aviso de demora incluirá, entre otros datos, los siguientes:
 - Una declaración de que Alliant no ha recibido el pago completo de las Primas y que rescindiremos este Contrato por falta de pago si Nosotros no recibimos las Primas requeridas antes de que expire el período de gracia descrito en la Notificación de Retraso.
 - El importe de las Primas debidas.
 - La fecha y la hora específicas en las que la afiliación del Suscriptor y de cualquier Dependiente inscrito finalizará si Nosotros no recibimos las Primas requeridas.
- Se le cobrarán a Usted 30 dólares por cualquier cheque o giro no aceptado por Su institución financiera (por ejemplo, NSF)
- Si Usted ha recibido una Notificación tardía de que Su cobertura va a ser cancelada o no renovada por falta de pago de Su Prima, Alliant le dará a Usted un “período de gracia”; durante el período de gracia, Usted puede evitar la cancelación o no renovación pagando la Prima que Usted debe a Alliant. Si Usted no paga la Prima al final del período de gracia, este Contrato será cancelado. Usted seguirá siendo responsable de cualquier prima no pagada que deba a Alliant durante el período de gracia.
 - Si Usted adquirió su póliza SoloCare en el Mercado (Intercambio facilitado por el Gobierno Federal) y recibe un Crédito Fiscal Avanzado para Primas (APTC), Usted tiene un período de gracia de tres meses. Alliant retiene el pago de los Servicios Cubiertos después del primer mes del período de gracia hasta que Nosotros recibamos las Primas atrasadas. Si las Primas no se reciben en su totalidad al final del período de gracia de tres meses, el Suscriptor es responsable del pago de los Servicios Cubiertos recibidos durante el segundo y tercer mes del período de gracia.
 - Si Usted adquirió su póliza SoloCare en el Mercado (Intercambio facilitado por el Gobierno Federal) pero NO recibe un Crédito Fiscal Avanzado para la Prima (APTC), tiene un período de gracia de 31 días. Si las Primas no se pagan en su totalidad durante ese período de gracia de 31 días, la cobertura se termina a partir del último día de Su período de gracia.
 - Si Usted adquirió Su póliza SoloCare fuera del Mercado (Intercambio facilitado por el Gobierno Federal), Usted dispone de un período de gracia de 31 días. Si las primas no se pagan en su totalidad durante ese período de gracia de 31 días, la cobertura finalizará a partir del último día de Su período de gracia.

RESTABLECIMIENTO DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Cuando a Usted se le ha dado de baja por falta de pago de las primas

- Usted sólo puede inscribirse durante el período anual de Inscripción Abierta o cumpliendo los requisitos para un Período de Inscripción Especial.

Notificación de Terminación: A la terminación de este Contrato, Alliant enviará por correo una Notificación de Terminación a la dirección registrada del Suscriptor, especificando la fecha en que terminó la membresía.

Si Usted adquirió su cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos, consulte “REPORTAR CAMBIOS DE VIDA E INGRESOS AL MERCADO” al final de este documento para obtener información adicional.

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) en un plazo 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 en un plazo 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 días hábiles 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 NATURALES |
| APELACIONES PREVIAS AL SERVICIO (NIVEL I Y II) | EN UN PLAZO DE 15 DÍAS NATURALES |
| APELACIONES POSTERIORES AL SERVICIO (NIVELES I Y II) | EN UN PLAZO DE 30 DÍAS NATURALES |

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 del reclamo 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/ferpportal/#/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, Suite705
Pittsford, NY14534
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/ferpportal/#/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:

- 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
- 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,
Suite705 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.

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.

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

Specific geographic areas (such as counties) where coverage is offered.

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

Audífono: 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 médica 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 médica.

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.

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.

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 Medicamente Necesarios o no se obtuvo Autorización Previa.

Dichos gastos no son elegibles para el pago.

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:

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

- 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.

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 de familia, de medicina general,

de pediatría, de obstetricia y ginecología no especializada o de medicina interna autorizado que haya firmado 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 del 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.

Premium

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 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 DEL PACIENTE Y ATENCIÓN 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 tasa 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 vigor 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.



IMPORTANTE: La siguiente información sólo se aplica si Usted compro Su plan en el Mercado de Seguros Médicos.



REPORTAR CAMBIOS DE VIDA E INGRESOS AL MERCADO

Una vez que Usted tenga la cobertura del Mercado, Usted debe reportar ciertos cambios en su vida. Esta información puede cambiar la cobertura o los ahorros a los que Usted tiene derecho.

Importante: No comuniqué estos cambios por correo. Consulte a continuación las instrucciones sobre cómo reportar los cambios.

Cambios en la vida para reportar:
Debe reportar un cambio si Usted:

- Se casa o divorcia
- Tiene un hijo, adopta un hijo o da en adopción
- Tiene un cambio en los ingresos
- Obtiene cobertura médica a través de un trabajo o de un programa como Medicare o Medicaid
- Cambia su lugar de residencia
- Tiene un cambio en la situación de discapacidad
- Gana o pierde un Dependiente
- Queda embarazada
- Experimenta otros cambios que puedan afectar a Sus ingresos y al tamaño de su hogar
- **Otros cambios que hay que reportar:** cambio de estado de declaración de impuestos; cambio de ciudadanía o estado de inmigración; encarcelamiento o liberación de la cárcel; cambio de estado como Indio Americano/Nativo de Alaska o estado tribal; corrección del nombre, la fecha de nacimiento o el número de la Seguro Social.

Cuándo y cómo reportar los cambios:

- Usted debe comunicar estos cambios al Mercado lo más antes posible.
- Si estos cambios le dan derecho a Usted a un período de inscripción especial para cambiar de plan, en la mayoría de los casos tiene 60 días desde el acontecimiento de la vida para inscribirse en la nueva cobertura. Si los cambios le dan derecho a Usted a más o menos ahorros, es importante que haga los ajustes lo antes posible.

Importante: No comuniqué estos cambios por correo.

Usted puede reportar estos cambios de dos maneras:

- **En línea.** Acceda a su cuenta. Seleccione Su solicitud y, a continuación, seleccione "Informar un cambio de vida" en el menú de la izquierda.
- **Por teléfono.** Póngase en contacto con el Centro de Llamadas del Mercado llamando al (800) 318-2596 (TTY: (855) 889-4325)

Después de que Usted comunique un cambio al Mercado, recibirá un nuevo aviso de elegibilidad que le explicará:

- Si Usted califica para un período de inscripción especial que le permita a Usted a cambiar de plan
- Si Usted es elegible para obtener costos más bajos en función de Sus nuevos ingresos, el tamaño de Su hogar u otra información modificada. Es posible que Usted sea elegible por primera vez, para una cantidad diferente de ahorros, o para la cobertura a través de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). También podría dejar de ser elegible para los ahorros, si Sus ingresos han aumentado, por ejemplo.

Si Usted puede acogerse a un Período de Inscripción Especial:

Usted podrá buscar un plan diferente en el Mercado. Por lo general, Usted tiene hasta 60 días a partir de la fecha del evento calificado para inscribirse en un nuevo plan.

Si Usted tiene un Período de Inscripción Especial, Usted puede cambiar de plan de dos maneras:

- **En línea.** Acceda a Su cuenta y seleccione Su solicitud. A continuación, seleccione "Elegibilidad y Reclamos" en el menú de la izquierda. A continuación, desplácese hacia abajo y haga clic en el botón verde "Continuar con la inscripción". A continuación, Usted podrá buscar planes y cambiar Su selección.
- **Por teléfono.** Póngase en contacto con el Centro de Llamadas del Mercado, llamando al (800) 318-2596 (TTY: (855) 889-4325).

Si Usted no califica a un Período de Inscripción Especial pero el crédito fiscal al que Usted califica ha cambiado, Usted no puede cambiar de plan. Sin embargo, Usted puede optar por ajustar el importe del crédito fiscal que se aplica a Sus primas mensuales.

Cambiar la información de Su perfil:

Usted también debe comunicar los cambios que no afecten a Su cobertura o a Sus ahorros.

- Para cambiar Su dirección de domicilio, dirección de correo electrónico o número de teléfono, actualice la información en Su página de perfil del Mercado.
- Asegúrese de informar a Alliant Health Plans de los cambios de dirección, correo electrónico y teléfono. De lo contrario, es posible que Nosotros no conozcamos su nueva información de contacto. Póngase en contacto con el Servicio al Cliente llamando al (866) 403-2785.

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 vigor. 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

Salvo 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 estas 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.