Beneficios médicos

Sprout Beginnings

Trillium sprout®
Healthy KidsConnect

Un producto de Trillium Community Health Plan®

Contenido

Definiciones 1
Sin beneficio máximo vitalicio 8
Preguntas relacionadas con los beneficios y la cobertura 8
Deducible médico y gastos máximos de desembolso directo 8
Deducible médico 8
Su gasto de desembolso directo máximo 8
Resumen de gastos de desembolso directo máximo 9
Desembolso directo máximo médico 9
Desembolso directo máximo dental 9
Desembolso directo máximo de medicamentos recetados 9
Programa de beneficios 10
Servicios alternativos (acupuntura, atención quiropráctica y naturopatía) 10
Servicios de ambulancia 10
Terapia de biorretroalimentación 10
Quimioterapia 11
Beneficios dentales 11
Preventivo 11
Servicios protésicos maxilofaciales 12
Servicios de restauración, cirugía oral y endodoncia 12
Periodoncia 12
Prostodoncia (desmontable) 12
Ortodoncia 13
Programa de manejo de enfermedades 13
Equipo médico duradero, suministros y aparatos 13
Servicios de la sala de emergencia 14
Copagos de emergencia 14
Visitas al hogar o al consultorio 14
Cuidado de salud en el hogar 15
Terapia de infusión en el hogar 15
Beneficios de cuidados paliativos 17
Definiciones 17
Cuidados paliativos 17
Autorización previa de cuidados paliativos 18
Cuidado hospitalario 19
Número de días cubiertos como paciente hospitalizado 20
Pruebas previas a la admisión 20
Cuidados de hospital para pacientes hospitalizados 20
Atención ambulatoria en el hospital 20
Imágenes y servicios de diagnóstico invasivos 21
Servicios hospitalarios de rehabilitación para pacientes hospitalizados 21

Servicios de mastectomía 21
Cuidado de maternidad 22
Cuidado de la salud mental y de dependencia a sustancias químicas 22
Definiciones 22
Autorización previa 23
Cuidado infantil para recién nacidos 24
Información sobre diabetes para pacientes ambulatorios 24
Rehabilitación de pacientes ambulatorios 24
Beneficio de medicamentos recetados 25
Copagos para todos los planes 25
Servicios de cuidado preventivo 25
Exámenes físicos de rutina para adultos 25
Pruebas de detección colorectal 26
Servicios preventivos para hombres 26
Pruebas de PKU 26
Cuidado del bebé sano 27
Cuidado del niño sano 27
Inmunizaciones 27
Servicios preventivos para mujeres 27
Visitas de un proveedor profesional en el hospital 28
Atención en un centro de enfermería especializada 28
Programa para dejar de fumar 29
Atención dental especial 29
Cuidado en centros especiales 29
Patología del habla-lenguaje, audiología y servicios de aparatos de corrección auditiva 30
Servicios de la articulación temporomandibular 30
Inyecciones terapéuticas 30
Trasplantes 31
Beneficios de la vista 31
Rayos X y exámenes de laboratorio 32
Limitaciones de los beneficios 33
Reconstrucción de seno 33
Hormonas del crecimiento 33
Cuidado de salud en el hogar 34
Limitaciones en las recetas médicas para pacientes ambulatorios 35
Trasplantes 35
Definiciones para el beneficio de trasplante 35
Beneficios del centro 37
Beneficios de proveedores profesionales 37
Beneficios del costo de donante 37
Beneficios de medicamentos anti-rechazo 37
Requisito de autorización previa para trasplante 37

Procedimiento de autorización previa para trasplantes 38
Exclusiones de los beneficios 38
Cirugía cosmética/reconstructiva 38
Servicios en investigación o experimentales 38
Exclusiones generales 40
Limitaciones y exclusiones de los cuidados paliativos 43
Exclusiones de salud mental y dependencia a sustancias químicas 44
Asesoría o tratamiento en el caso de ausencia de enfermedad 44
Discapacidades del desarrollo y aprendizaje 45
Servicios de salud mental para ciertas afecciones 45
Disfunción sexual 45
Reasignación sexual 45
Exclusiones en las recetas médicas para pacientes ambulatorios 46
Proceso de quejas y apelaciones de los miembros 47
Proceso de apelación 48
Revisión externa 48
Apelación acelerada o Revisión acelerada 50
Plazos de las apelaciones y revisiones 50
Formularios de apelación (no son necesarios para presentar una apelación) 50
Otros recursos de apelaciones 50
Derechos y responsabilidades del miembro 51
Derechos de los miembros; sus derechos como miembro 51
Responsabilidades de los miembros; sus responsabilidades como miembro 52

Definiciones

Afección médica de emergencia o emergencia médica significa una afección médica con síntomas de suficiente gravedad que una persona sensible, que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, esperaría de forma razonable que no recibir atención médica de inmediato en el caso pondría en grave peligro su salud o la salud de su bebé no nacido, en el caso de una mujer embarazada.

Agencia contratada significa cualquiera de los siguientes a quienes hemos contratado para proporcionar servicios y suministros bajo este contrato: agencia de cuidado de la salud en el hogar, agencia de terapia de infusión en el hogar o plan de cuidados paliativos.

Área de servicio significa un área por estado o un área definida por región.

Atención gestionada significa Trillium Sprout Healthy KidsConnect.

Autorización previa significa una determinación de parte nuestra, antes de la provisión de servicios, que indica que brindaremos el reembolso por los servicios.

Cargo razonable o usual y acostumbrado significa:

- Usual: no más del cobro usual de un proveedor, distribuidor o vendedor por un determinado servicio o suministro; y
- Acostumbrado: un monto que entra dentro del rango de los cargos usuales por el servicio o suministro que cobran la mayoría de proveedores, distribuidores o vendedores profesionales del mismo o similar servicio o suministro en el área de servicio; o
- Razonable: un monto, determinado por nosotros, de acuerdo con nuestra base de datos exclusiva sobre los cobros de atención médica; o el uso de datos de Medicare o de farmacia, que es usual (no más del cargo normal del proveedor) y acostumbrado (cae dentro del rango de los cargos promedio por un servicio o suministro cobrado por la mayoría de proveedores o vendedores por un servicio o suministro equivalente o similar en el área de servicio).

Centro de enfermería especializada significa un centro autorizado de acuerdo con las leyes correspondientes para proporcionar cuidados para pacientes hospitalizados bajo la supervisión de un equipo médico o de un director médico. Debe proporcionar servicios de enfermería continuos las 24 horas del día y estar supervisados por enfermeras registradas.

Coaseguro significa el monto de los cargos que debe pagar por un reclamo, es decir, la porción del reclamo que usted paga después de que nosotros paguemos el monto máximo por ese beneficio.

Copago significa un monto fijo que usted paga por los servicios médicos cubiertos.

Cosmético significa servicios y suministros que se aplican a las estructuras normales del cuerpo principalmente con los propósitos de mejorar o cambiar la apariencia o mejora la autoestima.

Cuándo finaliza la cobertura es cuando usted:

- Cumple 19 años de edad (excepto según se contempla bajo portabilidad).
- Se vuelve elegible o recibe el derecho a Medicare.
- Se vuelve elegible para Medicaid/Oregon Health Plan (OHP).
- No pagó sus primas.
- Se mudó fuera del estado.
- Se mudó fuera del área de servicio.
- Por otra parte, no cumplió con los requisitos de elegibilidad de Trillium Sprout Healthy KidsConnect.

Cuándo inicia la cobertura significa:

- El primer día del mes después de que recibimos sus materiales de inscripción completos de Trillium Sprout Healthy KidsConnect.
- A partir del nacimiento o colocación para adopción, en los casos de un recién nacido o menor adoptado inscrito de acuerdo con los requisitos de Trillium Sprout Healthy KidsConnect.

Cuidado de la salud en el hogar significa los servicios y suministros que una agencia autorizada de cuidado de salud en el hogar brinda a un paciente confinado en el hogar.

Cuidado diurno/hospitalización parcial/residencial significa la atención en un centro residencial, hospital u otra institución que proporciona un programa organizado de tratamiento de medio día o del día completo y que está autorizado o aprobado para el nivel particular de cuidado para el cual se busca el reembolso de parte de la División de abuso de drogas y alcohol del estad de Oregon (o las agencias equivalentes, si los servicios se proporcionan fuera de Oregon).

Cuidados paliativos significa un programa diseñado para proporcionar comodidad y servicios de apoyo a pacientes con enfermedades terminales y a sus familias.

Dentro de la red significa solamente los servicios cubiertos que usted recibe de proveedores de la red.

Desembolso directo máximo significa el monto máximo en el que usted incurrirá en un año calendario antes de que el plan comience a pagar el 100% por los gastos médicos elegibles.

Elegibilidad significa los requisitos que usted debe cumplir para calificar para y permanecer en Trillium Sprout Healthy KidsConnect. Consulte la sección **Cuando inicia la cobertura** y **Cuando finaliza la cobertura**.

Emergencia médica significa una lesión o enfermedad inesperada y repentina, que requiere de atención inmediata.

Enfermedad significa una enfermedad física o enfermedad mental. Enfermedad física es una afección o trastorno corporal. Enfermedad mental es un diagnóstico del Axis (Eje) 1 que se menciona en la más reciente edición del Manual estadístico y de diagnóstico de trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, excepto aquellas que se excluyen específicamente en la subsección de **Exclusiones generales** en la sección de **Exclusiones de los beneficios**.

Equipo médico duradero significa un artículo que puede resistir un uso repetido, que se utiliza principalmente para servir un propósito médico, por lo general no es útil para una persona que no padezca de una enfermedad o lesión y es apropiado para usarlo en el hogar. Los ejemplos incluyen equipo para oxígeno y sillas de ruedas.

Examen médico de detección, de emergencias significa el historial médico, exámenes, pruebas auxiliares y determinaciones médicas necesarias para constatar la naturaleza y magnitud de una afección médica de emergencia.

Exclusiones significa condiciones o circunstancias específicas, mencionadas en este plan, por las cuales no pagamos beneficios. Es posible que apliquen exclusiones a los servicios que son médicamente necesarios.

Farmacéutico significa una persona individual autorizada para distribuir medicamentos recetados y asesorar a un paciente sobre la forma en que funciona el medicamento y sus posibles efectos adversos.

Farmacia significa cualquier tienda de distribución autorizada en la cual por lo regular se mezclan y distribuyen los medicamentos recetados.

Farmacia de la red significa una farmacia que tiene un contrato con nosotros para presentar reclamos electrónicamente y otorgar descuento en todos los medicamentos recetados.

Fuera de la red significa servicios cubiertos que usted recibe de proveedores que no tienen un contrato con nosotros para servir a Trillium Sprout Healthy KidsConnect.

Gastos cubiertos significa los montos que este plan paga por los servicios cubiertos.

Hospital significa un centro que provee servicios de diagnóstico y tratamiento para el cuidado médico y quirúrgico como pacientes hospitalizados de personas que están lesionadas o enfermas. Debe estar autorizado de acuerdo con las leyes correspondientes como un hospital general. Sus servicios deben estar bajo la supervisión de un equipo de médicos y deben incluir servicios de enfermería las 24 horas del día por parte de enfermeras registradas. Los centros que son principalmente para descanso, para personas de edad avanzada o que son hogares de convalecencia no se consideran hospitales y tampoco los centros que operados por el estado o el gobierno federal.

Lesión significa una lesión corporal a su persona, causada directa e independientemente de todas las demás causas por medios externos, violentos y accidentales.

Médicamente necesario o **necesidad médica** significa servicios o suministros de cuidado de la salud que un proveedor de cuidado de la salud, en ejercicio de un juicio clínico prudente, le brindaría a usted con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión, o sus síntomas y que cumplen con lo siguiente:

- Están en conformidad con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica;
- Son clínicamente apropiados, en términos del tipo, frecuencia, magnitud, lugar y duración, y que se consideran efectivos para su enfermedad o lesión;
- No son principalmente para su conveniencia, la de su médico u otro proveedor de cuidado de la salud; y
- No son más costosos que un servicio o secuencia de servicios alternativos, o es probable que proporcionen resultados de diagnóstico o terapéuticos equivalentes con relación al diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión.

Para estos propósitos, **estándares generalmente aceptados de la práctica médica** significa los estándares que se basan en evidencia científica creíble publicada en literatura médica revisada por colegas y que generalmente es reconocida por la comunidad médica correspondiente, recomendaciones de la sociedad médica especializada, opiniones de proveedores de cuidado de la salud que practican en las áreas clínicas correspondientes y cualquier otro factor relevante.

Medicamento compuesto significa dos o más medicamentos que un farmacéutico mezcla. Para que estén cubiertos, los medicamentos compuestos deben incluir, en una cantidad terapéutica, ya sea un medicamento con advertencia federal o un medicamento restringido por el estado. Los montos del copago se evalúan en cada reclamo de medicamento recetado que esté cubierto.

Medicamento de marca significa medicamentos recetados que tienen una patente y se comercializan y venden solamente a través de una fuente o que se mencionan en referencias ampliamente aceptadas como medicamentos de marca con base en el fabricante y el precio.

Medicamento genérico significa un medicamento recetado que es un medicamento equivalente al medicamento de marca, se comercializa y vende a través de más de una fuente y se menciona en referencias ampliamente aceptadas como un medicamento genérico con base en el fabricante y el precio. Medicamento equivalente significa que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) garantiza que el genérico tiene la misma efectividad que el medicamento de marca.

Medicamento recetado significa medicamentos y productos biológicos que se relacionan directamente con el tratamiento de una enfermedad o lesión y que se pueden distribuir legalmente solamente con una orden de receta médica. Por ley, deben llevar la siguiente leyenda: Caution - federal law prohibits dispensing without prescription (Precaución: la ley federal prohíbe su distribución sin receta médica). Para fines del beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, los medicamentos recetados también incluyen suministros e insulina cubierta para diabéticos, medicamentos autoinyectables y medicamentos compuestos (mezclados). Requerimos una orden de receta médica para la insulina y suministros para personas diabéticas.

Medicamentos autoinyectables significa medicamentos recetados, inyectables, para pacientes ambulatorios que se pretende que sean de autoadministración y que estén aprobados por nosotros para su autoinyección.

Nosotros, nos o **nuestro** se refiere a su compañía aseguradora Trillium Community Health Plan.

Obesidad significa una condición en la cual una persona tiene un índice de masa corporal de al menos 30.0 kg/m^2 pero menos de 40.0 kg/m^2.

Orden de receta médica significa una receta médica escrita o una solicitud verbal para los medicamentos recetados emitida por un proveedor profesional que está autorizado para recetar medicamentos.

Plan significa nuestro **Plan de beneficios médicos Trillium Sprout Healthy KidsConnect, Plan de beneficios dentales, Plan de beneficios de la vista** y procedimientos administrativos (como procedimientos para la presentación de reclamos, quejas, apelaciones, revisión externa, coordinación de los beneficios y responsabilidad de terceros), todos según se describe en nuestro manual para miembros.

Proveedor contratado de equipo médico duradero significa un proveedor de equipo médico duradero que se ha contratado para proporcionarle servicios y suministros bajo este plan.

Proveedor de la red significa un proveedor que tiene un contrato con nosotros para atender al Programa.

Proveedor o **proveedor de atención médica** significa un proveedor profesional o un programa, proveedor, agencia o institución que proporciona servicios o suministros para el cuidado de la salud.

Proveedor profesional significa cualquiera de los siguientes, para servicios médicamente necesarios, que estén dentro del alcance del registro o licencia estatal del proveedor profesional:

- Un médico (doctor en medicina u osteopatía);
- Podólogo;
- Dentista (doctor en odontología médica, doctor en cirugía dental o técnico dental);
- Farmacéutico;
- Psicólogo;
- Trabajador social clínico autorizado en Oregon;
- Enfermera profesional certificada con práctica médica;
- Una enfermera registrada o enfermera certificada, pero solamente para los servicios que se prestan al momento de una remisión escrita de un doctor en medicina u osteopatía, y solamente para aquellos servicios para los cuales las enfermeras por lo general le cobran a un paciente;
- Médico asistente; o
- Terapeuta físico, ocupacional, del habla o audiológico certificado.

El término **proveedor profesional** no incluye ninguna otra clase de proveedor que no se haya mencionado anteriormente y no se pagará ningún beneficio médico del plan por sus servicios. Para ciertos proveedores, la cobertura puede existir de acuerdo con los **Beneficios dentales** o **Beneficios de la vista** del plan.

Reclamo significa una solicitud de pago bajo los términos de este plan.

Reconstructivo significa servicios, procedimientos y cirugía realizados sobre estructuras anormales del cuerpo, causadas por defectos congénitos, anormalidades del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedad. Por lo general se realiza para mejorar la función, pero también se puede realizar para aproximarse a la apariencia normal.

Servicios significa diagnóstico, tratamientos, procedimientos, equipo, medicamentos o dispositivos para el cuidado de la salud. Los servicios incluyen suministros para apoyar un servicio.

Servicios de emergencia significa aquellos artículos y servicios de cuidado de la salud que se proporcionan en un departamento de emergencias y todos los servicios auxiliares que están disponibles de forma rutinaria para un departamento de emergencias en la medida en que se necesiten para estabilizar su condición.

Suministros significan bienes de consumo para apoyar los servicios de cuidado de la salud.

Temporada de la enfermedad significa la duración de una enfermedad en particular que dura un período de días consecutivos que inician con el primer día que no es parte de una enfermedad anterior en el cual se le admite en un hospital y que finaliza al cierre del primer período de 60 días a partir de entonces, durante el cual no ha sido un paciente hospitalizado ni ha estado confinado en ningún otro tipo de centro.

Trasplante significa un procedimiento o una serie de procedimientos por medio de los cuales un órgano o tejido: se retira del cuerpo de una persona (llamada un donante) y se implanta en el cuerpo de otra persona (llamada el receptor) o se retira de y se reemplaza en el cuerpo de la misma persona (llamada un autodonante). En el tratamiento del cáncer, el término trasplante incluye cualquier quimioterapia y curso de tratamiento relacionado que apoya el trasplante.

Trillium Sprout Healthy KidsConnect significa el plan Trillium Sprout Healthy KidsConnect de Trillium Community Health Plan, UO Riverfront Research Park, 1800 Millrace Drive, Eugene, OR 97403. Local 541-431-1990, llamada gratuita 1-877-401-KIDZ, TTY 1-866-279-9750.

Usted o **su** significa la persona inscrita en Trillium Sprout Healthy KidsConnect.

Sin beneficio máximo vitalicio

Este plan no tiene un beneficio médico máximo vitalicio.

Preguntas relacionadas con los beneficios y la cobertura

Este plan contiene información sobre los beneficios específicos del plan Trillium Sprout Healthy KidsConnect. Asegúrese de leer cuidadosamente los términos, condiciones, estipulaciones, limitaciones y exclusiones de este plan.

Deducible médico y gastos máximos de desembolso directo

Deducible médico

- **$1,000** deducible médico por año calendario.

Sus gastos de desembolso directo máximo

El desembolso directo es **$6,000** incluyendo el deducible. El gasto máximo de desembolso directo es el monto máximo establecido en el que usted incurrirá en un año calendario, a partir de enero, antes de que comencemos a pagar el 100% por los gastos médicos cubiertos dentro de la red.

No existe un desembolso directo máximo para los servicios que no pertenezcan a la red. Los gastos fuera de la red no cuentan hacia su total máximo de desembolso directo. Consulte **Resumen de gastos de desembolso directo máximo**.

Usted es responsable del monto del coaseguro o copago de cada servicio médico cubierto incluido dentro del siguiente **Programa de beneficios** hasta que sus gastos médicos de desembolso directo, cubiertos, lleguen a su monto máximo de desembolso directo. El monto médico máximo de desembolso directo se acumula en base a sus propios gastos cubiertos.

Resumen de gastos de desembolso directo máximo

Desembolso directo máximo médico

- **$6,000** por miembro, incluye el deducible

Desembolso directo máximo dental

- $200 para las familias con 1 hijo
- $400 para las familias con 2 hijos o más

El gasto máximo de desembolso directo solamente aplica cuando utiliza proveedores que pertenecen a la red.

Desembolso directo máximo de medicamentos recetados

- Ilimitado

Programa de beneficios

Para recibir los beneficios, debe estar inscrito con nosotros. A continuación se mencionan sus beneficios médicos, las exclusiones que aplican a beneficios específicos, montos de coaseguro y de copago y gastos de desembolso directo.

Servicios alternativos (acupuntura, atención quiropráctica y naturopatía)

La terapia de acupuntura, cuidado recibido de parte de quiroprácticos y la naturopatía pueden ser aprobados como servicios dentro del alcance de la licencia del proveedor. Los proveedores elegibles de acupuntura son doctores en medicina u osteopatía o acupunturistas registrados.

Los montos de coaseguro por los que usted es responsable aplican hacia el monto máximo anual de desembolso directo.

Exclusiones: Los suplementos nutricionales no están cubiertos. Los diagnósticos que se consideren exclusiones del plan como la obesidad y programas para dejar de fumar, no son elegibles para la cobertura.

20% después del deducible

Servicios de ambulancia

Cubrimos los servicios de ambulancia que sean médicamente necesarios, incluyendo el transporte terrestre local por parte de una ambulancia certificada por el estado para el transporte al hospital más cercano que tenga las instalaciones para brindar los servicios necesarios. El transporte de ambulancia aérea certificada estará cubierto si es médicamente necesario.

20% después del deducible

Terapia de biorretroalimentación

Los gastos cubiertos para los servicios de terapia de biorretroalimentación están limitados al tratamiento de dolores de cabeza por migraña o tensión.

20% después del deducible

Quimioterapia

Los gastos cubiertos incluyen terapia de radio, radioisótopo y rayos X; simulación y planificación del tratamiento; servicios profesionales para la administración y supervisión, así como tratamientos incluyendo los cargos por el equipo, centro y terapeuta.

20% después del deducible

Beneficios dentales

Capitol Dental Care, Inc. es su plan dental. Su número para llamada gratuita es 1-800-525-6800, ext. 310 o ext. 315. Puede comunicarse con ellos para averiguar los nombres y números de teléfono de los dentistas que están disponibles para recibir nuevos pacientes en nuestra área. También pueden responder a cualquier pregunta que pueda tener sobre la cobertura dental de Trillium Sprout Healthy KidsConnect.

Los servicios están cubiertos únicamente cuando se obtienen de proveedores que pertenecen a la red, excepto en emergencias o cuando el plan participante proporcione una autorización previa para alguien que no pertenece a la red. En estas circunstancias, se aplicaría un copago o coaseguro normal.

- $1,000
- Deducible dental del año calendario: ninguno
- Desembolso directo máximo dental para familias con 1 hijo: $200*
- Desembolso directo máximo dental para familias con 2 hijos o más: $400*

*Éste es el monto máximo que usted pagará por los beneficios dentales cubiertos por familia cada año calendario, antes de que su plan comience a pagar el 100% de los servicios cubiertos.

Preventivo

- Exámenes: $0
- Rayos X: $0
- Limpiezas: $0
- Tratamiento con flúor: $0
- Selladores: $0

Servicios protésicos maxilofaciales

Nosotros cubriremos los servicios que se consideren necesarios para un tratamiento complementario para la restauración y manejo de estructuras faciales y de la cabeza que no se pueden reemplazar con tejido vivo y que están defectuosas debido a una enfermedad, trauma o nacimiento, así como deformidades de nacimiento, cuando dicha restauración y manejo se realizan con el propósito de:

- Controlar o eliminar una infección;
- Controlar o eliminar dolor; o
- Restaurar la configuración o funciones faciales como el habla, tragar o masticar pero no incluye procedimientos cosméticos que se brindan para mejorar el rango normal de las afecciones.

  Dentro de la red: $10/Fuera de la red: no está cubierto

Servicios de restauración, cirugía oral y endodoncia

- Amalgamas: $10
- Restauraciones de resina compuesta: $10
- Extracciones: $10
- Tratamiento del conducto radicular: $10
- Extracciones quirúrgicas: $10
- Coronas: $30 por corona

Periodoncia

- Mantenimiento periodontal y de espacios: $10
- Estabilización de la salud periodontal: $10

Prostodoncia (desmontable)

- Dentaduras postizas completas o parciales: $30
- Reparación a dentaduras postizas completas o parciales: $15
- Procedimiento de rebase y revestimiento de dentaduras postizas: $15

Ortodoncia

- Cubierto para pacientes que tienen un diagnóstico de paladar hendido con labio leporino: $30

Programa de manejo de enfermedades

Si se le ha diagnosticado una condición de enfermedad crónica específica, podemos proporcionarle programas de manejo de enfermedades. Aquellas personas que sean elegibles para el manejo de enfermedades se identifican usando una combinación de métodos, y remisión, o se puede autoinscribir. El programa trata el asma, diabetes, sobrepeso u obesidad, maternidad de alto riesgo y dejar de fumar.

Equipo médico duradero, suministros y aparatos

Cubrimos los siguientes suministros y aparatos médicamente necesarios cuando los requieren las prácticas estándar de tratamiento para el tratamiento de una enfermedad o lesión:

- Sangre o plasma sanguíneo
- Yesos, bragueros, soportes ortopédicos para espalda o extremidades y muletas
- Colostomía
- Suministros para mastectomía
- Fórmulas para PKU médicamente necesarias
- Fórmula enteral elemental, sin receta médica, para uso en el hogar cuando lo ordene su médico autorizado, siempre y cuando:
- La fórmula sea médicamente necesaria para el tratamiento de mala absorción intestinal severa; y
- La fórmula incluye la única fuente o una fuente esencial de su nutrición.
- Los suministros nutricionales y equipo de evaluación médica necesarios para diagnosticar, supervisar y controlar los trastornos metabólicos congénitos
- Un lente de contacto para cada ojo luego de una cirugía de catarata
- Aparatos protésicos, extremidades artificiales, ojos artificiales y dispositivos ortopédicos

- Dispositivos protésicos maxilofaciales que sean médicamente necesarios para la restauración y manejo de las estructuras faciales y de la cabeza que no se pueden reemplazar por medio de tejido vivo, están defectuosas debido a una enfermedad, trauma o deformidad del desarrollo, para controlar o eliminar una infección y dolor y restaurar la configuración y función facial

- Renta (que no debe exceder del precio razonable de compra si el artículo se puede comprar) de una silla de ruedas, cama de tipo hospital, oxígeno u otro equipo médico duradero especializado para el tratamiento o cuidado médico

El equipo médico duradero cubierto debe ser médicamente necesario y no puede servir únicamente como un artículo de conveniencia o comodidad. Los siguientes artículos no son equipo médico duradero y, por lo tanto, no están cubiertos: equipo de lujo con características mecánicas o eléctricas como sillas de ruedas y elevadores de sillas motorizados; controles ambientales o mejoras ambientales como equipo de aire acondicionados, humidificadores, filtros de aire y bombas portátiles para hidromasaje.

Pagamos los beneficios cubiertos a los cargos usuales y acostumbrados y razonables.

20% después del deducible

Servicios de la sala de emergencia

Si recibe servicios para una condición médica de emergencia, usted es responsable del copago de la sala de emergencia. Si se le admite en un hospital como paciente hospitalizado mientras busca los servicios de la sala de emergencia, se le puede exonerar el copago. Su copago de la sala de emergencia no aplica a su máximo de desembolso directo.

Cubriremos los servicios de emergencia de un proveedor que no pertenezca a la red si una persona que no es un profesional en la materia y que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, consideraría de forma razonable que el tiempo requerido para llegar a un proveedor que pertenezca a la red pondría en grave peligro su salud o la salud de su bebé no nacido, en el caso de una mujer embarazada.

Copagos de emergencia

20% después del deducible

Visitas al hogar o al consultorio

Una visita significa que un proveedor profesional en efecto lo examinó. Los gastos cubiertos incluyen consultas al médico además de consultas para una segunda opinión en el caso de cirugías.

20% después del deducible

Cuidado de salud en el hogar

Cubrimos hasta 60 visitas intermitentes de cuidado de salud en el hogar que sean médicamente necesarias, por año calendario. Una visita debe ser para cuidados intermitentes de no más de dos horas de duración. Un médico debe ordenar los servicios de cuidado de salud en el hogar. Los proveedores que prestan cuidado de salud en el hogar deben ser enfermeras certificadas o enfermeras registradas; terapeutas respiratorios, del habla, ocupacionales o físicos; o trabajadores sociales autorizados.

Este beneficio de cuidado de salud en el hogar excluye los servicios de cuidado en el hogar que se proporcionan como parte de un plan de cuidados paliativos.

- **Visitas máximas.** Hay un máximo de dos visitas permitidas en un día para los servicios de una enfermera certificada o una enfermera registrada. La cantidad de visitas máximas permitidas para cada otra clasificación del proveedor de cuidado de la salud en el hogar es de una visita por día.
- **Autorización previa.** Se requiere de una autorización previa para el cuidado de salud en el hogar.

Los gastos cubiertos para el cuidado de salud en el hogar excluyen:

- Más de una visita para el mismo tipo de rehabilitación en un día;
- La atención de rehabilitación que se proporciona en su hogar y que está cubierta por el beneficio de cuidado de rehabilitación para pacientes ambulatorios o pacientes hospitalizados;
- Terapia educativa o recreativa;
- Autoayuda o capacitación; o
- Tratamiento de condiciones psicóticas o psiconeuróticas.

20% después del deducible

Terapia de infusión en el hogar

Cubrimos los servicios y suministros de la terapia de infusión en el hogar según se describe en esta sección y que un médico ordene y determine que sean médicamente necesarios, que proporcione una agencia acreditada de terapia de infusión en el hogar y que el régimen de terapia requiera.

Servicios limitados. La terapia de infusión en el hogar está limitada a lo siguiente:

- Pentamidina en aerosol;
- Administración de productos derivados de la sangre;

- Nutrición enteral (bajo ciertas circunstancias);
- Terapia de hidratación;
- Terapia de medicación intravenosa;
- Manejo intravenoso/subcutáneo del dolor;
- Terapia de manejo de bombas SynchroMed;
- Terapia de infusión de terbutalina; o
- Nutrición parenteral total.

Los gastos cubiertos incluyen solamente los siguientes servicios y suministros médicamente necesarios:

- Suministros médicos auxiliares;
- Recopilación, análisis y presentación de informes de los resultados de los servicios de pruebas de laboratorio, necesarios para controlar la respuesta a la terapia;
- Equipo médico duradero;
- Servicios de enfermería asociados con:
    - Terapia administrativa;
    - Atención de emergencia;
    - Capacitación para el paciente o cuidador alternativo;
    - Visitas necesarias para supervisar el régimen de terapia intravenosa.
- Servicios de distribución y composición de farmacia; y
- Soluciones, medicamentos y aditivos farmacéuticos.

Pídale a su médico que se comunique con nuestro Departamento de Manejo de Casos para que le den la autorización previa antes de recibir dicho cuidado.

20% después del deducible

Beneficios de cuidados paliativos

Definiciones

Las siguientes definiciones aplican únicamente a esta sección de cuidados paliativos:

- Un programa de cuidados paliativos aprobado es una agencia u organización de cuidados paliativos, pública o privada, aprobada por Medicare o acreditada por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales (Joint Commission on Accreditation of Hospitals).
- Confinado en el hogar significa que su condición es tal que existe una incapacidad normal para salir de su casa. En el caso que sí salga, las ausencias deben ser poco frecuentes o de corta duración y principalmente para recibir servicios médicos.
- El asistente de cuidado de salud en el hogar es un empleado de una agencia de cuidados paliativos aprobada que proporciona atención intermitente bajo la supervisión de una enfermera registrada, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla.
- El plan de tratamiento de cuidados paliativos es un plan escrito de cuidado, establecido y revisado periódicamente por su médico residente. El médico debe certificar en el plan que usted padece de una enfermedad terminal. El plan debe describir los servicios y suministros para los cuidados paliativos o médicamente necesarios para que los proporcione la agencia de cuidados paliativos aprobada.
- Los cuidados paliativos son los cuidados que son principalmente para el alivio o control de síntomas dolorosos, no para curar.
- Que padece una enfermedad terminal significa que su afección ha llegado a un punto en el que ya no se puede esperar una recuperación y que usted enfrenta una muerte inminente.

Cuidados paliativos

Cubrimos los cuidados paliativos que se describen en esta sección cuando los proporciona Medicare o un proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare o por el estado. Un programa de cuidados paliativos es un programa coordinado para recibir cuidado como paciente ambulatorio o en el hogar, que está disponible las 24 horas del día. Utiliza un equipo interdisciplinario de personal para proporcionar los servicios paliativos y de apoyo a una unidad paciente-familia que experimenta una enfermedad que pone en riesgo la vida con un pronóstico limitado. Los servicios incluyen cuidados intensivos, cuidado temporal de reemplazo y cuidados en el hogar para cubrir las necesidades físicas, psicológicas y especiales de una unidad paciente-familia durante las etapas finales de la enfermedad y la muerte.

Cuidados paliativos significa los servicios médicos que son proporcionados por un programa de cuidados paliativos y que alivian los síntomas o que proporcionan alivio temporal del dolor pero que no tienen la intención de dar una cura. Si usted elige cuidados paliativos, entonces no es elegible para ningún otro beneficio para el tratamiento activo de la enfermedad terminal.

Para poder calificar para los cuidados paliativos, su médico debe certificar que usted padece una enfermedad terminal con una expectativa de vida de seis meses o menos si la enfermedad toma su curso normal.

- Los beneficios de cuidados paliativos están limitados a los siguientes niveles de cuidado:
    - Cuidado de rutina en el hogar;
    - Cuidado continuo en el hogar;
    - Cuidado temporal de reemplazo para pacientes hospitalizados; y
    - Cuidados paliativos para pacientes hospitalizados.

Adicionalmente, los gastos cubiertos para los cuidados paliativos incluyen lo siguiente cuando se proporcionan bajo cualquiera de los niveles de cuidado que se mencionan en la sección anterior:

- Equipo médico duradero;
- Medicamentos, incluyendo terapia de infusión;
- Cuidado de parte de una persona inscrita en el equipo interdisciplinario de cuidados paliativos; y
- Cualquier otro suministro requerido para los cuidados paliativos.

Si usted decide descontinuar los cuidados paliativos antes de que se haya agotado este beneficio, usted perderá el derecho a cualquier beneficio restante de cuidados paliativos y nosotros no estaremos obligados a pagar por ningún otro servicio de cuidados paliativos para usted.

Autorización previa de cuidados paliativos

Si un centro que no sea un centro contratado proporciona los cuidados paliativos, usted debe comunicarse a nuestro departamento de manejo de casos antes de recibir dichos cuidados. Si un proveedor que no ha sido contratado por nosotros le brinda los cuidados paliativos, le solicitamos encarecidamente que le pida a su proveedor que se comunique con nuestro Departamento de autorizaciones previas antes de recibir dichos cuidados para evitar una denegación o reducción de los beneficios debido a una falta de necesidad médica.

20% después del deducible

Cuidado hospitalario

Nosotros pagamos los servicios que se proporcionan en un hospital. Un médico debe autorizar la hospitalización y debe ser médicamente necesaria para recibir los servicios y cuidado intensivo para la lesión o enfermedad. Todas las decisiones clínicas con respecto a la duración de la estadía en un centro de cuidado de la salud, la transferencia entre niveles de cuidado y cuidado de seguimiento, son la decisión del médico tratante en consulta con usted y están sujetas a la necesidad médica según lo definamos nosotros. Los beneficios se explican en la siguiente página.

Los gastos cubiertos consisten en lo siguiente:

- El cargo por una habitación semiprivada o los cargos facturados, lo que sea menor, hasta por la tarifa más común del hospital por una habitación con dos camas.
- El cuidado de aislamiento cuando es médicamente necesario para proteger a otros pacientes del contagio o para protegerlo a usted de contraer la enfermedad de los demás.
- Uso de una unidad de cuidado intensivo o cuidado coronario. Establecemos nuestra definición de una unidad de cuidado intensivo o cuidado coronario al usar el criterio de la Comisión Conjunta de Acreditación para los Hospitales, pero nos reservamos el derecho a decidir si la unidad en un hospital en particular está calificada para la cobertura.
- El uso del centro para una cirugía realizada en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital.
- Otros servicios y suministros de hospital que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento y que el hospital generalmente proporciona. Estos incluyen, pero no están limitados a, salas de recuperación o quirófanos, equipo de tracción y dietas especiales.
- Los servicios cubiertos que se proporcionan en un hospital de la red.
- Servicios de salud mental y de tratamiento por dependencia a sustancias químicas para pacientes hospitalizados.

Número de días cubiertos como paciente hospitalizado

Proporcionaremos beneficios para una cantidad ilimitada de días de cuidado hospitalario a pacientes hospitalizados para la mayoría de condiciones. Los servicios como paciente hospitalizado para algunas condiciones pueden estar limitados a un menor número de días. Si los beneficios bajo este plan cambian mientras usted está en el hospital, determinaremos cuáles son los gastos cubiertos de acuerdo con los beneficios vigentes al momento de iniciar la estadía. La misma regla aplica a estadías en otras clases de centros médicos.

Pruebas previas a la admisión

Cubrimos los gastos para las pruebas necesarias previas a la admisión.

20% después del deducible

Cuidados de hospital para pacientes hospitalizados

Cubrimos el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados, incluyendo los cuidados intensivos, cuidados coronarios y cuidados para pacientes hospitalizados por enfermedades mentales o dependencia a sustancias químicas.

- Número de días por estadía: ilimitado en habitación semiprivada

  20% después del deducible

Atención ambulatoria en el hospital

Pagamos la atención ambulatoria en el hospital que sea médicamente necesaria, incluyendo, sin limitarse a:

- Cirugía para pacientes ambulatorios

  20% después del deducible

- Cuidado hospitalario de rehabilitación para pacientes ambulatorios (máximo de 60 días por año calendario)

  20% después del deducible

- Sala de emergencia

  20% después del deducible

Imágenes y servicios de diagnóstico invasivos

Cubrimos los servicios de imágenes como imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías axiales (CT) y procedimientos de diagnóstico que requieren ingresar a la cavidad del cuerpo, como angiografías y endoscopía cuando son médicamente necesarias.

- Rayos X/radioterapia, quimioterapia
- Rayos X de diagnóstico y laboratorio por accidente, enfermedad y pruebas previas a la admisión
- Imágenes y diagnóstico invasivo

  20% después del deducible

Servicios hospitalarios de rehabilitación para pacientes hospitalizados

Limitamos los gastos cubiertos por atención de rehabilitación a un máximo de 60 días en cada año calendario para los cuidados de pacientes hospitalizados en un hospital que tiene un departamento especializado para proporcionar dicha atención y servicios. Estos beneficios están disponibles únicamente en la medida en que usted requiera del acercamiento y servicios de todo el equipo de rehabilitación como paciente hospitalizado. Este plan cubre hasta 60 días cada año calendario para los servicios de rehabilitación que un proveedor profesional le brinda cuando no está confinado en un hospital. Los servicios de rehabilitación son terapia física, ocupacional, del habla o audiológica, necesarios para restaurar o mejorar una función perdida a causa de una enfermedad o lesión. Para que este plan cubra los gastos para este tipo de servicios y terapias, deben ser médicamente necesarios y deben ser parte de un plan de tratamiento escrito que un médico autorizado recete. Para que sea un gasto cubierto, el cuidado de rehabilitación para pacientes hospitalizados debe contar con autorización previa y ser parte de un programa formal escrito de un médico autorizado para mejorar y restaurar una función perdida luego de una enfermedad o lesión, y debe estar acorde con la afección que está bajo tratamiento.

20% después del deducible

Servicios de mastectomía

El plan cubre cirugía, reconstrucción, prótesis y tratamiento de complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía. Este beneficio aplica mientras está inscrita en Trillium Sprout Healthy KidsConnect sin importar si usted estaba cubierta o no por nosotros al momento de cualquier tratamiento anterior.

Si usted recibió beneficios relacionados con una mastectomía luego de un cáncer de seno y, en consulta con el médico que le atiende, decide que se le realice una reconstrucción de seno mientras está inscrita en el plan, proporcionaremos la cobertura de:

- La reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía;
- La cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y
- La prótesis y tratamiento de complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas. Los beneficios de reconstrucción están sujetos a las mismas disposiciones que cualquier otro beneficio que se proporciona bajo este plan (por ejemplo, coaseguro y máximo de gastos de desembolso directo). Este beneficio está limitado a cirugía relacionada con la reconstrucción de seno luego de una mastectomía necesaria debido a una lesión o enfermedad.

  20% después del deducible

Cuidado de maternidad

El cuidado de maternidad, el parto, la interrupción del embarazo y otras situaciones relacionadas, están cubiertos para usted. No limitaremos los beneficios del tiempo de permanencia en el hospital para la madre y su bebé recién nacido a menos de 48 horas para un parto normal y 96 horas para una cesárea. Sin embargo, el médico que le atiende, en consulta con la madre, pueden decidir si se le da de alta anticipadamente. Estas altas no necesitan una autorización previa.

- Visita prenatal y postnatal en el consultorio: 20% después del deducible
- Estadía en el hospital por trabajo de parto y nacimiento: 20% después del deducible

Cuidado de la salud mental y de dependencia a sustancias químicas

Cubriremos los servicios de salud mental y dependencia a sustancias químicas bajo el plan de la misma forma que una enfermedad. Cubrimos los servicios de salud mental y dependencia a sustancias químicas que sean cuidados residenciales (cuidado en un centro residencial, hospital u otro centro autorizado que proporcione un programa de tratamiento organizado de día completo o medio día) hasta por 60 días al año.

Definiciones

Las siguientes definiciones aplican al tratamiento de afecciones de salud mental y afecciones por dependencia a sustancias químicas:

Afecciones por dependencia a sustancias químicas son trastornos relacionados con la dependencia a sustancias químicas que se incluyen en la edición más reciente del Manual estadístico y de diagnóstico de trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) publicado por al Asociación Americana de Psiquiatría. La dependencia a sustancias químicas es una relación adictiva con cualquier droga o alcohol que se caracteriza por una relación física o psicológica, o ambas, que interfiere de manera recurrente con su adaptación social, psicológica o física a problemas comunes. La dependencia a sustancias químicas no incluye la adicción o dependencia al tabaco, productos de tabaco o alimentos.

Afecciones de salud mental son trastornos mentales que se incluyen en la edición más reciente del Manual estadístico y de diagnóstico de trastornos mentales publicado por al Asociación Americana de Psiquiatría, excepto si se excluyen de otra manera en este plan. Los trastornos mentales que acompañan a un diagnóstico excluido están cubiertos.

Servicios de salud mental y de tratamiento por dependencia a sustancias químicas son servicios médicamente necesarios para pacientes ambulatorios, en residencias, de hospitalización parcial o pacientes hospitalizados, proporcionados por un centro autorizado aprobado o por profesionales autorizados que cumplen con nuestros requisitos de acreditación. Nuestro beneficio de salud mental y de tratamiento por dependencia a sustancias químicas no cubre los servicios en un centro de enfermería especializada (a menos que los servicios los proporcione un proveedor autorizado de salud conductual para un diagnóstico cubierto), servicios de cuidado de salud en el hogar o servicios ordenados por un tribunal (a menos que nosotros determinemos que los servicios son médicamente necesarios). Los servicios de salud mental y de tratamiento por dependencia a sustancias químicas no incluyen:

- Programas educativos para conductores en estado de ebriedad;
- Grupos voluntarios de apoyo mutuo, como Alcohólicos Anónimos; y
- Grupos familiares de educación o de apoyo.

Autorización previa

Los servicios de salud mental y de tratamiento por dependencia a sustancias químicas requieren autorización previa. **Por favor llame a Mental Health Match para coordinar los servicios al 541-744-0828 o al número de llamada gratuita 1-800-457-3798.**

- Tratamiento para pacientes hospitalizados: 20% después del deducible
  Fuera de la red: no está cubierto
- Tratamiento para pacientes ambulatorios: 20% después del deducible

Cuidado infantil para recién nacidos

Cubrimos el cuidado infantil de rutina de un recién nacido inscrito mientras la madre está hospitalizada y esté recibiendo beneficios de maternidad bajo este plan. Sin embargo, cubrimos los servicios profesionales de cuidado del bebé sano bajo el beneficio de cuidado del bebé sano. Este plan no proporciona cobertura de cargos pediátricos provisionales por un parto vaginal. Tome nota: Cubrimos a un recién nacido enfermo o lesionado de acuerdo con las otras estipulaciones médicas de este plan.

20% después del deducible

Información sobre diabetes para pacientes ambulatorios

Este plan cubre servicios y suministros que se utilizan en programas de instrucción para pacientes ambulatorios con diabetes cuando los proporciona un profesional de cuidado de la salud o un programa acreditado o autorizado de educación sobre la diabetes para el tratamiento de diabetes insulino-dependiente, diabetes que requiere el uso de insulina, diabetes gestacional, y diabetes que no requiere el uso de insulina. Para los propósitos de este beneficio, un profesional de cuidado de la salud significa un médico colegiado, enfermera registrada, enfermera profesional con práctica médica, educador certificado en diabetes o dietista autorizado con experiencia comprobada en diabetes. Pagaremos por un programa de instrucción sobre diabetes para pacientes ambulatorios para la evaluación y capacitación después del diagnóstico, incluyendo hasta tres horas por cada año de evaluación y capacitación cuando se da un cambio material en la afección.
Los medicamentos y suministros para personas diabéticas, que no estén incluidos en el cargo por el programa de instrucción sobre diabetes para pacientes ambulatorios están cubiertos bajo el beneficio de medicamentos recetados de este plan. Los suministros e insulina para diabéticos están cubiertos bajo el beneficio de medicamentos recetados.

Rehabilitación de pacientes ambulatorios

Este plan cubre hasta 60 visitas cada año calendario para todos los servicios de rehabilitación de pacientes ambulatorios que un proveedor profesional proporciona a un paciente que no está recluido en un hospital. Los servicios de rehabilitación son servicios de terapia física, ocupacional, del habla o audiológica que son necesarios para restaurar o mejorar la función perdida causada por una enfermedad o lesión. Para que podamos cubrir la terapia, ésta debe formar parte de un plan de tratamiento escrito que un médico recete, y debe presentarse para autorización previa a Trillium Sprout Healthy KidsConnect. Los gastos cubiertos excluyen lo siguiente: más de una sesión de cualquier tipo de rehabilitación en cualquier día; los servicios de rehabilitación que se proporcionan en su hogar están cubiertos por el beneficio de cuidado de la salud en el hogar; terapia recreativa o educativa; autoayuda o capacitación; o tratamiento de afecciones psicóticas o psiconeuróticas.

- Máximo de 60 visitas por año calendario para todos los servicios de rehabilitación

20% después del deducible

Beneficio de medicamentos recetados

Para obtener medicamentos recetados, debe presentar su tarjeta en cualquier farmacia que aparezca en nuestro directorio de proveedores de farmacias. Puede obtener un directorio actualizado si se comunica con nosotros. Los medicamentos recetados deben ser médicamente necesarios y deben ser el resultado de una orden de receta médica. Cualquier saldo sobre el monto máximo disponible según este beneficio de medicamentos recetados, no es elegible para pago de acuerdo con ninguna otra estipulación de este plan.

Nuestra lista de medicamentos preferidos muestra los medicamentos de marca que cubrimos. No excluiremos la cobertura de un medicamento recetado para una indicación específica basándonos exclusivamente en el hecho de que la indicación no ha sido aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, si la Comisión de Recursos de Salud de Oregon (Oregon Health Resources Commission) determina que el medicamento está reconocido como efectivo para el tratamiento de dicha indicación.

El siguiente cuadro detalla sus costos de copago:

Copagos para todos los planes

Genéricos: $5

Marcas preferidas/marcas no preferidas: $50 o 50% lo que sea menor (para ambas categorías)

* Los medicamentos recetados no preferidos están cubiertos únicamente a través de un proceso de excepción y en dichos casos estarían cubiertos al nivel de copago de marca preferida.

Desembolso directo máximo para familias con 1 hijo: $100

Desembolso directo máximo para familias con 2 o más hijos: $200

Servicios de cuidado preventivo

Exámenes físicos de rutina para adultos

Cubrimos los siguientes exámenes físicos y pruebas de laboratorio relacionadas y exámenes de rayos X (siempre que un tercero no sea responsable por estos cargos) para adultos de 18 años de edad: evaluaciones de salud periódicas de rutina, exámenes físicos de rutina y exámenes físicos necesarios para la escuela o para participar en deportes. Los cargos por manejo no están cubiertos.

- 18 años de edad: una vez

  Dentro de la red: $0/Fuera de la red: no está cubierto

Pruebas de detección colorectal

Cubrimos los siguientes servicios para pruebas de detección de cáncer colorectal para cualquier persona con alto riesgo:

- Una prueba de sangre oculta en heces cada año calendario;
- Una sigmoidoscopía flexible cada cinco años;
- Una colonoscopía cada diez años; o
- Un enema de bario de doble contraste cada cinco años.

Para el propósito de este plan, las personas que tienen un alto riesgo de padecer cáncer colorectal son:

- Personas individuales que tienen un historial familiar de cáncer colorectal; o
- Un caso anterior de cáncer o lesión neoplásica precedente; pólipos o un caso anterior de una afección crónica de una enfermedad digestiva como enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad crónica o colitis ulcerativa.

Dentro de la red: $0/Fuera de la red: no está cubierto

Servicios preventivos para hombres

Proporcionaremos cobertura para exámenes de pruebas de detección de cáncer de próstata incluyendo un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) para hombres que están en alto riesgo de padecer de cáncer de próstata según lo determine el médico tratante.

Dentro de la red: $0/Fuera de la red: no está cubierto

Prueba de PKU

Cubrimos un examen de PKU para detectar la presencia de fenilcetonuria (PKU).

Si el examen detecta la presencia de PKU, cubrimos las fórmulas que se determine que son médicamente necesarias para el tratamiento de PKU. **Cubrimos las fórmulas necesarias para el tratamiento de acuerdo con la sección de suministros, aparatos y equipo médico duradero de este plan.**

Dentro de la red: $0/Fuera de la red: no está cubierto

Cuidado del bebé sano

El cuidado del bebé sano cubre los exámenes físicos proporcionados por un proveedor profesional, incluyendo el examen estándar en el hospital al momento del nacimiento, rayos X de diagnóstico y servicios de laboratorio para un bebé inscrito hasta la edad de 24 meses.

Dentro de la red: $0/Fuera de la red: no está cubierto

Cuidado del niño sano

Cubrimos exámenes físicos y cualquier examen de laboratorio y exámenes de rayos X relacionados.

Dentro de la red: $0/Fuera de la red: no está cubierto

Inmunizaciones

Cubrimos las inmunizaciones recomendadas por la Academia Americana de Médicos de Cabecera (American Academy of Family Physicians) para usted hasta la edad de 18 años. Los gastos cubiertos no incluyen inmunizaciones para el propósito exclusivo de viaje, ocupación o residencia en un país extranjero.

Dentro de la red: $0/Fuera de la red: no está cubierto

Servicios preventivos para mujeres

Cubrimos exámenes de los senos, pelvis y Papanicolau una vez por año calendario. Sin embargo, cubrimos exámenes más frecuentes si son médicamente necesarios y el proveedor de cuidado de la salud de la mujer los recomienda. Por examen de los senos, nos referimos a un examen completo y exhaustivo de los senos para mujeres de 18 años de edad, incluyendo sin limitarse a, un examen clínico de los senos, realizado por un proveedor de cuidado de la salud para revisar si hay masas y otros cambos con el propósito de la detección y prevención temprana del cáncer de seno. Cualquier examen de seguimiento que sea médicamente necesario estará cubierto de acuerdo con los beneficios médicos generales de este plan y estará sujeto a cualquier coaseguro. Cubrimos cualquier gasto cubierto para exámenes de laboratorio, procedimientos de rayos X o mamografía que acompañe el examen de acuerdo con los servicios de laboratorio y rayos X de diagnóstico.

Dentro de la red: $0/Fuera de la red: no está cubierto

Visitas de un proveedor profesional en el hospital

Los gastos cubiertos incluyen las visitas que le haga un proveedor profesional durante una estadía cubierta en el hospital o en un centro de enfermería especializada. No cubrimos por separado, las visitas relacionadas con una cirugía que se realizó durante una estadía en el hospital porque por lo general, estas visitas se incluyen en los honorarios del cirujano. Los gastos cubiertos también incluyen las consultas del médico con informes escritos durante cada estadía en el hospital. No cubrimos las consultas al equipo médico que son obligatorias según las reglas del hospital. Estos beneficios sólo aplican si usted es elegible para los beneficios de hospital o de un centro de enfermería especializada. Para el tratamiento de la salud mental/dependencia a sustancias químicas de pacientes hospitalizados, los gastos cubiertos están limitados a los límites de visitas por todo el período. Consulte la sección **Limitaciones de los beneficios**.

20% después del deducible

Atención en un centro de enfermería especializada

Cubrimos el cuidado en un centro de enfermería especializada hasta por 60 días por temporada de la enfermedad por año calendario. Para que los beneficios se renueven después de cada estadía, se le debe dar de alta del centro y deben transcurrir 90 días consecutivos antes de que vuelva a ser admitido en un hospital o a un centro de enfermería especializada. Limitamos los pagos de los gastos cubiertos al 80% de la tarifa de contrato del proveedor de la red o la tarifa diaria por servicio, hasta el monto máximo que pagaríamos si usted estuviera en una habitación de hospital semiprivada. Su médico tratante nos debe entregar una prueba de la necesidad médica, que consideremos aceptable, donde se indique que usted necesitaría ser hospitalizado si el cuidado en un centro de enfermería especializada no fuera posible.

Los gastos cubiertos excluyen el cuidado de enfermería de rutina, autoayuda o capacitación no médica, higiene personal o atención de un paciente recluido. Los gastos cubiertos excluyen una admisión en un centro de enfermería especializada que inició antes de que usted se inscribiera en Trillium Sprout Healthy KidsConnect o por una estadía en la que el cuidado se proporciona principalmente por:

- Deficiencia o retraso mental; o
- Enfermedad mental.
- Número de días: hasta 60 días por temporada de la enfermedad por año calendario

  Habitación semiprivada más los servicios auxiliares médicamente necesarios

  20% después del deducible

Programa para dejar de fumar

Usted es elegible para inscribirse en un programa de tratamiento de tabaco sin costo para usted.

Atención dental especial

Cubrimos el tratamiento de lesiones accidentales de los dientes naturales o una mandíbula fracturada, después de que usted haya pagado cualquier coaseguro. Para calificar para la cobertura, debe recibir el tratamiento de un médico o dentista mientras esté inscrito en este plan, y antes de transcurridos 12 meses después de la lesión, excepto cuando la conclusión se retrasa debido al tiempo de recuperación posterior a una cirugía médicamente necesaria.

Para propósitos de este beneficio de atención dental especial, una lesión no incluye accidentes que ocurren al comer, morder o masticar. Usted cuenta con cobertura dental adicional bajo la porción de **Beneficios dentales** de este plan.

20% después del deducible

Cuidado en centros especiales

Este plan incluye los cuidados que se proporcionan en un centro especial. Un centro especial es un centro quirúrgico ambulatorio, un centro quirúrgico o una sala de partos. Los gastos cubiertos incluyen el uso de la sala de procedimientos y otros servicios y suministros que son médicamente necesarios para el tratamiento.

20% después del deducible

Patología del habla-lenguaje, audiología y servicios de aparatos de corrección auditiva

Este plan incluye servicios de patología del habla, audiología y aparatos de corrección auditiva. El suministro de servicios de terapia del habla debe estar respaldado por una orden escrita y un plan de tratamiento de terapia firmado por el profesional de la salud que lo recete.

Se necesita una orden escrita para la evaluación inicial. Para la terapia, debe especificar el código de diagnóstico ICD-9-CM, el servicio, la cantidad y la duración requeridos. Las órdenes escritas deben presentarse junto con la solicitud de autorización previa y debe archivarse una copia en el registro de terapia del proveedor. El profesional de salud que receta debe revisar y firmar la orden escrita y el plan de tratamiento cada seis meses. La autorización de pago a un audiólogo o distribuidor de aparatos de corrección auditiva se tomará en consideración únicamente después de un examen de patología del oído y una receta médica escrita para un aparato de corrección auditiva preparada por un especialista otorrinolaringólogo o un médico general que está capacitado para examinar el oído y que trabaja en el ámbito de aplicación de su especialidad, es decir, médico personal (un especialista ortopédico, quiropráctico, ginecólogo, etc. no es el apropiado). Los implantes cocleares están cubiertos.

20% después del deducible

Servicios de la articulación temporomandibular

Los trastornos de la articulación temporomandibular están cubiertos por el plan igual que para otras lesiones o trastornos muscoloesqueléticos. Todos los procedimientos de diagnóstico y quirúrgicos para servicios de la articulación temporomandibular requieren de autorización previa.

20% después del deducible

Inyecciones terapéuticas

Cubrimos inyecciones terapéuticas, tales como vacunas contra alergias, cuando se aplican en la clínica de un proveedor profesional, excepto cuando se pueden obtener resultados comparables de forma segura con el cuidado de uno mismo en el hogar o el uso oral cuidadoso de un medicamento recetado. Los beneficios de las inyecciones terapéuticas sólo aplican a los cargos administrativos. Los cargos de medicina por suero, vacunas o mezclas en conexión con la inyección terapéutica no son parte de este beneficio, pero se pueden pagar de acuerdo con las estipulaciones del plan, sujeto a cualquier coaseguro. Las inyecciones de vitaminas y minerales no están cubiertas a menos que sean médicamente necesarias para el tratamiento de una afección médica específica.

Trasplantes

Los beneficios por servicios y suministros (incluyendo medicamentos) que se presten en conexión con un trasplante, incluyendo los procedimientos previos al trasplante, tal como dispositivos de asistencia ventricular (DAV), cosecha de órganos o tejido (costos de donante), cuidado postoperatorio (incluyendo el tratamiento de medicamento anti-rechazo) y quimioterapia por cáncer relacionada al trasplante, están limitados según lo que aquí se describe.

Cubriremos los gastos de ciertos procedimientos de trasplante, médicamente necesarios y que no sean de carácter experimental. Los trasplantes elegibles deben ser autorizados previamente a través del administrador del caso.

20% después del deducible

Beneficios de la vista

Los servicios están cubiertos únicamente cuando se obtienen de proveedores que pertenecen a la red, excepto en emergencias o cuando el plan participante proporcione una autorización previa para alguien que no pertenece a la red. En estas circunstancias, se aplicaría un copago o coaseguro normal. **Los beneficios de examen de la vista y equipo están permitidos una vez cada 12 meses.**

- Exámenes: un examen de la vista cada 12 meses: $0
- Lentes de contacto con receta médica (como alternativa a los anteojos y monturas): cuando están aprobados por razones médicas: $0
- Protésica ocular, ojo artificial: con documentación sobre la necesidad médica: $0
- Servicios de terapia de la vista: seis sesiones por año calendario: $0
- Atención post-cirugía: cuidados postoperatorios de optometría: $0
- Servicios de radiología: por optometrista u oftalmólogo: $0

Subsidio máximo: usted paga cualquier monto arriba de los montos del subsidio máximo que se indican a continuación.

- Lentes con receta médica: un para cada 12 meses
    - Lentes unifocales: $96
    - Lentes bifocales: $134
    - Lentes trifocales: $180
    - Monturas: una montura cada 12 meses: $96

Rayos X y exámenes de laboratorio

Los rayos X y exámenes de laboratorio de diagnóstico que sean médicamente necesarios están cubiertos cuando un proveedor profesional los ordena. Los rayos X para exámenes deben estar relacionados al diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

20% después del deducible

Limitaciones de los beneficios

Existen limitaciones sobre los beneficios disponibles bajo este plan para ciertas afecciones y servicios. Estas limitaciones se explican en los siguientes párrafos.

Reconstrucción de seno

Limitado a cirugía después de una mastectomía que fue necesaria a causa de una enfermedad o lesión.

Hormonas del crecimiento

Las hormonas del crecimiento generalmente no son un gasto elegible para beneficios bajo este plan. Se proporcionarán beneficios para el tratamiento de las siguientes afecciones cuando el uso de las hormonas del crecimiento cumple con nuestros criterios médicos y el tratamiento fue autorizado previamente para las siguientes afecciones:

- Deficiencia de la hormona del crecimiento
- Falla en niños posterior a una insuficiencia renal crónica antes de un trasplante, o para promover la cura de una herida en pacientes con quemaduras graves y activas durante su hospitalización.
- Síndrome de Turner
- Síndrome de Prader-Willi
- Hipoglicemia neonatal asociada con la deficiencia de la hormona del crecimiento

Cuidado de salud en el hogar

- **Visitas máximas.** Hay un máximo de dos visitas permitidas en un día para los servicios de una enfermera certificada o una enfermera registrada. La cantidad de visitas máximas permitidas para cada otra clasificación del proveedor de cuidado de la salud en el hogar es de una visita por día.

- **Servicios de rehabilitación.** Este plan cubre hasta 60 días cada año calendario para los servicios de rehabilitación con autorización previa que un proveedor profesional proporciona a un paciente que no está recluido en un hospital. Los servicios de rehabilitación son servicios de terapia física, ocupacional, del habla o respiratoria que son necesarios para restaurar o mejorar la función perdida causada por una enfermedad o lesión. Para que podamos cubrir la terapia, ésta debe formar parte de un plan de tratamiento escrito que un médico recete. El cuidado de la salud en el hogar que proporciona un trabajador social autorizado se paga de acuerdo con el beneficio de cuidado de la salud en el hogar. Este plan cubre los servicios prestados por un trabajador social clínico registrado en el estado de Oregon con la remisión escrita de un médico o psicólogo.

Los beneficios del cuidado de la salud en el hogar excluyen:

- Más de una visita del mismo tipo de rehabilitación en un día;

- Servicios de rehabilitación que se proporcionan en su hogar y que están cubiertos por el beneficio de cuidado de la salud en el hogar;

- Terapia educativa o recreativa;

- Autoayuda o capacitación; o

- Tratamiento de condiciones psicóticas o psiconeuróticas.

Limitaciones en las recetas médicas para pacientes ambulatorios

- **Cantidades máximas.** La cantidad máxima permitida a la vez para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios comprados en una farmacia, o de pedido por correo, es un suministro para 34 días. Su copago siempre está basado en cada surtido.

- **Surtidos.** Este plan permite surtidos de una farmacia después de que se haya consumido el 75 por ciento del suministro de la receta médica anterior. Usted es responsable del costo total de cualquier medicamento recetado que sea denegado en la farmacia de la red debido a que lo surtió demasiado pronto.

- **Límites de surtido de medicamentos.** Hay ciertos medicamentos recetados que tienen límites de surtido de medicamentos. Límites de surtido de medicamentos (MDL, por sus siglas en inglés) significa la cantidad o frecuencia de surtido de un medicamento recetado que nosotros determinemos que es médicamente necesaria antes de surtirlo. Los MDL aplican a medicamentos recetados que se utilizan para tratar un número limitado de afecciones o que tienen duraciones de terapia limitadas. Cualquier medicamento recetado que tenga MDL y que se compre sin autorización de MDL no está cubierto por este plan de medicamentos recetados, incluso si se compra en una farmacia de la red. A los proveedores de la red, incluso a las farmacias de la red, se les notifica cuáles medicamentos recetados tienen MDL. Sólo los proveedores que recetan medicamentos o las farmacias que surten medicamentos pueden solicitar una autorización de MDL. La farmacia de la red le informará si el medicamento necesita una autorización de MDL.

Trasplantes

Los beneficios por servicios, suministros y medicamentos proporcionados en conexión con un trasplante, incluyendo los procedimientos previos al trasplante como lo es la cosecha de órganos o tejido, están limitados según lo que se indica en las siguientes páginas.

Definiciones para el beneficio de trasplante

- **Un centro de trasplantes contratado** significa un centro de cuidado de la salud con el cual tenemos un contrato o hemos arreglado para que proporcione servicios de trasplante del centro para usted.

- **Monto contratado** significa el monto que el centro de trasplantes contratado está de acuerdo con aceptar como pago total por los servicios de trasplante del centro por un tipo de trasplante específico.

- **Trasplante cubierto** significa un trasplante médicamente apropiado de uno de los siguientes órganos o tejidos sólo cuando nosotros determinamos que es médicamente necesario y no alguien más:
    - Células madre hematopoyéticas alogénicas o singénicas ya sea que se cosechen de la médula ósea o de la sangre periférica, o de cualquier otra fuente;
    - Células madre hematopoyéticas autólogas ya sea que se cosechen de la médula ósea o de la sangre periférica, o de cualquier otra fuente;
    - Corazón;
    - Corazón/pulmón;
    - Pulmón;
    - Páncreas;
    - Hígado;
    - Intestino delgado pediátrico; o
    - Intestino delgado/hígado/multivisceral.

Un trasplante cubierto no incluye el trasplante de sangre, derivados de sangre (excepto por células madre periféricas), córnea ni ningún otro órgano o tejido que no se indique de forma específica.

- **Costos de donante** significa todos los costos, directos e indirectos (incluyendo los costos de administración del programa), en que se incurre en conexión con: servicios médicos necesarios para retirar el órgano o tejido del cuerpo del donante o del autodonante; preservarlo y transportarlo al sitio donde se realizará el trasplante; así como el costo de búsqueda del donante, ya sea un familiar o no familiar.

- **Servicios de trasplante del centro** significa todos los servicios y suministros médicamente necesarios que proporciona un centro de cuidado de la salud en conexión con un trasplante cubierto, excepto por los costos de donante y los medicamentos anti-rechazo.

- **Médicamente apropiado para fines de esta limitación de trasplantes** significa que el receptor o autodonante cumple con nuestros criterios de necesidad médica para un trasplante.

- **Servicios de trasplante de un proveedor profesional** significa todos los servicios y suministros médicamente necesarios que proporciona un proveedor profesional en conexión con un trasplante cubierto, excepto por los costos de donante y los medicamentos anti-rechazo.

Beneficios del centro

Exoneraremos cualquier coaseguro del plan que de otro modo sería aplicable y pagaremos el 100 por ciento del monto contratado por los servicios de trasplante del centro para usted, si un trasplante cubierto se realiza en un centro de trasplantes contratado.

Nota: Los servicios de trasplante no se acumulan hacia el monto máximo de desembolso directo según este plan.

Beneficios de proveedores profesionales

Pagaremos por los servicios de trasplante de un proveedor profesional de acuerdo con el beneficio bajo el **Resumen de beneficios médicos** en el **Resumen de beneficios**.

Beneficios del costo de donante

Pagaremos los costos de donante en que se incurra en conexión con un trasplante cubierto si el receptor está cubierto por este plan. No pagaremos los costos de donante si el donante está cubierto por este plan y el receptor no. Las complicaciones y los efectos inesperados de la donación se cubrirán como cualquier otra enfermedad bajo los términos del plan sólo si el donante o autodonante está inscrito en el plan.

Beneficios de medicamentos anti-rechazo

Pagaremos de acuerdo con el beneficio de medicamentos recetados del plan para los medicamentos anti-rechazo después del trasplante cubierto.

Requisito de autorización previa para trasplantes

Todos los procedimientos de trasplante deben tener autorización previa para el tipo de trasplante y deben ser médicamente apropiados de acuerdo con nuestros criterios establecidos. El no contar con la autorización previa según se describe resultará en la denegación de los beneficios. Por favor pídale a su proveedor que se comunique con la enfermera administradora del caso quien trabajará con usted y su médico para seleccionar un centro de trasplantes y negociar los servicios.

El requisito de autorización previa es una parte de la administración de beneficios del plan y no es una recomendación de tratamiento. El curso que rige el tratamiento médico que elija sigue siendo un asunto estrictamente entre usted y su médico.

Procedimiento de autorización previa para trasplantes

Para obtener una autorización previa, su médico debe comunicarse con nuestro Departamento de Manejo de Casos antes de la admisión para el trasplante. Se debe obtener la autorización previa tan pronto como sea posible después de que haya sido identificado como un posible candidato para un trasplante.

Sólo nuestra aprobación por escrito de un trasplante propuesto se considerará una autorización previa. La autorización previa se puede obtener al presentar una solicitud de autorización previa a nuestro Coordinador de Trasplantes.

Exclusiones de los beneficios

No pagaremos por lo siguiente:

Cirugía cosmética/reconstructiva

No cubrimos servicios y suministros para propósitos cosméticos o de reconstrucción, incluyendo las complicaciones que resulten de una cirugía cosmética o reconstructiva. Sin embargo, sí proporcionamos cobertura si la cirugía se realiza:

- Para corregir un trastorno funcional;
- Para corregir un trastorno que sea resultado de una lesión accidental que ocurra mientras una persona está cubierta por este plan;
- Para corregir anomalías congénitas; o
- Para la reconstrucción del seno involucrado luego de una mastectomía necesaria debido a una enfermedad o lesión y para todas las etapas de reconstrucción de reducción de seno en el seno que no presentaba la enfermedad para dejarlo igual en tamaño con el seno que sí presentaba la enfermedad luego de que se ha realizado la cirugía de reconstrucción final en el seno con la enfermedad, o para prótesis y complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfoedemas.

Servicios de investigación o experimentales

No cubrimos servicios que sean, a nuestro juicio, de naturaleza experimental o de investigación para su enfermedad o lesión específica. Los servicios, que respaldan o se realizan en conexión con los servicios de investigación o experimentales, también se excluyen.

Para propósitos de esta exclusión, los servicios de investigación o experimentales incluyen, pero no se limitan a, cualquier servicio, que al momento en que se prestan y para los propósitos y en la forma en que se utilizan:

- Aún no cuentan con la aprobación final de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para otros usos que no sean experimentales, de investigación o ensayos clínicos; o
- Se proporcionan de acuerdo con un protocolo escrito o son los mismos servicios que se proporcionan a otros pacientes de acuerdo con un protocolo escrito para los diagnósticos; o
- Nosotros determinamos, en consulta con asesores médicos, que se encuentran en fase de investigación antes del uso general en la comunidad médica en Oregon. Consideraremos que un servicio se encuentra en fase de investigación antes del uso general en la comunidad médica en Oregon, si dos o más de los siguientes indicadores aplican al servicio al momento de la solicitud de la autorización previa o revisión de reclamo:
    - El servicio no se realiza en Oregon; o
    - El servicio es el objeto de un ensayo Fase I, II o III; o
    - El servicio no ha sido objeto de un estudio publicado en literatura médica revisada por colegas. Literatura médica revisada por colegas significa una publicación científica de EE. UU. que requiere que los manuscritos se presenten a expertos reconocidos dentro o fuera de la oficina editorial para que ofrezcan sus opiniones o recomendaciones razonadas acerca de la publicación del manuscrito. Además, para poder calificar como literatura médica revisada por colegas, el manuscrito debe haber sido revisado en realidad por expertos reconocidos antes de su publicación; o
    - Los estudios publicados en literatura médica revisada por colegas indican la necesidad de investigar más los temas de dosis, medios de administración, efectos a largo plazo u otros factores importantes para la eficacia y la seguridad de los pacientes; o
    - Ninguna agencia del gobierno federal o sociedad u organización médica profesional nacional, que haya hecho una evaluación formal, ha declarado que el servicio sea una práctica médica apropiada.

Los servicios dentales o de la vista, experimentales o de investigación, quedan excluidos bajo los mismos estándares. Un servicio experimental o de investigación no se hace elegible para la cobertura incluso si su médico considera que otros servicios no serán efectivos o no serán tan efectivos como el servicio, o que el servicio es el que tiene más probabilidad de prolongar la vida.

Exclusiones generales

No cubriremos:

- Aparatos o equipo principalmente para comodidad, conveniencia, cosmética, control ambiental o educación, tales como equipo de aire acondicionados, humidificadores, filtros de aire, baños de hidromasaje, lámparas de calor o luces de bronceado.
- La atención de un paciente recluido, incluyendo cuidado de enfermería de rutina y curas de descanso, así como hospitalización por cambio ambiental.
- Servicios dentales, excepto por lo que se indica específicamente en la subsección **Atención dental especial** en la sección **Programa de beneficios** y en nuestro **Plan de beneficios dentales**. Los servicios dentales que se excluyen del plan de beneficios médicos son servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad de los dientes, las encías, el tejido periodontal y los alvéolos, incluyendo servicios para reparar defectos, que se han desarrollado debido a la pérdida de un diente o para restaurar la capacidad para masticar.
- Programas educativos a los cuales el sistema judicial remite a los conductores, o grupos voluntarios de apoyo mutuo.
- Exámenes oculares y ejercicios oculares de rutina, excepto según se indica específicamente en el **Plan de beneficios de la vista**.
- Servicios de planificación familiar y suministros para infertilidad (excepto esterilización), inseminación artificial, fertilización in vitro, o para corregir mediante cirugía la esterilización voluntaria.
- Ajuste, suministro o reemplazo de aparatos de corrección auditiva, incluyendo aparatos de corrección auditiva implantables y el procedimiento quirúrgico para implantarlos, excepto según se indique específicamente en el plan.
- Consultas de personal del hospital para pacientes hospitalizados que las reglas del hospital requieren.
- Servicios para paciente hospitalizado después de su terminación en este plan. La única excepción ocurre si usted está en el hospital el día en que termina la cobertura. Este plan continuará proporcionando beneficios por esa hospitalización hasta que se le dé de alta del hospital.
- Programas instructivos o de capacitación, excepto por lo cubierto por el beneficio de manejo de enfermedades. Algunos ejemplos de programas de instrucción o capacitación que están excluidos de la cobertura son:
    - Instrucción para aprender a autoadministrarse medicamentos o sobre nutrición, excepto por lo que se indica en el beneficio de instrucción sobre diabetes para pacientes ambulatorios;
    - Cursos educativos sobre autoadministración;

  - Capacitación para controlar el peso o brindar buena salud general; excepto según nuestro programa de manejo de enfermedades;
  - Programas que le enseñan a usar equipo médico duradero, excepto por prótesis o aparatos ortopédicos; o
  - Capacitación sobre cómo cuidar de su familia.

- Masaje o terapia de masajes.
- Tratamiento de disfunción o inadecuación sexual o servicios y suministros relacionados con procedimientos de cambio de sexo.
- Zapatos ortopédicos y plantillas ortopédicas que se venden directamente al público.
- Cirugía ortognática, que incluye servicios y suministros para cambiar la posición de un hueso de la mandíbula superior o inferior (excepto cuando sea necesario debido a una lesión accidental que ocurrió cuando estaba inscrito en este plan o cuando se realiza en una persona que ha estado cubierta por nuestro plan desde su nacimiento).
- Artículos personales, tales como teléfonos, televisores y comidas de visitas, en un hospital o centro de enfermería especializada.
- Programas de ejercicio físico, aunque pueden ser recetados para una condición específica.
- Servicio de enfermería privada para pacientes hospitalizados en un hospital o centro de enfermería especializada.
- Exámenes de rutina y procedimientos para pruebas de detección no especificados por este plan, excepto que los exámenes de rutina previos a la admisión están cubiertos.
- Servicios y suministros que recibió mientras estaba bajo la custodia de una autoridad de cumplimiento de la ley o mientras estaba en la cárcel o prisión.
- Servicios o suministros que no son médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.
- Servicios y suministros proporcionados por su familia inmediata.
- Atención de enfermería especializada por enfermedad mental, deficiencia mental o retraso.

- Procedimientos quirúrgicos, que alteran el carácter refractivo del ojo, excepto cuando están cubiertos por nuestro **Plan de beneficios de la vista**. Algunos ejemplos de procedimientos quirúrgicos excluidos de nuestros beneficios médicos son:
    - Queratotomía radial, queratomileusis miópica y otros procedimientos quirúrgicos del tipo de queratoplastía refractiva, cuyo propósito es curar o reducir la miopía o astigmatismo.
    - Reversiones o revisiones de procedimientos quirúrgicos, que alteran el carácter refractivo del ojo y las complicaciones de todos estos procedimientos.
- Consultas por teléfono, citas a las que no se asistió, llenado de formularios de reclamo o llenado de informes solicitados por nosotros con el fin de procesar reclamos.
- El ajuste, suministro o reemplazo de anteojos, excepto según lo que se indica específicamente en el **Plan de beneficios de la vista**.
- Servicios por callos, callosidades, remoción de uñas (excepto remoción completa) y otros cuidados de rutina de los pies.
- Servicios para el control de peso u obesidad. Esto incluye cirugía o cualquier otro servicio proporcionado para el control de peso u obesidad o cualquier complicación que surja de o que esté relacionada con dichos servicios. Estos servicios no están cubiertos ya sea que usted tenga o no otras afecciones médicas relacionadas con o causadas por el sobrepeso u obesidad, o el tratamiento de dichas afecciones. Sin embargo, los programas de manejo de enfermedades por sobrepeso u obesidad están cubiertos.
- El tratamiento de cualquier afección causada por o que surja del servicio en las fuerzas armadas de cualquier país o de guerra o insurrección.
- Servicios que haya recibido antes de la fecha de vigencia de su inscripción en este plan o después de la fecha de su terminación de este plan.

Limitaciones y exclusiones de los cuidados paliativos

Además de otras exclusiones que se mencionan en la sección **Exclusiones de los beneficios**, no pagaremos por los siguientes servicios y suministros de cuidados paliativos:

- Cuidado que no es paliativo;
- Más de una visita del mismo tipo de rehabilitación en un día;
- Equipo de lujo con funciones mecánicas o eléctricas tales como sillas de ruedas eléctricas y elevadores de sillas;
- Controles ambientales y mejoras al entorno tales como, equipo de aire acondicionados, humidificadores, filtros de aire y bombas portátiles de hidromasaje;
- Servicios de comida, como Meals on Wheels;
- Servicios de oficios domésticos o de limpieza doméstica, excepto aquellos que proporcionen los asistentes en el cuidado de salud en el hogar según se indique en el plan de tratamiento de cuidados paliativos;
- Servicios de asesoría legal y financiera;
- Necesidades normales de vida; incluyendo pero no limitado a comida, ropa y artículos del hogar;
- Asesoría pastoral y espiritual;
- Terapia recreativa o educativa; autoayuda o capacitación;
- Servicios de rehabilitación que se proporcionan en su hogar y que están cubiertos por el beneficio de cuidado de la salud en el hogar;
- Cargos separados por informes, registros o transporte;
- Servicios proporcionados a otra persona que no sea un paciente con una enfermedad terminal, incluyendo asesoría por la muerte de un familiar;
- Servicios proporcionados por su familia o trabajadores voluntarios;
- Servicios que excedan de las limitaciones de los beneficios;

- Servicios que no están incluidos en el plan de tratamiento de cuidados paliativos o que no están específicamente establecidos en el beneficio de cuidados paliativos;
- Servicios que se proporcionaron más de seis meses después de la fecha inicial de los cuidados paliativos cubiertos, a menos que estén específicamente aprobados por nosotros;
- Materiales ambientales de apoyo, incluyendo sin limitación, pasamanos, rampas, equipo de aire acondicionados y teléfonos; o
- Tratamiento de condiciones psicóticas o psiconeuróticas.

Exclusiones de salud mental y de dependencia a sustancias químicas

No cubriremos lo siguiente cuando se administren beneficios de acuerdo con este plan para el tratamiento de afecciones de salud mental y afecciones por dependencia a sustancias químicas:

Asesoría o tratamiento en el caso de ausencia de enfermedad

Se excluyen los servicios en el caso de ausencia de enfermedad. Por ejemplo, no cubriremos:

- Terapia educativa, social, de imagen, del comportamiento o recreativa;
- Grupos de movimiento sensorial;
- Terapia de grupo en maratón;
- Capacitación de sensibilidad;
- Servicios del plan de asistencia a empleados;
- Programas de un entorno silvestre;
- Consejería prematrimonial o matrimonial; o
- Consejería familiar (Sin embargo, la consejería familiar estará cubierta cuando usted tiene un diagnóstico cubierto y la consejería familiar es parte del tratamiento).

Discapacidades del desarrollo y aprendizaje

No cubriremos los servicios para discapacidades del desarrollo o del aprendizaje en la ausencia de una enfermedad o cuando no es médicamente necesario.

Servicios de salud mental para ciertas afecciones

No cubriremos servicios de parafilias, independientemente de su edad. Además, no cubriremos ningún diagnóstico de **Código V** excepto por lo siguiente cuando sea médicamente necesario para un niño de cinco años de edad o menor:

- Problemas de relaciones padre-hijo;
- Abuso o negligencia; o
- Muerte de un familiar.

Por **Código V**, nos referimos a códigos de diagnóstico según se describe en la edición más reciente del Manual estadístico y de diagnóstico de trastornos mentales (DSM-IV TR) que describen problemas de relaciones, problemas relacionados con el abuso o negligencia u otros asuntos que pudieran ser el enfoque de evaluaciones o tratamientos, tales como problemas ocupacionales o académicos.

Disfunción sexual

Servicios y suministros para la disfunción sexual independientemente de la causa, excepto por servicios de consejería proporcionados por profesionales de la salud mental autorizados y cubiertos.

Reasignación sexual

Tratamiento, cirugía y servicios de asesoría por reasignación sexual.

Exclusiones en las recetas médicas para pacientes ambulatorios

No cubriremos:

- Administración o inyección de medicamentos recetados o no recetados.
- Cualquier medicamento que no esté específicamente descrito como un beneficio en el beneficio de medicamentos recetados.
- Aparatos o dispositivos de cualquier tipo, incluso si requieren una orden de receta médica. Algunos aparatos y dispositivos pueden estar cubiertos por otras estipulaciones de este plan.
- Medicamentos para fertilidad.
- Agentes para inmunización, sueros biológicos, sangre o plasma sanguíneo.
- Medicamentos recetados inyectables, excepto por los que se definen como autoinyectables. Están excluidos todos los medicamentos inyectables administrados en el consultorio de un médico, hospital, centro para pacientes ambulatorios o centro de enfermería especializada.
- Medicamentos recetados recién aprobados. Este plan puede excluir, hasta por 18 meses a partir de la fecha de aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), medicamentos recetados recién aprobados por la FDA. La lista de medicamentos recetados recién aprobados que están actualmente excluidos se proporciona a las farmacias de la red y está disponible en nuestro sitio Web y en formato impreso.
- Los medicamentos no recetados, que son medicamentos que por ley no requieren de una receta médica y que no están incluidos en los medicamentos recetados para pacientes hospitalizados que cubre este plan.
- Los medicamentos que le son surtidos en un centro mientras usted es paciente en un hospital, centro de enfermería especializada, hogar de ancianos u otro centro de cuidado de la salud.
- Medicamentos recetados para propósitos cosméticos, incluyendo sin limitarse a: Tretinoin (es decir, Retin-A); Renova; Minoxidil tópico u otros medicamentos que se utilizan para tratar la calvicie; y medicamentos que se utilizan para tratar los hongos de las uñas, como Sporanox y Lamisil.
- Medicamentos recetados para la pérdida de peso o el tratamiento de la obesidad.
- Medicamentos recetados para los cuales se presentan los reclamos 12 meses o más después de la fecha de compra.
- Medicamentos recetados que no son médicamente necesarios.

- Medicamentos recetados que no tienen una indicación terapéutica comprobada.
- Surtidos que son necesarios a causa del robo, pérdida, derrame o destrucción de los medicamentos recetados.
- Vitaminas y flúor, excepto aquellos que por ley requieren de una orden de receta médica.
- Insulina y suministros para diabéticos sin una orden de receta médica.

Proceso de quejas y apelaciones de los miembros

Como miembro, usted o su representante autorizado tienen el derecho de expresar su insatisfacción con los servicios que recibió o de apelar cualquiera de nuestras decisiones de no pagar por un tratamiento médico o si considera que no hemos pagado lo suficiente.

Puede llamarnos o escribir para expresar cualquier insatisfacción con la disponibilidad de los servicios, la provisión de servicios, la calidad de cuidado de la salud que recibe o el servicio que recibe de nosotros. Puede escribir para solicitar una apelación de cualquier decisión que tomemos para denegar una solicitud de remisión, una solicitud de autorización previa para un servicio, denegar un reclamo o para cuestionar nuestra forma de manejar o el pago de los servicios de cuidado de la salud. Si nos llama para expresar su insatisfacción o para solicitar una apelación se le pedirá que lo haga por escrito de forma que podamos proceder con la revisión de su solicitud. Los siguientes párrafos proporcionan más información sobre el proceso que seguimos.

Si no está contento con un servicio que recibió

Si no está satisfecho con algún aspecto del cuidado de la salud que recibe a través de un proveedor de Trillium Sprout Healthy KidsConnect, queremos estar enterados. La ayuda comienza con una llamada a uno de nuestros representantes de Servicios al cliente.

Servicios al cliente de Trillium Sprout Healthy KidsConnect está disponible de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, excepto en los días feriado.

Llame al 1-877-401-5439 (llamada gratuita) o al 541-431-1990. Si tiene algún impedimento auditivo, llame a los servicios de TTY al 1-866-279-9750.

También se puede comunicar con nosotros por escrito. Nuestra dirección postal es:

Trillium Sprout Healthy KidsConnect
P.O. Box 11756
Eugene, OR 97440-3956

Si usted llama y no podemos resolver su asunto de inmediato, le preguntaremos si desea presentar una queja por escrito. Si indica que desea presentar una queja por escrito, le enviaremos un formulario para que lo complete y nos lo devuelva. A los 5 días hábiles de recibir su queja por escrito, le enviaremos una carta para confirmar que recibimos su queja por escrito. Le enviaremos nuestra decisión por escrito con respecto a su queja dentro de un período de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos su queja por escrito.

Si no está contento con respecto a una denegación de una solicitud de servicio o con la forma en la que manejamos su reclamo

Siempre que deneguemos una solicitud de servicio o un reclamo, le enviaremos una explicación escrita de la denegación. Si no está satisfecho con la denegación, usted, su proveedor, o su representante autorizado pueden presentar una solicitud por escrito para apelar la decisión de la denegación. Cualquier solicitud de apelar una denegación debe presentarse antes de transcurridos 60 días calendario de nuestra decisión de denegación.

Si necesita ayuda para llenar una solicitud de apelación por escrito, llámenos.

Proceso de apelación

Le enviaremos una confirmación por escrito dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción de su apelación por escrito y también iniciaremos nuestro proceso interno de apelación.

Nuestro proceso de apelación incluye hasta dos niveles de revisión para cada apelación. El primer nivel es por la persona que estuvo involucrada en tomar la decisión original. Si el resultado del primer nivel de revisión es continuar defendiendo la denegación inicial, pasaremos automáticamente al segundo nivel de revisión, el cual será por parte de un profesional apropiado de cuidado de la salud que no esté involucrado en la decisión inicial o en el proceso de apelación del primer nivel.

Le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión final de apelación dentro de un período de 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.

Si después de la revisión de segundo nivel continuamos respaldando nuestra denegación inicial, usted puede tener el derecho de solicitar una revisión externa.

Revisión externa

Si no está de acuerdo con nuestra decisión final de apelación, puede presentarnos una solicitud por escrito para una revisión externa. Usted no es responsable de los gastos de la revisión externa. Su solicitud se debe recibir dentro de los 180 días posteriores a nuestra decisión final.

Para calificar, su apelación debe ser:

- Una decisión adversa basada en una necesidad médica; o
- Una decisión adversa de tratamiento la cual se determinó que es de carácter experimental o de investigación; o
- Para el propósito de la continuidad del cuidado (no interrupción de un curso de tratamiento activo) según ORS 743.854.

Para solicitar una revisión externa debe enviarnos su solicitud a la siguiente dirección:

Trillium Sprout Healthy KidsConnect
P.O. Box 11756
Eugene, OR 97440-3956

Como miembro, debe saber que para que su apelación pase a revisión externa, usted, o su representante autorizado deben firmar una exención, en la que le otorga acceso a la organización de revisión independiente a sus expedientes médicos. Una exención puede ser una carta escrita o un formulario de Solicitud de apelación (Appeals Request Form). Si la solicitud la presenta su representante autorizado, la exención también debe incluir su firma y el nombre y firma de la persona individual a quien usted autorizó para que le represente.

Cuando recibimos su solicitud para una revisión externa, ya sea acelerada o estándar, debemos llenar un formulario de Solicitud de revisión externa. Debemos enviar su solicitud y el formulario completo de Solicitud de revisión externa al Director del Departamento de Servicios Comerciales y del Consumidor (DCBS, por sus siglas en inglés) dentro de los dos días posteriores a la recepción de su solicitud. Si usted presentó una solicitud acelerada, debemos enviar su solicitud de inmediato.

Estamos obligados a cumplir la decisión que tome la Organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés). Trillium Sprout Healthy KidsConnect acepta cumplir con las decisiones que tome la IRO.

Usted o su representante autorizado recibirá una decisión escrita de la IRO dentro del período de 30 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación por escrito para Revisión externa. Si hizo una solicitud acelerada, usted o su representante autorizado recibirá una decisión escrita dentro de los 3 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación por escrito.

Si desea más información acerca de la Revisión externa, comuníquese con nosotros al Departamento de Servicios al Cliente al 541-431-1990 o al número de llamada gratuita al 1-877-401-5439 o TTY 1-866-279-9750.

También puede conocer más acerca de las revisiones externas si visita:

http://insurance.oregon.gov/consumer/exreview/external_review_overview.html

Apelación acelerada o Revisión acelerada

Una revisión o apelación acelerada está garantizada cuando un profesional de cuidado de la salud que tenga una relación clínica con usted indique que usted podría experimentar un grave peligro o un deterioro en la calidad de vida si debe esperar 30 días por una decisión, lo cual es el tiempo que toma una decisión de revisión o apelación estándar.

Plazos de las apelaciones y revisiones

Trillium Sprout Health KidsConnect y la IRO tienen los siguientes márgenes de tiempo para tomar decisiones sobre solicitudes de apelación o revisión externa:

- 3 días para solicitudes aceleradas
- 30 días para solicitudes estándar

Formularios de apelación (no son necesarios para presentar una apelación)

Puede utilizar una carta escrita o un formulario de Solicitud de apelación para presentar su solicitud de apelación o revisión externa. Si llama para solicitar una apelación, le enviaremos una carta donde confirmamos nuestra comprensión del motivo de su apelación. Se le pedirá que indique si entendemos su solicitud correctamente o no, y que firme y devuelva la carta junto con cualquier documento adicional que le gustaría presentar para que lo tomemos en consideración. Iniciaremos el proceso de apelación y le proporcionaremos una respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su confirmación por escrito.

Otros recursos de apelaciones

Quejas y apelaciones: Si no estoy satisfecho con mi plan de salud o proveedor, ¿qué puedo hacer para presentar una queja o recibir ayuda externa?

También tiene derecho a presentar una queja y buscar ayuda del Director del Departamento de Servicios Comerciales y del Consumidor (DCBS, por sus siglas en inglés). Puede escribir al Director del DCBS al:

Department of Consumer and Business Services
350 Winter Street NE
P.O. Box 14480
Salem, OR 97309-0405

Tiene derecho a presentar una queja o buscar ayuda adicional de la agencia de Oregon. La ayuda está disponible:

- Si llama al 503-947-7984 o a la línea de mensajes de llamada gratuita al 1-888-877-4894;
- Si escribe a la agencia de Oregon: Consumer Protection Unit, 350 Winter Street NE, Room 440-2, Salem, OR 97301-3883;
- A través de la Internet en http://www.cbs.state.or.us/external/ins/; y
- Por correo electrónico a dcbs.insmail@state.or.us.

Derechos y responsabilidades del miembro

De conformidad con la ley de Oregon (Proyecto de ley 21 del Senado, conocido como la Ley de protección de los pacientes), la siguiente Declaración de divulgación incluye preguntas y respuestas para informarle en forma integral a usted y sus dependientes cubiertos acerca de los beneficios y políticas de este plan de seguro médico.

Derechos de los miembros; sus derechos como miembro

- Usted tiene derecho a recibir información acerca de Trillium Sprout, nuestros servicios, nuestros proveedores y sus derechos y responsabilidades.
- Tiene derecho a recibir un trato respetuoso y reconocimiento de su diversidad y derecho a privacidad.
- Tiene derecho a participar con su proveedor de cuidado de la salud en la toma de decisiones relacionadas con su cuidado.
- Tiene derecho a discusiones honestas sobre opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias.

- Tiene derecho a discutir dichas opciones independientemente del costo del tratamiento o de si está cubierto por este plan.
- Tiene derecho a la protección confidencial de su información y expedientes médicos.
- Tiene derecho a expresar quejas sobre Trillium Sprout o sobre el cuidado que recibe, y de apelar decisiones que considere que son incorrectas.
- Tiene el derecho a continuar recibiendo el cuidado de un proveedor individual durante un período de tiempo limitado después de que finaliza el contrato por servicios médicos.

Responsabilidades de los miembros; sus responsabilidades como miembro

- Usted es responsable de proporcionar a Trillium Sprout y a nuestros proveedores, la información que necesitamos para cuidar de usted.
- Usted es responsable de seguir los planes de tratamiento o instrucciones que hayan acordado entre usted y sus proveedores de cuidado de la salud.
- Usted es responsable del pago de los copagos al momento del servicio y de llegar puntualmente para recibir tal servicio.
- Usted es responsable de leer y entender todos los materiales acerca de los beneficios de su plan de salud y de asegurarse de que los miembros de la familia cubiertos por este plan también los entiendan.
- Usted es responsable de asegurarse que los servicios cuenten con una autorización previa cuando este plan lo requiera antes de recibir el cuidado médico.