

Resumen *de* Beneficios

*Grupo de pequeñas empresas
Bronze PPO • Plan de seguro BQ1*



OPCIONES DE PRESTACIÓN

Cuando necesita atención de la salud, es bueno tener opciones. Por eso, Health Net Life* ofrece un plan de seguro de Organización de Proveedores Preferidos (por sus siglas en inglés, PPO), llamado

“Health Net PPO”, un plan de seguro que le ofrece flexibilidad y opciones. Este Resumen de Beneficios (por sus siglas en inglés, SB) responde a las preguntas básicas sobre Health Net PPO. Si tiene preguntas adicionales, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada y hable con uno de nuestros cordiales e informados representantes.

La cobertura descrita en este Resumen de Beneficios/Formulario de Divulgación (SB/DF) debe cumplir con los requerimientos de cobertura de los beneficios de salud esenciales que exige la Ley de Cuidado de la Salud Asequible (por sus siglas en inglés, ACA). Los beneficios de salud esenciales no están sujetos a ningún límite anual de dinero.

Los beneficios descritos conforme a este SB/DF no discriminan por raza, origen étnico, color de piel, nacionalidad, ascendencia, sexo, identidad, identidad de género, edad, discapacidad, orientación sexual, información genética, estado civil, condición de convivencia en pareja o religión, y no están sujetos a ninguna enfermedad preexistente ni período de exclusión.

Si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros:



Por teléfono, al 1-888-926-5133



O escriba a: Health Net Life Insurance Company

P.O. Box 10196

Van Nuys, CA 91410-0196



Este plan de seguro está asegurado por Health Net Life Insurance Company y es administrado por Health Net of California, Inc., (Health Net).

Este *Resumen de Beneficios* (SB) es solo un resumen de su plan de seguro de salud. El *Certificado de Seguro* (*Certificado*) del plan, que recibirá después de inscribirse, contiene los términos y condiciones exactos de su cobertura de Health Net Life. Usted tiene derecho a revisar el *Certificado* antes de inscribirse. Para obtener una copia del *Certificado*, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente, al 1-888-926-5133. Usted también debe consultar la *Póliza de Seguro Grupal* (*Póliza*) de Health Net PPO (emitida para su empleador) a fin de determinar las disposiciones contractuales que rigen para usted. Es importante que lea cuidadosamente este SB y el *Certificado* del plan una vez que los reciba, especialmente aquellas secciones que se apliquen a las personas con necesidades especiales de atención de la salud. Este SB incluye una matriz de beneficios en la sección “Programa de beneficios y cobertura”. En caso de conflicto, regirá el *Certificado*. Los beneficios por mandato estatal podrán aplicarse dependiendo de su estado de residencia.

ÍNDICE

CÓMO FUNCIONA EL PLAN	3
PROGRAMA DE BENEFICIOS Y COBERTURA	5
LÍMITES DE COBERTURA.....	20
BENEFICIOS Y COBERTURA	22
ADMINISTRACIÓN DE LA UTILIZACIÓN.....	29
PAGO DE PRIMAS Y CARGOS	30
RENOVACIÓN, CONTINUIDAD O FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA	34
SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON ALGÚN PUNTO DE NUESTRO PLAN	36
INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS ADICIONALES DEL PLAN	37
PROGRAMA DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA.....	37
PROGRAMA DE ATENCIÓN DE LA VISTA PARA NIÑOS.....	44
AVISO DE SERVICIOS DE IDIOMAS.....	47

Cómo funciona el plan

Lea la siguiente información para saber de quién o de qué grupo de proveedores puede recibir atención de la salud.

SELECCIÓN DE MÉDICOS

Este plan de seguro le permite lo siguiente:

- Seleccionar sus propios médicos y hospitales para todas sus necesidades de atención de la salud.
- Aprovechar los ahorros significativos en los costos cuando utiliza médicos contratados por nuestra PPO.

Como la mayoría de los planes de seguro PPO, Health Net PPO ofrece dos maneras diferentes para tener acceso a la atención:

- “Dentro de la red” significa que selecciona un médico (u hospital) contratado por nuestra PPO.
- “Fuera de la red” significa que selecciona un médico (u hospital) que no está contratado por nuestra PPO.

Su elección de médicos y hospitales puede determinar qué servicios estarán cubiertos, así como la cantidad que usted pagará. En muchos casos, se necesita una certificación para recibir los beneficios completos (consulte la sección “Programa de beneficios y cobertura” de este cuadernillo). Los proveedores preferidos se enumeran en el sitio web de HNL en www.healthnet.com, o bien, usted puede comunicarse con el Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada para obtener una copia del Directorio de Proveedores Preferidos.

CUANDO UTILICE UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED, LOS BENEFICIOS SE REDUCIRÁN DE MANERA CONSIDERABLE Y USTED DEBERÁ REALIZAR UN GASTO DE DESEMBOLSO SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR. PARA MAXIMIZAR LOS BENEFICIOS RECIBIDOS CONFORME A ESTE PLAN DE SEGURO HEALTH NET PPO, USTED DEBE UTILIZAR LOS PROVEEDORES PREFERIDOS.

CÓMO INSCRIBIRSE

Complete el formulario de inscripción que se encuentra en el paquete de inscripción y entrégueselo a su empleador. Si dicho formulario no está incluido, su empleador puede pedirle que utilice un formulario electrónico de inscripción o un sistema interactivo de respuesta de voz para inscribirse. Comuníquese con su empleador para obtener más información.

Algunos hospitales y otros proveedores no prestan uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos por el *Certificado* del plan y que usted o sus dependientes podrían necesitar:

- Planificación familiar
- Servicios anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia
- Esterilización, incluida la ligadura de trompas al momento del parto
- Tratamientos de infertilidad
- Aborto

Antes de inscribirse, debe obtener información adicional. Llame a su futuro médico, proveedor o clínica participantes o preferidos. O bien, llame al Centro de Comunicación con el Cliente, al número

de teléfono que aparece en la contraportada para asegurarse de obtener los servicios de atención de la salud que necesita.

Programa de beneficios y cobertura

Los servicios cubiertos y la cantidad que usted pague dependen del médico u hospital que seleccione cuando necesite atención de la salud. Los siguientes cuadros resumen lo que está cubierto y la cantidad que usted paga con Health Net PPO.

Matriz de beneficios principales y cobertura

Niveles de beneficios	PPO	Fuera de la red
<i>Características</i>	<p>(Proveedores preferidos) Atención proporcionada por médicos y hospitales contratados por nuestra PPO.</p>	<p>(Resto de proveedores) Atención proporcionada por médicos con licencia y hospitales que no tienen un contrato con nuestra PPO.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Costos de desembolso más bajos. • Gran libertad de elección. • Para ciertos servicios, se requiere la certificación de Health Net Life. • Por lo general, no se requieren formularios de reclamo para reembolsos. • Debe alcanzar un deducible anual (y un coseguro, si corresponde a este plan de seguro). • Cobertura disponible para servicios de atención preventiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Costos de desembolso más altos. • Más libertad de elección. • Para ciertos servicios, se requiere la certificación de Health Net Life. • Se requieren formularios de reclamo para reembolsos. • Debe alcanzar un deducible anual y un coseguro.

+ Para el nivel de beneficios de PPO, los porcentajes que aparecen en este cuadro se basan en las tasas contratadas con los proveedores. Para obtener más detalles, consulte “Tasa contratada” en la sección “Pago de primas y cargos”.

Para el nivel de beneficios fuera de la red, los porcentajes que aparecen en este cuadro se basan en la Lista de Valores Relativos Basados en Recursos (por sus siglas en inglés, RBRVS). La persona cubierta es responsable de los cargos que excedan los honorarios de la RBRVS, además del coseguro especificado.

Deducibles

PPO

Fuera de la red

Usted debe pagar esta cantidad por los servicios cubiertos antes de que HNL comience a pagar. Sin embargo, los servicios de PPO a los que se aplica un copago no están sujetos al deducible por año calendario.

Deducible por año calendario *Usted debe pagar un deducible antes de que el plan de seguro comience a pagar por los servicios cubiertos. Una vez que uno de los familiares cumpla con el deducible individual, el resto de los familiares inscritos debe continuar pagando un deducible hasta que cada familiar inscrito alcance, de manera individual, el deducible individual o hasta que la cantidad total pagada por la familia alcance el deducible familiar.*

Cualquier cantidad que se aplique al deducible de los servicios cubiertos brindados por un proveedor de PPO no se aplicará al deducible fuera de la red; cualquier cantidad que se aplique al deducible de los servicios cubiertos brindados por un proveedor fuera de la red no se aplicará al deducible de PPO.

Por persona cubierta [⌘]	\$5,000	\$10,000
Por familia [⌘]	\$10,000	\$20,000

[⌘] *Combinados con farmacia.*

Máximos del plan de seguro

PPO

Fuera de la red

Desembolso máximo anual



Una vez que su pago por copagos o coseguros iguale la cantidad que se muestra a continuación en cualquier año calendario, no se requerirán copagos ni coseguros adicionales por los servicios cubiertos durante el resto de ese año. Los pagos por servicios que no están cubiertos por este plan de seguro, o por ciertos servicios según se especifica en la sección “Pago de primas y cargos” de este SB, no se aplicarán a este desembolso máximo anual. Usted deberá continuar pagando por cualquier beneficio adicional, según se describe en la sección “Información sobre los beneficios adicionales del plan” de este SB.

Por persona cubierta	\$6,250	\$12,500
Por familia	\$12,500	\$25,000

Tipo de servicios, máximos de beneficios y lo que paga usted

Servicios profesionales	PPO	Fuera de la red
Consulta al médico	\$60 [♦]	50 %
Consultas con especialistas.....	\$70	50 %
Visitas prenatales al consultorio*	\$0 [±]	50 %
Visitas posparto al consultorio.....	\$60 [♦]	50 %
Parto normal, cesárea, atención profesional del recién nacido como paciente internado*	30 %	50 %

Tratamiento por complicaciones en el embarazo*	.....	Consulte la nota a continuación**	Consulte la nota a continuación**
Visita del médico al hospital o al centro de enfermería especializada	.....30 %	.....	50 %
Servicios de cirujano o cirujano asistente^{▲**□}	.....30 %	.....	50 %
Administración de anestésicos	.....30 %	.....	50 %
Terapia de rehabilitación (incluye fisioterapia, terapia del habla, ocupacional, de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación pulmonar)*	.....\$60 [∞]	Sin cobertura
Terapia de habilitación (incluye fisioterapia, terapia del habla, ocupacional, de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación pulmonar)*	.....\$60 [∞]	Sin cobertura
Trasplantes de órganos y de células madre (no experimentales ni de investigación)*	.....30 %	.....	Sin cobertura
Quimioterapia	.....\$60	.....	50 %
Radioterapia	.....\$60	.....	50 %
Exámenes de la vista y la audición (para diagnóstico o tratamiento, incluidos los exámenes de la vista refractivos)	.....\$70	.....	Sin cobertura

♦ *Se aplica un deducible después de las primeras tres visitas no preventivas.*

[∞] *Se aplica un deducible.*

[±] *Sin deducible.*

* *Las visitas al consultorio para atención prenatal y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos están cubiertas en su totalidad para proveedores preferidos y no se aplica el deducible por año calendario. Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, el copago o coseguro anterior se aplicará a los servicios no preventivos.*

** *Los requisitos de deducibles, copagos o coseguros correspondientes se aplican a cualquier servicio y suministro requerido para el tratamiento de una enfermedad o afección, incluidas, entre otras, las complicaciones del embarazo. Por ejemplo, si la complicación requiere una visita al consultorio, entonces se aplicará el copago o coseguro por visita al consultorio.*

* *Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación, pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250.*

▲ *La cirugía incluye la reconstrucción quirúrgica de un seno a raíz de una mastectomía y la cirugía para restaurar la simetría; además incluye la prótesis y el tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, por ejemplo el linfedema.*

- ▣ La cobertura antes descrita en relación con los servicios de rehabilitación médicamente necesarios que se proporcionan después del síndrome de linfedema posterior a una mastectomía cumple con los requisitos de la Ley de Salud de la Mujer y Derechos sobre el Cáncer, de 1998. Este plan, según lo requerido por la Ley de Salud de la Mujer y Derechos sobre el Cáncer, de 1998, brinda beneficios para servicios relacionados con mastectomías, que incluyen todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y complicaciones producto de una mastectomía, incluido el linfedema.

Tratamiento para alergias y otras inyecciones (excepto inyección para tratar la infertilidad)	PPO	Fuera de la red
Pruebas de alergias.....	\$70.....	50 %
Suero para alergias.....	\$70.....	50 %
Servicios de inyecciones para alergias.....	\$70.....	50 %
Inyecciones (excepto para infertilidad)		
Medicamentos inyectables administrados por un médico.....	\$70.....	50 %

Nota:

Determinados medicamentos inyectables que se consideran autoadministrados están cubiertos en el nivel de medicamentos especializados conforme al beneficio de farmacia. Los medicamentos especializados no están cubiertos conforme a los beneficios médicos aunque sean administrados en el consultorio del médico. Si necesita que el proveedor le administre el medicamento especializado, usted deberá obtener dicho medicamento a través del proveedor de especialidades farmacéuticas y llevarlo con usted al consultorio del proveedor. Alternativamente, usted puede coordinar la entrega del medicamento especializado directamente al consultorio del proveedor a través del proveedor de especialidades farmacéuticas. Consulte la sección “Proveedor de especialidades farmacéuticas” de la sección “Programa de beneficios y copagos” para conocer el copago o coseguro aplicable.



Las inyecciones para el tratamiento de la infertilidad se describen más abajo en la sección “Servicios para tratar la infertilidad”.

Servicios para pacientes ambulatorios	PPO	Fuera de la red
Servicios en centros para pacientes ambulatorios (que no sean cirugía; excepto servicios para tratar la infertilidad)**	30 %	50 %
Cirugía para pacientes ambulatorios (solo cargos del hospital o de un centro quirúrgico ambulatorio; excepto servicios para tratar la infertilidad)*	30 %	50 %

* Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación, pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250.



La atención de infertilidad para pacientes ambulatorios se describe en la sección “Servicios para tratar la infertilidad” a continuación.

Servicios hospitalarios	PPO	Fuera de la red
Habitación semiprivada en un hospital o unidad de cuidados especiales con servicios auxiliares, incluyendo atención por parto y maternidad (sin límite de días).....	30 %	50 %
Hospitalización en un centro de enfermería especializada	30 %	50 %
Internación por cirugía bariátrica (pérdida de peso)	30 %	Sin cobertura




Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación, pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250.

El coseguro por servicios hospitalarios para pacientes internados o servicios en unidades de cuidados especiales mencionado anteriormente se aplica a cada admisión de hospitalización para un adulto, un niño o un recién nacido. Si un paciente recién nacido necesita ser internado en una unidad de cuidados especiales, se aplicará un coseguro por separado para servicios hospitalarios para pacientes internados.


La atención para pacientes internados para el tratamiento de la infertilidad se describe en la sección “Servicios para tratar la infertilidad” a continuación.

Servicios radiológicos	PPO	Fuera de la red
Procedimientos de laboratorio	30 %	50 %
Radiografías e imágenes de diagnóstico	30 %	50 %
Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/por emisión de positrones, resonancia magnética)	30 %	50 %

 Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación, pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250.

Atención preventiva	PPO	Fuera de la red
Servicios de atención preventiva.....	\$0 [±]	Sin cobertura

[±] Sin deducible.

 Los servicios de atención preventiva para adultos y niños tienen cobertura, según indicación de su médico, de acuerdo con las pautas de los siguientes recursos: las recomendaciones de grado A o B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., las Prácticas del Comité Asesor sobre Vacunación adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, las pautas para la atención de salud preventiva en niños, adolescentes y mujeres, según las recomendaciones de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA).


Los servicios de atención preventiva no están sujetos al deducible por año calendario e incluyen, entre otros, las evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, que incluyen servicios de atención preventiva para el embarazo y exámenes preventivos de la vista y la audición, una prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV), que cuenta con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, FDA), y la opción de cualquier prueba de detección del cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA.

Un sacaleches y los suministros necesarios para que funcione estarán cubiertos para cada embarazo sin cargo para la persona cubierta. Determinaremos el tipo de equipo, ya sea para alquilar o para comprar el equipo, y el proveedor que lo proporciona. Los sacaleches se pueden obtener llamando al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Cobertura de salud de emergencia	PPO	Fuera de la red
Sala de emergencias (servicios profesionales y del centro) [£]	\$300.....	\$300
Servicios de atención de urgencia	\$120 [♦]	50 %

[♦] Se aplica un deducible después de las primeras tres visitas no preventivas.

[£] Sin copago en caso de internación.

 El coseguro que se indica para los servicios de atención de emergencia de PPO se aplicará a toda la atención de emergencia, sin importar si el proveedor de atención de la salud es un proveedor de PPO o un proveedor no contratado. El coseguro que se indica para proveedores de PPO y fuera de la red solo se aplica cuando se proporciona atención que no es de emergencia en una sala de emergencias o en un centro de atención de urgencia.

Servicios de ambulancia	PPO	Fuera de la red
Ambulancia terrestre.....	\$300.....	\$300
Ambulancia aérea	\$300.....	\$300



Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación, pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250.

Plan de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios

Medicamentos que requieren
receta médica

Farmacia participante

Farmacia no participante

+ El beneficio de medicamentos que requieren receta médica está sujeto al deducible por año calendario y al desembolso máximo, tal como se describe al comienzo de esta sección. Para conocer las definiciones, los beneficios y las limitaciones, también consulte la sección “Programa de medicamentos que requieren receta médica” de este SB.

Farmacia de venta minorista (hasta 30 días de suministro)

Medicamentos del Nivel I

enumerados en la Lista de
medicamentos esenciales con receta
(principalmente genéricos).....\$15

Sin cobertura

Medicamentos del Nivel II

enumerados en la Lista de
medicamentos esenciales con receta
(principalmente de marca
preferidos) y suministros para
diabéticos
(incluida la insulina)♦

\$50

Sin cobertura

Medicamentos del Nivel III

enumerados en la Lista de
medicamentos esenciales con receta
(o medicamentos no preferidos no
enumerados en la Lista de
medicamentos esenciales
con receta)♦

\$75

Sin cobertura

Medicamentos preventivos, incluidos

los medicamentos para dejar de
fumar y anticonceptivos
femeninos*

\$0±

Sin cobertura

Proveedor de especialidades farmacéuticas

Farmacia especializada

Medicamentos especializados cuando están enumerados en la

Lista de medicamentos esenciales con receta30 %

Programa de compra por correo (hasta 90 días de suministro para medicamentos de mantenimiento)

Medicamentos del Nivel I enumerados en la Lista de medicamentos esenciales con receta (principalmente genéricos)	\$30.....	Sin cobertura
Medicamentos del Nivel II enumerados en la Lista de medicamentos esenciales con receta (principalmente de marca preferidos) y suministros para diabéticos (incluida la insulina) ♦	\$100.....	Sin cobertura
Medicamentos del Nivel III enumerados en la Lista de medicamentos esenciales con receta (o medicamentos no preferidos no enumerados en la Lista de medicamentos esenciales con receta) ♦	\$150.....	Sin cobertura
Medicamentos preventivos, incluidos los medicamentos para dejar de fumar y anticonceptivos femeninos*	\$0 [±]	Sin cobertura

[±] Sin deducible.

Los medicamentos contra el cáncer por vía oral tendrán un deducible, copago o coseguro máximo de \$200 por receta individual con un suministro hasta de 30 días.

♦ *Los medicamentos genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible en el mercado. Cuando se despacha un medicamento de marca y existe un equivalente genérico disponible en el mercado, la persona cubierta deberá pagar el copago por medicamentos de Nivel III o el coseguro por medicamentos especializados, según corresponda, cuando sea médicamente necesario.*

* *Los medicamentos preventivos, incluidos los medicamentos para dejar de fumar y los anticonceptivos femeninos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos, están cubiertos sin cargo para la persona cubierta y no están sujetos al deducible. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre o medicamentos que requieren receta médica, utilizados con fines de salud preventiva según las recomendaciones de grado A o B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.*

Si se despacha un medicamento de marca y hay un medicamento genérico equivalente disponible en el mercado, usted debe pagar el copago correspondiente al medicamento de Nivel III o el coseguro del medicamento especializado, según corresponda.

Suministros médicos	PPO	Fuera de la red
Equipo médico duradero*	30 %	Sin cobertura
Educación sobre la diabetes	\$60*	50 %

Aparatos ortóticos (como aparatos ortopédicos, soportes y yesos)*	30 %	Sin cobertura
Calzado correctivo*	30 %	Sin cobertura
Equipo para diabéticos (consulte la sección “Programa de medicamentos que requieren receta médica” de este SB para obtener información sobre el beneficio de suministros para diabéticos)	30 %	50 %
Calzado para diabéticos.....	30 %	50 %
Prótesis*	30 %	50 %

*Se aplica un deducible después de las primeras tres visitas no preventivas.



Los dispositivos y suministros de lactancia, según las pautas de HRSA, están cubiertos como “Atención preventiva” en esta sección.



El equipo médico duradero está cubierto cuando es médicamente necesario y adquirido o suministrado de parte de un proveedor contratado de equipo médico duradero que sea designado por HNL. Los proveedores preferidos que no son designados por HNL como un proveedor contratado de equipo médico duradero son considerados proveedores fuera de la red a los fines de determinar la cobertura y los beneficios. El equipo médico duradero no está cubierto si es proporcionado por un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores contratados de equipo médico duradero designados por HNL, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada.



El equipo para diabéticos cubierto por el beneficio médico (“Equipo para diabéticos”) incluye monitores del nivel de glucosa en sangre diseñados para ayudar a las personas con impedimentos visuales, bombas de insulina y suministros relacionados, y calzado correctivo. El equipo y los suministros para diabéticos cubiertos por el beneficio de medicamentos que requieren receta médica incluyen insulina, marcas específicas de monitores del nivel de glucosa en sangre y tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en sangre, tiras reactivas para el control de los niveles de cetona en orina, lancetas y dispositivos tipo lancetas para punción, marcas específicas de sistemas de administración con pluma para la administración de insulina (incluidas las agujas para la pluma) y jeringas para insulina.

Además, los siguientes suministros están cubiertos por el beneficio médico tal como se especifica a continuación: los aparatos para la vista (salvo lentes y accesorios) para ayudar a las personas con impedimentos visuales en la dosificación correcta de la insulina están incluidos en el beneficio “Prótesis”. El Glucagón está incluido en el beneficio de medicamentos autoinyectables. La capacitación para el autocontrol, la educación y la terapia de nutrición médica estarán cubiertas solo si son brindadas por profesionales de la atención de la salud con licencia y con conocimiento y experiencia en el control o el tratamiento de la diabetes (incluidas en el beneficio “Educación sobre la diabetes”).

- * *Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación, pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250.*

Beneficios para trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas

PPO

Fuera de la red

+ *Enfermedad mental grave incluye esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva), trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno generalizado del desarrollo (incluyendo trastorno autístico, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo de la infancia, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo que no incluyan específicamente autismo atípico, de acuerdo con la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales), autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.*

Un trastorno emocional grave del niño ocurre cuando un niño menor de 18 años padece uno o más trastornos mentales identificados en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, que no sea principalmente un trastorno por dependencia de sustancias químicas o un trastorno del desarrollo y que tenga como consecuencia un comportamiento inapropiado para la edad del niño de acuerdo con las normas de desarrollo esperadas. Además, el niño debe cumplir con una de las siguientes condiciones: (a) como resultado del trastorno mental, el niño tiene un problema importante en por lo menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, rendimiento escolar, relaciones familiares o capacidad para actuar dentro de la comunidad y (i) el niño se encuentra en riesgo de ser separado del hogar o ya ha sido separado de este, o (ii) el trastorno mental y los problemas han durado más de seis meses o es probable que continúen durante más de un año; (b) el niño demuestra alguna de las siguientes condiciones: rasgos psicóticos, riesgo de suicidio o riesgo de violencia debido a un trastorno mental; y/o (c) el niño cumple con los requisitos de elegibilidad para educación especial, según lo establece el Capítulo 26.5 (comenzando por el Artículo 7570) de la Sección 7 del Título 1 del Código de Gobierno.

Enfermedad mental grave y trastornos emocionales graves del niño

Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios (evaluación psicológica o sesión terapéutica en un consultorio, incluidas sesiones de terapia individual y de grupo, control de medicamentos y monitoreo de terapia con medicamentos)*

\$60* 50 %

Servicios para pacientes ambulatorios que no sean visitas al consultorio (pruebas psicológicas y neuropsicológicas, programas de cuidados intensivos para pacientes ambulatorios, tratamientos diurnos, hospitalización parcial y otros procedimientos para pacientes ambulatorios, incluido el tratamiento de salud conductual para el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo)*	0 % [±]	50 %
Centro para pacientes internados*	30 %	50 %

Otros trastornos mentales

Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios (evaluación psicológica o sesión terapéutica en un consultorio, incluidas sesiones de terapia individual y de grupo, control de medicamentos y monitoreo de terapia con medicamentos)*	\$60 [♦]	50 %
---	-------------------------	------

Servicios para pacientes ambulatorios que no sean visitas al consultorio (pruebas psicológicas y neuropsicológicas, programas de cuidados intensivos para pacientes ambulatorios, tratamientos diurnos, hospitalización parcial y otros servicios para pacientes ambulatorios)*	0 % [±]	50 %
Centro para pacientes internados*	30 %	50 %

Dependencia de sustancias químicas

Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios (evaluación psicológica o sesión terapéutica en un consultorio, incluidas sesiones de terapia individual y de grupo, control de medicamentos y monitoreo de terapia con medicamentos)*	\$60 [♦]	50 %
---	-------------------------	------

Servicios para pacientes ambulatorios que no sean visitas al consultorio (pruebas psicológicas y neuropsicológicas, programas de cuidados intensivos para pacientes ambulatorios, tratamientos diurnos, hospitalización parcial y otros servicios para pacientes ambulatorios)*	0 % [±]	50 %
Centro para pacientes internados *	30 %	50 %
Desintoxicación para pacientes internados*	30 %	50 %

♦ Se aplica un deducible después de las primeras tres visitas no preventivas.

± Sin deducible.

* Cada sesión de terapia de grupo requiere solo la mitad del copago por una visita privada al consultorio. Si dos o más personas cubiertas de la misma familia asisten a la misma sesión de tratamiento para pacientes ambulatorios, solo se aplicará un copago.

* Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación, pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250.

Servicios de cuidado de la salud en el hogar	PPO	Fuera de la red
Visitas de cuidado de la salud en el hogar*	30 %	50 %
Máximo de visitas por año calendario [∩]	100	100

∩ Combinado para PPO y fuera de la red.

* Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación, pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250.

Otros servicios	PPO	Fuera de la red
Esterilización: vasectomía	30 %	50 %
Esterilización: ligadura de trompas	\$0 [±]	Sin cobertura
Sangre, plasma sanguíneo, derivados de la sangre y factores de la sangre (excepto los medicamentos utilizados para tratar la hemofilia, incluidos los factores de la sangre)**	30 %	50 %
Medicamentos utilizados para tratar la hemofilia, incluidos los factores de la sangre**	30 %	Sin cobertura

Diálisis renal	\$60.....	50 %
Servicios de cuidado para enfermos terminales*	\$0.....	50 %
Terapia de infusión (en el hogar o en el consultorio del médico)*	\$60.....	50 %

± Sin deducible.

* Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250.

** Los medicamentos utilizados para tratar la hemofilia, incluidos los factores de la sangre, están cubiertos en el nivel de medicamentos especializados conforme al beneficio de farmacia. Los medicamentos especializados no están cubiertos conforme al beneficio médico aunque sean administrados en el consultorio de un médico. Si necesita que el proveedor le administre el medicamento especializado, usted deberá obtener dicho medicamento a través del proveedor de especialidades farmacéuticas y llevarlo con usted al consultorio del proveedor. También puede coordinar la entrega del medicamento especializado directamente en el consultorio del proveedor a través del proveedor de especialidades farmacéuticas.



Los servicios y suministros para la infertilidad se describen a continuación en la sección “Servicios para tratar la infertilidad”.

La esterilización femenina, así como los métodos anticonceptivos y los servicios de orientación para mujeres, según las pautas de HRSA, están cubiertos bajo “Atención preventiva” en esta sección.

Servicios para tratar la infertilidad	PPO	Fuera de la red
Servicios y suministros para tratar la infertilidad (todos los servicios cubiertos que diagnostiquen, evalúen o traten la infertilidad)	50 %	Sin cobertura
Beneficio máximo de por vida (se aplica a todos los servicios cubiertos para la infertilidad)	\$2,000	No se aplica
Beneficio máximo de por vida (se aplica a todos los medicamentos orales para tratar la infertilidad)	\$2,000	No se aplica

Notas:

Los servicios para la infertilidad incluyen medicamentos que requieren receta médica, servicios profesionales, atención para pacientes internados y para pacientes ambulatorios y tratamiento mediante inyecciones.

Todos los cálculos del beneficio máximo de por vida en el caso de los servicios de infertilidad para cada persona cubierta se basan en el monto total agregado de los beneficios pagados conforme a este plan y de todos los demás planes de Health Net o HNL patrocinados por el mismo empleador.

Acupuntura	PPO	Fuera de la red
Visitas al consultorio*	\$60*	Sin cobertura

* Se aplica un deducible después de las primeras tres visitas no preventivas.

* Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB.

Atención de la vista para niños (desde el nacimiento hasta los 18 años)

† Los beneficios de la vista para niños son administrados por EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista contratado. Consulte la sección “Programa de atención de la vista para niños” que aparece más adelante en este SB/DF para obtener información sobre los beneficios, incluyendo el Programa de lentes y accesorios.

Límites de cobertura

LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO (EXCLUSIONES Y LIMITACIONES)

- La ambulancia aérea o terrestre y los servicios de paramédicos que no sean de atención de emergencia o que no sean el transporte del paciente no serán cubiertos a menos que sean médicamente necesarios y se haya obtenido una certificación.
- Inseminación artificial.
- Atención de salud mental como condición de libertad bajo palabra o de libertad condicional, o tratamiento y pruebas para trastornos mentales ordenados por un tribunal, excepto cuando dichos servicios sean médicamente necesarios.
- Cargos que excedan la tasa negociada entre cualquier organización y el médico, hospital u otro proveedor.
- Concepción mediante procedimientos médicos (fertilización in vitro y transferencia intratubárica de cigotos).
- Afecciones que resulten de la liberación de energía nuclear cuando se encuentren disponibles fondos del gobierno.
- El calzado correctivo no está cubierto, a menos que sea médicamente necesario, esté hecho a medida para la persona cubierta o constituya un aparato ortótico para prevenir o tratar complicaciones derivadas de la diabetes.
- Servicios o suministros cosméticos.
- Cuidado bajo custodia o como residente.
- Servicios dentales. Sin embargo, están cubiertos los servicios dentales o de ortodoncia médicamente necesarios que sean una parte integral de la cirugía reconstructiva relacionada con procedimientos de paladar hendido. El paladar hendido incluye, además de la afección del mismo nombre, el labio leporino u otras anomalías craneofaciales asociadas con el paladar hendido.
- Suministros desechables para uso en el hogar.
- Procedimientos experimentales o de investigación, salvo según lo establecido en las secciones “Estudios clínicos” y “Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan” de este SB.
- Las pruebas genéticas prenatales no están cubiertas, excepto cuando Health Net Life las considera médicamente necesarias. El médico que receta tiene que solicitar una autorización previa para la cobertura.
- Audífonos.
- Hipnosis.
- Vacunas e inyecciones para viajes al extranjero o por motivos laborales.
- Terapia matrimonial, salvo cuando se proporciona en relación con otros servicios prestados para un trastorno mental tratable.
- Instituciones no elegibles. Este plan de seguro solo cubre los servicios o suministros proporcionados por un hospital que funcione legalmente, un centro de enfermería especializada aprobado por Medicare u otro centro debidamente autorizado, tal como se especifica en el *Certificado*. Cualquier institución, sin importar cómo se designe, no es una institución elegible. Los servicios o suministros proporcionados por dichas instituciones no están cubiertos.
- Trastornos no tratables.
- Medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios (excepto los que se indican en el “Programa de medicamentos que requieren receta médica”).
- Aparatos ortóticos (como aparatos ortopédicos, soportes y yesos) que no están hechos a la medida para el cuerpo de la persona cubierta. Consulte el ítem sobre “calzado correctivo” que aparece anteriormente para conocer las limitaciones adicionales de los aparatos ortóticos para los pies.
- Artículos personales o para comodidad personal.

- Autotratamiento del médico.
- Médicos que traten a familiares directos.
- Habitación privada cuando sea hospitalizado, a menos que sea médicamente necesario.
- Atención de enfermería privada.
- Cirugía refractiva del ojo, a menos que sea médicamente necesaria, recomendada por el médico tratante de la persona cubierta y autorizada por Health Net Life.
- Cirugía para revertir procedimientos de esterilización.
- Atención de los pies de rutina para el tratamiento de callos, corte de uñas, a menos que sea recetado para el tratamiento de la diabetes (salvo que sea médicamente necesario).
- Exámenes físicos de rutina (incluidos los exámenes psicológicos o las pruebas de detección de drogas) para seguros, licencias, empleos, escuelas, campamentos u otros propósitos que no sean preventivos.
- Servicios y suministros que se determina que no son médicamente necesarios según se define en el *Certificado*.
- Servicios y suministros que no se indican específicamente en el *Certificado* del plan como gastos cubiertos.
- Servicios y suministros que no requieren de pago si no se tiene seguro médico.
- Servicios por una lesión ocurrida mientras cometa o intente cometer un delito, a menos que se trate de una lesión producto de un acto de violencia familiar o producto de una enfermedad.
- Los servicios por problemas en el embarazo de una madre sustituta están cubiertos cuando la madre sustituta es la persona cubierta por este plan HNL. Sin embargo, cuando se obtenga un pago por la sustitución, Health Net Life tendrá un derecho de retención sobre dicho pago para recuperar sus gastos médicos. Una madre sustituta es una mujer que acepta quedar embarazada con la intención de ceder la custodia de su hijo a otra persona.
- Servicios que no están relacionados con una enfermedad o lesión cubiertas, excepto cuando se proporcionan como atención preventiva y exámenes anuales de rutina.
- Servicios recibidos antes de la fecha de entrada en vigencia o después de la terminación de la cobertura, excepto según lo específicamente estipulado en la sección “Extensión de beneficios” del *Certificado* del plan.
- Servicios de cambio de sexo, a menos que los servicios de atención de la salud en cuestión estén disponibles de otro modo conforme al *Certificado* del plan.
- Tratamiento de trastornos de la articulación de la mandíbula o procedimientos quirúrgicos para reducir o realinear la mandíbula, a menos que sean médicamente necesarios.
- Tratamiento de la obesidad, reducción de peso o control de peso, excepto el tratamiento de la obesidad mórbida.
- Los servicios relacionados con la educación y con propósitos laborales o profesionales, a excepción del tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo.
- Estrés, salvo cuando el servicio se presta en relación con otros servicios prestados para un trastorno mental tratable.

La lista anterior es parcial y se refiere a las principales exclusiones y limitaciones aplicables a la parte médica de su plan de seguro Health Net PPO. El *Certificado*, que usted recibirá si se inscribe en este plan de seguro, contendrá la lista completa.

Beneficios y cobertura

LO QUE USTED PAGA POR LOS SERVICIOS

La sección “Programa de beneficios y cobertura” explica su cobertura y pago por servicios. Tómese un momento para leerla en detalle.

Con Health Net PPO, usted es responsable del pago de una parte de los costos de su atención. La cantidad que usted paga puede variar desde una cantidad fija hasta un porcentaje significativo de los costos. Todo depende del médico (y hospital) que seleccione.

- Usted debe pagar un deducible antes de que el plan de seguro comience a pagar por los servicios cubiertos.
- Paga menos cuando recibe atención de médicos contratados por nuestra PPO, debido a que han acordado por anticipado brindar servicios por un honorario específico.
- Cuando recibe atención de médicos y hospitales fuera de la red, usted será responsable del coseguro aplicable, más el pago de cualquier cargo que exceda los gastos cubiertos según se define en el *Certificado*.
- Para algunos servicios, es necesaria una certificación para obtener los beneficios completos. Para obtener detalles, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este cuadernillo.
- Para protegerlo de gastos médicos inusualmente altos, existe una cantidad máxima o desembolso máximo que usted será responsable de pagar en cualquier año dado. Una vez que usted haya pagado esta cantidad, el plan de seguro pagará el 100 % de los gastos cubiertos. (Existen excepciones. Para obtener detalles, consulte el *Certificado*).

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL CONFORME A LA LEY DE REAUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS DE 2009

La Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIPRA), de 2009, crea un período de inscripción especial en el que las personas y sus dependientes son elegibles para solicitar la inscripción en este plan dentro de los 60 días posteriores al momento en que dejan de ser elegibles y pierden la cobertura del Programa Access for Infants and Mothers (AIM) o un plan Medi-Cal.

AVISO DE COBERTURA EXIGIDA

Los beneficios de este plan de seguro le brindan la cobertura exigida por la Ley Federal de Protección de la Salud de la Madre y el Recién Nacido, de 1996, y por la Ley Federal de Salud de la Mujer y Derechos sobre el Cáncer, de 1998.

La Ley de Protección de la Salud de la Madre y el Recién Nacido, de 1996, establece el mínimo requerido para el período de hospitalización después del parto. Específicamente, los planes de salud grupales y las entidades emisoras de seguros de salud generalmente no pueden, conforme a las leyes federales, restringir los beneficios del período de hospitalización en relación con el nacimiento, tanto para la madre como para el niño recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, las leyes Federales generalmente no prohíben que el proveedor a cargo de la atención de la madre o del recién nacido, después de consultar a la madre, pueda darle de alta a ella o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, según la ley federal, los planes y sus emisores no podrán requerir que un proveedor obtenga autorización de del plan o de la entidad emisora de seguros para recetar una internación que no supere las 48 horas (o 96 horas).

La Ley de Salud de la Mujer y Derechos sobre el Cáncer, de 1998, se aplica a las mastectomías médicamente necesarias y exige cobertura para las prótesis y la cirugía reconstructiva en cualquiera de los senos para restaurar y lograr la simetría.

SERVICIOS QUE REQUIEREN CERTIFICACIÓN¹

Los siguientes servicios requieren una certificación para obtener la cobertura de PPO y fuera de la red. Si usted no se comunica con Health Net Life antes de recibir ciertos servicios, su nivel de reembolso de beneficios disminuirá, según se muestra en la sección “Programa de beneficios y cobertura” de este SB. Además, se cobrará una multa por admisiones de pacientes internados sin certificaciones y por servicios para pacientes ambulatorios sin certificaciones, según se muestra en la sección “Programa de beneficios y cobertura”. Estas multas no se aplican a su desembolso máximo. (Nota: Una vez alcanzado el desembolso máximo, si no se obtiene certificación, no se pagará el 100 % de los beneficios por los servicios). Los servicios prestados en casos de emergencia no requieren certificación.

Los servicios que requieren certificación incluyen los siguientes:

Todas las admisiones de pacientes internados, en cualquier centro:

- Centro de rehabilitación para afecciones agudas.
- Centro de atención para dependencia de sustancias químicas, excepto durante una emergencia.
- Centro de cuidado para enfermos terminales.
- Hospital, excepto durante una emergencia.
- Centro de salud mental, excepto durante una emergencia.
- Centro de enfermería especializada.

Ambulancia: Servicios de ambulancia aérea o terrestre que no son de emergencia.

Tratamiento de la salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo después de los 6 meses iniciales de tratamiento.

Implantes de condrocitos.

Implante coclear.

Estudios clínicos.

Aparatos ortóticos a medida.

Tratamiento dermatológico realizado en el consultorio del médico:

- Inyecciones e implantes cutáneos.
- Dermoabrasiones y descamaciones químicas.
- Tratamiento con láser.
- Exfoliación química y electrólisis.

Equipo médico duradero:

- Estimulador del crecimiento óseo.
- Dispositivo de presión positiva continua en las vías respiratorias (por sus siglas en inglés, CPAP)
- Artículos hechos a la medida.
- Camas de hospital.
- Sillas de ruedas eléctricas.
- Escúteres.

Cesárea electiva.

Servicios experimentales/de investigación y nuevas tecnologías.

Pruebas genéticas.

Servicios de cuidado de la salud en el hogar. Se incluyen los siguientes servicios: monitoreo fetal, cuidado para enfermos terminales, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios tocolíticos.

Neuroestimulador o estimulador de la columna vertebral.

Terapia ocupacional y del habla.

Servicios de trasplante de órganos, tejidos y células madre, incluidos los servicios previos a la evaluación y el tratamiento, así como el procedimiento de trasplante.

Procedimientos de diagnóstico para pacientes ambulatorios:

- TC (tomografía computarizada).
- MRA (angiografía por resonancia magnética).
- MRI (imágenes por resonancia magnética).
- PET (tomografía por emisión de positrones).
- Procedimientos de cardiología nuclear, incluida la SPECT (tomografía por emisión de fotón único).
- Estudios del sueño.

Productos farmacéuticos para pacientes ambulatorios:

- Autoinyectables.
- Factores para la hemofilia e inmunoglobulina intravenosa.
- Medicamentos intravenosos y de infusión.
- Determinados medicamentos administrados por el médico, ya sea que se administren en el consultorio del médico, en un centro de infusión independiente, mediante infusión en el hogar, en un centro quirúrgico ambulatorio, en un centro de diálisis para pacientes ambulatorios o en un hospital para pacientes ambulatorios. Consulte el sitio web de Health Net Life, www.healthnet.com, para obtener una lista de los medicamentos administrados por el médico que requieren certificación.

Fisioterapia y acupuntura para pacientes ambulatorios (que superen las 12 consultas).

Procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios:

- Procedimientos bariátricos.
- Blefaroplastia.
- Reducción y aumento de senos.
- Mastectomía para ginecomastia.
- Procedimientos ortognáticos (incluye el tratamiento de la articulación temporomandibular).
- Rinoplastia.
- Septoplastia.
- Tratamiento de várices.
- Uvulopalatofaringoplastia (por sus siglas en inglés, UPPP) y UPPP con láser
- Los servicios dentales o de ortodoncia médicamente necesarios que sean una parte integral de la cirugía reconstructiva relacionada con procedimientos de paladar hendido. El paladar hendido incluye, además de la afección del mismo nombre, el labio leporino u otras anomalías

craneofaciales asociadas con el paladar hendido.

Prótesis y aparatos ortóticos por más de \$2,500 en concepto de cargos facturados.

Radioterapia:

- Radioterapia de intensidad modulada (por sus siglas en inglés, IMRT).
- Terapia de protones.
- Radiocirugía estereotáctica y radioterapia estereotáctica del cuerpo (por sus siglas en inglés, SBRT).

Procedimiento X-Stop.

¹No se requiere certificación para el período de hospitalización en el caso de la cirugía reconstructiva como resultado de una mastectomía (incluida la tumorectomía) ni para diálisis renal. Tampoco se requiere certificación para el período de hospitalización para las primeras 48 horas posteriores a un parto normal o 96 horas posteriores a un parto por cesárea.

COBERTURA PARA RECIÉN NACIDOS

Los bebés nacidos después de la fecha de su inscripción están automáticamente cubiertos desde el nacimiento. Para continuar con la cobertura, el bebé debe ser inscrito a través de su empleador antes del día 30 posterior a su nacimiento. Si no se inscribe al bebé dentro de los 30 días de su nacimiento:

- La cobertura finalizará el día 31 después del nacimiento.
- Usted tendrá que pagar por toda la atención médica brindada después del día 30 de vida de su bebé.

EMERGENCIAS

Health Net Life cubre la atención de emergencia y la atención de urgencia en todo el mundo. Si usted necesita atención de emergencia o atención de urgencia, busque atención de inmediato donde esté disponible.

Se le recomienda que utilice adecuadamente el sistema de respuesta de emergencia **911**, en las áreas en las que dicho sistema está establecido y en funcionamiento, cuando tenga una afección de emergencia (esto incluye enfermedad mental grave y trastornos emocionales graves del niño) que requiera una respuesta de emergencia. Todos los servicios de ambulancia y de transporte en ambulancia proporcionados como resultado de una llamada al **911** estarán cubiertos si la solicitud se realiza debido a una afección de emergencia (esto incluye enfermedad mental grave y trastornos emocionales graves del niño).

Si usted va a un centro de emergencias por una afección que no es de naturaleza urgente o de emergencia, esta estará cubierta en cualquier nivel (PPO o fuera de la red) para el que califique, sujeta a las exclusiones y limitaciones de su plan de seguro.



Atención de emergencia es cualquier servicio cubierto para una enfermedad aguda, una nueva lesión o una complicación o deterioro no esperados de una enfermedad, lesión o afección existentes, ya conocidas por la persona, o, en el caso de un menor de edad, ya conocidas por su padre/madre o tutor, que una persona razonable, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina (una persona prudente) consideraría que requiere tratamiento inmediato (esto incluye enfermedad mental grave y trastornos emocionales graves del niño) y que sin tratamiento inmediato podría resultar en cualquiera de las siguientes situaciones: (a) se pondría en grave peligro su salud (y, en el caso de una embarazada, se pondría en grave peligro la salud del niño por nacer); (b) se dañarían gravemente las funciones, órganos o partes del cuerpo; o (c) se

produciría una disfunción grave de los órganos o partes del cuerpo. La atención de emergencia también incluye el tratamiento del dolor intenso o del parto activo. Parto activo es el trabajo de parto en un momento en el que podrían ocurrir cualquiera de las dos situaciones siguientes: (a) no hay tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro hospital antes del parto o (b) un traslado representa una amenaza para la salud y la seguridad de la afiliada o del niño por nacer.

Atención de urgencia significa cualquier servicio médico de otra manera cubierto, que una persona razonable con un conocimiento promedio sobre salud y medicina consideraría necesaria para el tratamiento de una lesión, una enfermedad inesperada o una complicación de una afección existente, incluyendo el embarazo, para prevenir el deterioro grave de su salud, pero que no cumple con la definición de atención de emergencia antes mencionada. Esto puede incluir servicios brindados en los casos en que una persona debería haber sabido razonablemente que no existía una emergencia.

ATENCIÓN MÉDICAMENTE NECESARIA

Todos los servicios que sean médicamente necesarios estarán cubiertos por su plan de seguro de Health Net Life (a menos que estén específicamente excluidos conforme al plan de seguro). Todos los servicios o suministros cubiertos se detallan en el *Certificado* del plan; cualquier otro servicio o suministro no está cubierto.

ESTUDIOS CLÍNICOS

Los costos de la atención de rutina para los pacientes con diagnóstico de cáncer o alguna otra enfermedad o afección que sea de riesgo vital, quienes han sido aceptados en estudios clínicos de fase I, II, III o IV, están cubiertos cuando estos estudios son médicamente necesarios, recomendados por el médico tratante de la persona cubierta y autorizados por Health Net Life. El médico debe determinar que la participación tiene un posible beneficio significativo para la persona cubierta y que el estudio tiene una intención terapéutica.

Si desea más información, consulte el *Certificado* del plan.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Si se termina nuestro contrato con un proveedor de atención de la salud de PPO, usted podrá elegir continuar la atención con dicho proveedor si usted está recibiendo atención por una enfermedad aguda, una enfermedad crónica grave, un embarazo, un recién nacido, una enfermedad terminal o una cirugía programada. Si desea recibir información adicional sobre cómo solicitar la continuidad de la atención, llame al Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

EXTENSIÓN DE BENEFICIOS

Si usted o un dependiente cubierto presentan discapacidad total cuando su empleador pone fin al contrato con Health Net Life, cubriremos el tratamiento para la discapacidad hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:

- Transcurra un máximo de 12 meses consecutivos desde la fecha de finalización.
- Se hayan agotado los beneficios disponibles.
- La discapacidad termine.
- Usted se inscriba en otro plan de seguro que cubre la discapacidad.

Su solicitud para una extensión de beneficios por discapacidad debe presentarse ante Health Net Life dentro de los 90 días posteriores a la finalización del contrato de su empleador con nosotros. A intervalos especificados, solicitaremos un comprobante médico que certifique la discapacidad total.

PROVEEDORES FUERA DEL ESTADO

Health Net PPO ha creado un programa que permite que las personas cubiertas tengan acceso a proveedores participantes fuera de su estado de residencia. Estos proveedores participan de una red (diferente de la red PPO de NHL) que acepta ofrecer descuentos en servicios de atención de la salud a

las personas cubiertas por HNL. Este programa se proporciona a través de la red de proveedores fuera del estado que se muestra en su tarjeta de identificación de HNL y está limitado a las personas cubiertas que viajan fuera de su estado de residencia.

Si viaja fuera de su estado de residencia, necesita atención o tratamiento médico y utiliza un proveedor de la red de proveedores fuera del estado, sus gastos de desembolso podrían ser menores que los que usted incurriría si utilizara un proveedor fuera de la red.

Cuando obtenga servicios fuera de su estado de residencia a través de la red de proveedores fuera del estado, usted estará sujeto a los mismos copagos, coseguros, deducibles, máximos y limitaciones que los que tendría si recibiera los servicios de un proveedor preferido en su estado de residencia. Existe la siguiente excepción: los gastos cubiertos se calcularán basados en la menor cantidad de (i) los cargos reales facturados o (ii) el cargo que la red de proveedores fuera del estado tiene permitido cobrar, basado en el contrato entre HNL y la red. En una pequeña cantidad de estados, los estatutos locales pueden establecer una base distinta para el cálculo de sus gastos cubiertos.

CONFIDENCIALIDAD Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS CUBIERTAS

Health Net Life sabe que la información personal de sus expedientes médicos es privada. Por lo tanto, protegemos su información personal sobre la salud en todos los entornos (esto incluye información oral, escrita y electrónica). El único caso en que divulgaríamos su información confidencial sin su autorización es para pago, tratamiento y operaciones de atención de la salud (incluyendo, entre otros, programas de administración de la utilización, mejora de la calidad, enfermedades o administración de casos) o cuando lo permita o requiera la ley, tal como por una orden o citación de un tribunal. No divulgaremos los detalles confidenciales de sus reclamos a su empleador o su agente. Generalmente, a Health Net Life se le exige cumplir medidas adicionales y requisitos de información de datos. En esos casos, protegemos su privacidad al no divulgar ninguna información que identifique a nuestras personas cubiertas.

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Una vez que usted se convierte en una persona cubierta por Health Net Life, Health Net Life utiliza y divulga la información protegida sobre la salud y la información financiera personal no pública* de la persona cubierta con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención de la salud y cuando lo permita o requiera la ley. Health Net Life proporciona a las personas cubiertas un Aviso de prácticas de privacidad que describe cómo utiliza y divulga la información protegida sobre la salud; los derechos de la persona de acceder y solicitar modificaciones, restricciones y un informe de la divulgación de la información protegida sobre la salud; y los procedimientos para presentar quejas. Health Net Life le dará la oportunidad de aprobar o rechazar la divulgación de su información para propósitos que no sean de divulgación de rutina, como por ejemplo marketing. Health Net Life brinda acceso a las personas cubiertas para que revisen u obtengan una copia de la información protegida sobre la salud de la persona cubierta en grupos de registros designados que Health Net Life conserva. Health Net Life protege la información oral, escrita y electrónica en toda la organización, mediante el uso de garantías de seguridad razonables y apropiadas. Dichas garantías incluyen limitar el acceso a la información protegida sobre la salud de una persona solo a aquellas personas que necesiten conocer dicha información para realizar un pago, un tratamiento u operaciones de atención de la salud, o bien, cuando lo permita o requiera la ley. Health Net Life divulga información protegida sobre la salud a los patrocinadores del plan de seguro para la administración de planes autofinanciados pero no divulga dicha información a patrocinadores del plan/empleadores para productos asegurados, a menos que el patrocinador del plan esté realizando un pago o cumpliendo una función de operación de atención de la salud para el plan. Usted puede encontrar el Aviso de prácticas de privacidad completo de Health Net Life en el *Certificado* del plan que se encuentra en la opción

“Privacy” (Privacidad) de www.healthnet.com, o puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada para obtener una copia.

** La información financiera personal no pública incluye la información financiera personalmente identificable que usted nos haya proporcionado para obtener la cobertura del plan de salud o que hayamos obtenido al brindarle los beneficios a usted. Algunos ejemplos incluyen números de Seguro Social, saldos de cuentas e historial de pagos. No divulgamos ninguna información personal no pública sobre usted a ninguna persona, excepto según lo permita la ley.*

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA

Las nuevas tecnologías son aquellos procedimientos, medicamentos o dispositivos que han sido desarrollados recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones específicas o que son nuevas aplicaciones de procedimientos, medicamentos o dispositivos existentes. Las nuevas tecnologías se consideran como de investigación o experimentales durante varias etapas de un estudio clínico mientras se evalúa su seguridad y eficacia, y la tecnología logra aceptación en el estándar médico de atención. Las tecnologías pueden seguir siendo consideradas de investigación o experimentales si el estudio clínico no ha demostrado su seguridad o eficacia, o si no son consideradas como parte de la atención estándar por la especialidad médica correspondiente. Las tecnologías aprobadas se integran a los beneficios de Health Net Life.

Health Net Life determina si las nuevas tecnologías se deben considerar médicamente apropiadas, o de investigación o experimentales, después de una extensa revisión de la investigación médica realizada por médicos adecuadamente especializados. Health Net Life solicita la revisión de las nuevas tecnologías a un revisor médico experto e independiente para determinar el estado de adecuación médica, o de investigación o experimentación de una tecnología o procedimiento.

El revisor médico experto también asesora a Health Net Life cuando los pacientes solicitan una determinación rápida de la cobertura, cuando no existe un principio rector para ciertas tecnologías o cuando la complejidad de la enfermedad de un paciente requiere la evaluación de un experto. Si Health Net Life rechaza, modifica o retrasa la cobertura para el tratamiento que usted solicitó, basándose en que es experimental o de investigación, usted puede solicitar una revisión médica independiente (“IMR”) de la decisión de Health Net Life al Departamento de Seguros. Consulte la “Revisión médica independiente de quejas formales que involucran un servicio de atención de la salud en disputa” en el *Certificado* para obtener más información.

Administración de la utilización

La administración de la utilización es una parte importante de la administración de la atención de la salud.

A través de los procesos de certificación previa, revisión simultánea y retrospectiva y administración de la atención, evaluamos los servicios proporcionados a nuestras personas cubiertas para asegurarnos de que dichos servicios sean médicamente necesarios y apropiados para el lugar y el momento. Estos procesos ayudan a mantener los estándares de administración médica de alta calidad de Health Net Life.

CERTIFICACIÓN PREVIA

Algunos servicios propuestos pueden requerir una evaluación antes de su aprobación. Para evaluar que el procedimiento sea médicamente necesario y se haya planeado para el entorno apropiado (es decir, para pacientes internados, cirugía ambulatoria, etc.) se usan criterios basados en la evidencia.

REVISIÓN SIMULTÁNEA

Este proceso continúa con la revisión para autorizar el tratamiento de afecciones de pacientes internados y ciertas afecciones de pacientes ambulatorios de forma simultánea al seguimiento de la evolución de una persona cubierta, como, por ejemplo, durante la hospitalización de un paciente internado o mientras se reciben servicios de atención de la salud en el hogar como paciente ambulatorio.

PLANIFICACIÓN DEL ALTA

Este elemento del proceso de revisión simultánea asegura que se realice una planificación del alta de manera segura para la persona cubierta en conjunción con las órdenes de alta del médico y que se autoricen los servicios posteriores a la hospitalización, cuando sean necesarios.

REVISIÓN RETROSPECTIVA

Este proceso de administración médica evalúa la conveniencia de los servicios médicos caso por caso, después de que se hayan prestado los servicios. Se realiza generalmente en casos en los que se solicitó certificación previa pero no se obtuvo.

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN O DE CASOS

Los administradores de atención de enfermería brindan asistencia, educación y orientación a las personas cubiertas (y a sus familias) para problemas importantes de salud crónicos y/o agudos a largo plazo. Los administradores de atención trabajan en estrecha colaboración con las personas cubiertas, sus médicos y los recursos comunitarios.

Si desea recibir más información sobre el proceso de administración de la utilización de Health Net Life, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

Pago de primas y cargos

SU COSEGURO, COPAGO Y DEDUCIBLES

La sección “Programa de beneficios y cobertura” explica su cobertura y pago por servicios. Tómese un momento para leerla en detalle.

PAGO PREVIO DE LAS PRIMAS

Su empleador pagará a Health Net Life sus primas mensuales por usted y por todos los dependientes inscritos. Consulte con su empleador cuál es la parte que usted debe pagar. Si alguna vez su parte aumenta, su empleador se lo informará con anticipación.

OTROS CARGOS

Usted es responsable del pago de su parte en el costo de los servicios cubiertos por este plan de seguro. Las cantidades que usted paga se denominan copagos, coseguros o deducibles, las cuales se describen en la sección “Programa de beneficios y cobertura” de este SB. Aparte de dichos cargos, el resto del costo de los servicios cubiertos será pagado por Health Net Life.

Cuando la cantidad total de los deducibles, copagos y coseguros que usted paga iguale la cantidad de desembolso máximo anual que se muestra en la sección “Programa de beneficios y cobertura”, usted no tendrá que pagar copagos ni coseguros adicionales, durante el resto del año por la mayoría de los servicios brindados, a menos que su médico cobre una cantidad que Health Net Life considere que excede los gastos cubiertos. Además, los deducibles, coseguros y copagos por cualquier beneficio

suplementario cubierto adquirido por su empleador, como servicios para el tratamiento de la infertilidad, no se aplicarán al límite, así como:

- Cargos que excedan los gastos cubiertos.
- Cargos por servicios o suministros no cubiertos por este plan de seguro.
- Multas por servicios para los que se solicitó una certificación pero no se obtuvo.

Para obtener más información, consulte el *Certificado*. Los gastos cubiertos para proveedores fuera de la red están limitados a la cantidad que se muestra en la Lista de valores relativos basados en recursos (RBRVS) establecida por el gobierno federal para Medicare, y después ajustados en un 75 %. Para aquellos servicios que no tienen una cantidad en la RBRVS, Health Net Life ha desarrollado una lista de cuotas limitadas que se muestra en el *Certificado*.

TASA CONTRATADA

La tasa contratada es aquella tasa que los proveedores preferidos tienen permitido cobrarle a usted, sobre la base de un contrato celebrado entre Health Net Life y dicho proveedor. Los gastos cubiertos por servicios prestados por un proveedor preferido se basarán en la tasa contratada.

CANTIDAD MÁXIMA PERMITIDA

La cantidad máxima permitida es la cantidad en la cual HNL se basa para reembolsar los servicios y suministros cubiertos recibidos de un hospital para pacientes internados, un centro de enfermería especializada, una agencia de atención de la salud en el hogar o para la atención de emergencia recibida durante un viaje al extranjero o una asignación de trabajo, proporcionada por un proveedor fuera de la red, que puede ser menor que la cantidad facturada por dichos servicios y suministros. Health Net Life calcula la cantidad máxima permitida como la cantidad facturada por un proveedor fuera de la red o la cantidad determinada según lo establecido en este documento, lo que sea menor. La cantidad máxima permitida no es la cantidad que Health Net Life paga por un servicio cubierto; el pago real se reducirá de acuerdo con los coseguros, los copagos, los deducibles y otras cantidades aplicables. Para obtener información adicional, consulte el *Certificado* del plan de seguro.

- La cantidad máxima permitida para la atención de emergencia fuera de la red será la mayor de las siguientes tres cantidades: (1) la cantidad negociada con los proveedores preferidos para el servicio de emergencia prestado, sin incluir todo copago o coseguro dentro de la red; (2) la cantidad calculada usando el mismo método que suele usar HNL para determinar los pagos para los proveedores fuera de la red, sin incluir todo copago o coseguro dentro de la red; o (3) la cantidad que se paga en conformidad con Medicare Parte A o B, sin incluir todo copago o coseguro dentro de la red.
- Para todos los servicios recibidos de un hospital para pacientes internados, un centro de enfermería especializada, una agencia de atención de la salud en el hogar, para la cirugía ambulatoria o para la atención de emergencia recibida durante un viaje al extranjero o una asignación de trabajo, la cantidad máxima permitida se determina aplicando un porcentaje de lo que Medicare permitiría (conocido como la cantidad permitida de Medicare). La cantidad máxima permitida por dichos servicios corresponde al 190 % de la cantidad permitida de Medicare.
- En el caso de que un servicio o una base de datos aplicables no incluyan una cantidad por el servicio o suministro proporcionados, la cantidad máxima permitida será el 75 % de los cargos cubiertos facturados por el proveedor. La cantidad máxima permitida determinada según las bases de datos descritas anteriormente puede ser más o menos que el 75 % de la cantidad que el proveedor cobra normalmente por los mismos servicios o suministros.
- La cantidad máxima permitida también puede estar sujeta a otras limitaciones sobre los gastos cubiertos. Consulte las secciones “Programa de beneficios”, “Beneficios del plan” y “Limitaciones

y exclusiones generales” del *Certificado* del plan de seguro para revisar las limitaciones de beneficios, los máximos, los requisitos de certificación previa y las políticas de pago específicos que limitan la cantidad que HNL paga por determinados servicios y suministros cubiertos. HNL utiliza las pautas disponibles de Medicare y sus contratistas, otros organismos reguladores gubernamentales, y las sociedades y organizaciones médicas reconocidas a nivel nacional como ayuda para su determinación sobre qué servicios y procedimientos son elegibles para reembolso.

Además de lo anterior, en algunas ocasiones, HNL también celebra contratos con proveedores que han contratado arreglos de honorarios con proveedores (“redes de terceros”). En el caso de que HNL celebre un contrato con una red de terceros que tenga un contrato con el proveedor fuera de la red, HNL puede, a su elección, utilizar la tasa acordada por la red de terceros como la cantidad máxima permitida, en cuyo caso usted no será responsable de la diferencia entre la cantidad máxima permitida y los cargos facturados. Usted será responsable de cualquier deducible, copago y/o coseguro aplicable del nivel fuera de la red.

Además, HNL puede, a su elección, referir un reclamo por servicios fuera de la red a un servicio de negociación de honorarios, a fin de negociar la cantidad máxima permitida para el servicio o suministro proporcionado directamente con el proveedor fuera de la red. En esa situación, si el proveedor fuera de la red acepta una cantidad máxima permitida negociada, usted no será responsable de la diferencia entre la cantidad máxima permitida y los cargos facturados. Usted será responsable de cualquier deducible, copago y/o coseguro aplicable del nivel fuera de la red.

En el caso de que los cargos facturados para el proveedor fuera de la red sean mayores que la cantidad máxima permitida, usted será responsable de cualquier cantidad cobrada que exceda la cantidad máxima permitida, excepto cuando los honorarios del proveedor fuera de la red se determinen en relación con un contrato de la red de terceros o que el proveedor fuera de la red acepte la cantidad máxima permitida negociada.

Tenga en cuenta que, cada vez que usted recibe servicios y suministros cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted es responsable de los deducibles, copagos y coseguros aplicables.

Para obtener más información sobre la determinación de la cantidad máxima permitida, o para obtener información, servicios y herramientas que lo ayuden a comprender más sus posibles responsabilidades financieras por servicios y suministros cubiertos fuera de la red, ingrese a www.healthnet.com o comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente de HNL, al número que aparece en su tarjeta de identificación.

RESPONSABILIDAD DE PAGO DEL AFILIADO

Si recibe servicios de atención de la salud de médicos fuera de nuestra red, se pagarán los servicios cubiertos en el nivel de beneficios fuera de la red. Usted es responsable de cualquier copago, coseguro y cantidad que exceda la RBRVS.

CLÁUSULAS DE REEMBOLSO

Si usted tiene gastos de desembolso por servicios cubiertos, llame al Centro de Comunicación con el Cliente para solicitar un formulario de reclamo e instrucciones. Se le reembolsarán dichos gastos menos cualquier copago, coseguro o deducible requerido.

Comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada para obtener los formularios de reclamo y para saber si debe enviar el formulario completado a su médico, hospital o a Health Net Life. Health Net Life debe recibir los reclamos dentro del plazo de un año a partir de la fecha del servicio para que sean elegibles para el reembolso.

† *Cómo presentar un reclamo:*

Para servicios médicos, envíe un formulario de reclamo completado a:

*Health Net Commercial Claims
P.O. Box 14702
Lexington, KY 40512*

Para medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios, complete y envíe un formulario de reclamo para medicamentos que requieren receta médica a:

*Health Net
C/O Caremark
P.O. Box 52136
Phoenix, AZ 85072*

Llame al Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada, o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com para obtener un formulario de reclamo para medicamentos que requieren receta médica.



Los reclamos por gastos cubiertos presentados después de transcurridos 20 días a partir de la fecha del servicio no serán pagados, a menos que usted pueda demostrar que no fue posible, de manera razonable, presentar su reclamo dentro de ese límite de tiempo y que usted ha presentado el reclamo tan pronto como le fue posible.

Renovación, continuidad o finalización de la cobertura

CLÁUSULAS DE RENOVACIÓN

El contrato entre Health Net Life y su empleador suele renovarse anualmente. Si se modifica su contrato o este es dado de baja, su empleador se lo notificará por escrito.

COBERTURA CAL-COBRA PARA PEQUEÑOS EMPLEADORES

Cuando el grupo es un pequeño empleador (según se define en el *Certificado*), las leyes estatales establecen que los afiliados que se inscriben en este plan y que luego pierden la elegibilidad pueden tener derecho a la continuidad de cobertura grupal. Podrá encontrar más información sobre la elegibilidad para esta cobertura en su *Certificado*.

CONTINUIDAD INDIVIDUAL DE LOS BENEFICIOS



Analice sus opciones cuidadosamente antes de rechazar la cobertura.

Si su empleo con su empleador actual termina, usted y sus dependientes cubiertos pueden calificar para la cobertura grupal continua de acuerdo con:

- **COBRA (Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado, de 1985):** Para la mayoría de los grupos con 20 empleados o más, COBRA se aplica a los empleados y a sus dependientes elegibles, aunque vivan fuera de California. Consulte con su grupo para determinar si usted y sus dependientes cubiertos son elegibles.
- **Continuidad de cobertura Cal-COBRA para pequeños empleadores:** Las leyes estatales exigen a Health Net Life ofrecer continuidad de cobertura a los empleadores con menos de 20 empleados que fueron elegibles para inscribirse en el plan de salud del empleador en el 50 % de los días hábiles durante el año anterior.

- **Continuidad de cobertura Cal-COBRA:** Si usted ha agotado su cobertura de COBRA y reside en los Estados Unidos, es posible que sea elegible para la continuidad de cobertura adicional conforme a la ley estatal Cal-COBRA. Esta cobertura puede estar disponible si usted ha agotado la cobertura de COBRA federal, tuvo menos de 36 meses de cobertura de COBRA y no tiene derecho a Medicare. Si usted es elegible, tiene la oportunidad de continuar con la cobertura grupal conforme al *Certificado* a través de Cal-COBRA por un período de hasta 36 meses a partir de la fecha en que comenzó la cobertura de COBRA federal.
- **Cobertura USERRA:** Según la ley federal conocida como Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Servicios Uniformados (por sus siglas en inglés, USERRA), se requiere que los empleadores brinden a los empleados que se ausentan del empleo para servir en los servicios uniformados y a sus dependientes, que de otra manera perderían su cobertura de salud grupal, la oportunidad de elegir la continuidad de cobertura por un período de hasta 24 meses. Consulte con su grupo para determinar si usted es elegible.

Además, si su empleador da de baja su contrato con Health Net Life, usted puede ser elegible para la cobertura continua por una enfermedad que produzca discapacidad (hasta por 12 meses). Para obtener más información, consulte la sección “Extensión de beneficios” de este SB.

TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Su cobertura conforme a este plan de seguro termina cuando:

- El contrato entre el empleador cubierto por este plan de seguro y Health Net Life termine.
- El empleador cubierto por este plan de seguro deje de pagar los cargos de las primas.
- Cuando usted ya no trabaje para el empleador cubierto por este plan de seguro.

Si el empleador cubierto por este plan de seguro deja de pagar los cargos de las primas correspondientes, los beneficios finalizarán el último día para el que los pagos de las primas se hayan efectuado, a menos que:

- Usted solicite la cobertura de conversión dentro de los 31 días a partir de dicha fecha.
- Usted tenga discapacidad total y solicite una extensión de beneficios para su condición de discapacitado dentro de un plazo de 90 días.



Si la persona involucrada en cualquiera de las actividades antes mencionadas es el empleado inscrito, la cobertura brindada por este plan de seguro también terminará para cualquier dependiente cubierto.

Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan

El Departamento de Seguros de California (por sus siglas en inglés, CDI) tiene la responsabilidad de regular las compañías de seguros de discapacidad (Health Net Life es una compañía de seguros de discapacidad).

El CDI tiene un número de teléfono gratuito (1-800-927-HELP) en el que recibe las quejas sobre las compañías de seguros.

Si no ha podido resolver un problema con respecto a su cobertura de seguro, después de tratar el tema con Health Net Life Insurance Company, su agente u otro representante, puede comunicarse con:

*California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 South Spring Street
South Tower
Los Angeles, CA 90013
1-800-927-HELP o 1-800-927-4357
www.insurance.ca.gov*

PROCESO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES

Si usted no está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido o siente que se le ha denegado un servicio o un reclamo que le corresponde, puede presentar una queja formal o una apelación. Debe presentar su queja formal o apelación ante HNL dentro de un plazo de 365 días calendario después de la fecha del incidente o de la medida que dio lugar a su queja formal.

† Cómo presentar una queja formal o una apelación:

Puede llamar al número de teléfono que aparece en la contraportada o presentar el formulario de quejas formales de la persona cubierta a través del sitio web de HNL en www.healthnet.com.

También puede escribir a:

*Health Net Life Insurance Company
P.O. Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348*

Incluya toda la información de su tarjeta de identificación de Health Net Life, así como también los detalles de su inquietud o problema. Health Net Life acusará recibo de su queja formal o apelación dentro de un plazo de cinco días calendario, revisará la información y lo informará de su decisión por escrito dentro de los 15 días a partir de la recepción de la queja formal, si esta corresponde a una disputa por reclamos, o dentro de los 30 días de haberla recibido si se trata de una queja formal de cualquier otro tipo. Para las condiciones en las que existe una amenaza inmediata y grave para su salud, incluido dolor intenso o la posibilidad de perder la vida, una extremidad o una función corporal importante, Health Net Life lo notificará sobre el estado de su queja formal dentro de un plazo de tres días como máximo, después de la recepción de toda la información requerida.



Además, usted puede solicitar al Departamento de Seguros una revisión médica independiente de los servicios de atención de la salud en disputa si cree que los servicios de atención de la salud elegibles para cobertura y pago de acuerdo con el plan de seguro han sido indebidamente rechazados, modificados o retrasados por Health Net Life o por uno de sus proveedores participantes.

Además, si Health Net Life rechaza su apelación de un rechazo por falta de necesidad médica, o rechaza o retrasa la cobertura de un tratamiento solicitado que involucra medicamentos, dispositivos, procedimientos o terapias experimentales o de investigación, usted puede solicitar una revisión médica independiente de la decisión de Health Net Life al Departamento de Seguros, si cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en el Certificado.

ARBITRAJE

Si usted no está satisfecho con los resultados del proceso de presentación de quejas formales y apelaciones, puede someter el problema a arbitraje vinculante. Health Net Life usa el arbitraje vinculante para resolver disputas, incluida la negligencia médica. Cuando se inscribe en Health Net Life, usted acepta presentar cualquier disputa a arbitraje, en vez de presentarla a juicio o ante un jurado.

Información sobre los beneficios adicionales del plan

Los siguientes beneficios del plan de seguro muestran los beneficios disponibles en su plan de seguro. Para obtener una descripción más completa de los copagos, y las exclusiones y limitaciones del servicio, consulte el *Certificado* de su plan de seguro.

Programa de medicamentos que requieren receta médica

Health Net Life tiene contrato con varias cadenas importantes de farmacia, farmacias que funcionan en supermercados y farmacias en barrios privados. Para obtener una lista completa y actualizada de las farmacias participantes, visite nuestro sitio web en www.healthnet.com o llame al Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

PROGRAMA DE COMPRA POR CORREO PARA MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA

Si su receta es para un medicamento de mantenimiento (un medicamento que tomará por un período prolongado), usted cuenta con la opción de surtirla a través de nuestro conveniente Programa de compra por correo para medicamentos que requieren receta médica. Este programa le permite recibir un suministro de medicamentos de mantenimiento para un período de hasta 90 días calendario consecutivos. Para obtener información completa, llame al Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada.



Los narcóticos del programa II (medicamentos clasificados por la Agencia Federal Antinarcóticos como medicamentos que presentan un alto riesgo de abuso) no están cubiertos a través de la compra por correo. Para obtener más información, consulte el Certificado.

LISTA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES CON RECETA DE HEALTH NET

Este plan de seguro utiliza la Lista de medicamentos esenciales con receta. La Lista de medicamentos esenciales con receta de Health Net (o la Lista) es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Dicha lista fue desarrollada para identificar los medicamentos más seguros y eficaces para las personas cubiertas por Health Net Life y, al mismo tiempo, para tratar de mantener los beneficios de farmacia accesibles.

Les sugerimos específicamente a todos los proveedores participantes y especialistas contratados por Health Net Life que consulten esta Lista cuando elijan medicamentos para pacientes que sean personas cubiertas por Health Net Life. Cuando su médico le receta medicamentos que pertenecen a la Lista de medicamentos esenciales con receta, usted tiene la garantía de que recibe un medicamento que requiere receta médica de gran calidad y también de alto valor.

La Lista de medicamentos esenciales con receta se actualiza regularmente, basándose en los datos del Comité de Farmacia y Terapéutica de Health Net. Los miembros de este comité son médicos que trabajan activamente en distintas especialidades médicas y farmacéuticos clínicos. Los miembros votantes son reclutados entre los grupos médicos participantes de toda California, basándose en su experiencia, conocimiento y pericia. Además, el Comité de Farmacia y Terapéutica consulta frecuentemente a otros expertos médicos para que brinden su aporte adicional al Comité. Las actualizaciones de la Lista de medicamentos esenciales con receta y las pautas de uso para medicamentos se realizan a medida que se dispone de nueva información clínica y de nuevos medicamentos. Para poder mantener actualizada la Lista, el Comité de Farmacia y Terapéutica evalúa la eficacia clínica, la seguridad y el valor general del medicamento mediante lo siguiente:

- Publicaciones médicas y científicas.
- Experiencia relevante de su utilización.
- Recomendaciones de médicos.

Para obtener una copia actualizada de la Lista de medicamentos esenciales con receta de Health Net Life, visite nuestro sitio web en www.healthnet.com en la parte de información sobre farmacias, o llame al Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

¿QUÉ ES UNA “AUTORIZACIÓN PREVIA”?

Algunos medicamentos requieren autorización previa. Esto significa que su médico debe comunicarse previamente con Health Net Life para proporcionarle la razón médica por la cual receta dicho medicamento.

+ Cómo solicitar autorización previa:

Las solicitudes de autorización previa pueden presentarse electrónicamente, por teléfono o por fax. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder 2 días hábiles o las 72 horas después de la recepción por parte de Health Net Life de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net Life que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación, lo que sea menor. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder los 2 días hábiles, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la enfermedad de la persona cubierta, después de la recepción por parte de Health Net Life de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net Life para tomar la determinación. Al recibir la solicitud de su médico para una autorización previa, Health

Net Life evaluará la información presentada y tomará una determinación basada en los criterios clínicos establecidos para el medicamento en particular.

Su médico puede solicitar una excepción si un medicamento no está enumerado en la Lista de medicamentos esenciales con receta y no está específicamente excluido de la cobertura. Para solicitar una excepción, su médico puede presentar una solicitud de autorización previa junto con una declaración que justifique la solicitud. Las solicitudes de autorización previa pueden presentarse electrónicamente, por teléfono o por fax. Si aprobamos una excepción para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos esenciales con receta, se aplica el copago para el nivel del medicamento de marca no preferido (Nivel III) o el medicamento especializado. Usted, su designado o su médico podrán solicitar una revisión acelerada si padece una afección que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar una función al máximo, o si se encuentra en tratamiento con un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos esenciales con receta. Las solicitudes urgentes de autorización previa se procesan dentro de las 24 horas después de la recepción por parte de HNL de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por HNL que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación.

Los criterios usados para la autorización previa se desarrollan y se basan en los aportes del Comité de Farmacia y Terapéutica de Health Net, así como en los de especialistas médicos expertos. Su médico puede comunicarse con Health Net Life para obtener las pautas de uso para medicamentos específicos.

Si Health Net Life rechaza la autorización, usted recibirá una comunicación por escrito que incluirá los motivos específicos del rechazo. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede apelarla.

Puede presentar la apelación por escrito, por teléfono o a través del correo electrónico. Nosotros debemos recibir la apelación dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha del aviso de rechazo. Si desea conocer los detalles con respecto a su derecho a apelar, consulte el *Certificado* del plan.

Para presentar una apelación:

- Llame al Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada.
- Visite www.healthnet.com para obtener información sobre cómo enviar un mensaje de correo electrónico al Centro de Comunicación con el Cliente.
- Escriba a esta dirección:
Health Net Life
Customer Contact Center
P.O. Box 10196
Van Nuys, CA 91410-0348

QUÉ ESTÁ CUBIERTO

† Consulte la sección “Programa de beneficios y cobertura” de este SB para obtener información sobre los deducibles y los copagos.

Este plan de seguro cubre lo siguiente:

- Medicamentos del nivel I: Los medicamentos indicados en el Nivel I de la Lista de medicamentos esenciales con receta que no están excluidos de la cobertura (principalmente genéricos).
- Medicamentos del Nivel II: Los medicamentos indicados en el Nivel II de la Lista de medicamentos esenciales con receta que no están excluidos de la cobertura (principalmente de marca y suministros para diabéticos, incluida la insulina).

- Medicamentos del Nivel III: Los medicamentos indicados en el Nivel III de la Lista de medicamentos esenciales con receta o medicamentos que no se indican en la Lista de medicamentos esenciales con receta.
- Medicamentos preventivos y anticonceptivos femeninos.

- Medicamentos especializados.
Los medicamentos especializados enumerados en la Lista de medicamentos esenciales con receta de Health Net están cubiertos cuando se obtiene la autorización previa de HNL y los medicamentos se despachan a través del proveedor de especialidades farmacéuticas de HNL. Estos medicamentos incluyen inyectables autoadministrados y otros medicamentos que tienen un costo significativamente más alto que los medicamentos de beneficios de farmacia tradicionales. Tenga en cuenta que las agujas y jeringas que se necesitan para administrar los medicamentos autoinyectables están cubiertas solo cuando se obtienen a través del proveedor de especialidades farmacéuticas.

Los medicamentos inyectables autoadministrados son medicamentos con las siguientes características:

1. Son medicamento necesarios.
2. Son administrados por el paciente o un familiar, por vía subcutánea o intramuscular.
3. Se consideran seguros para la autoadministración según lo determinado por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Health Net.
4. Están incluidos en la Lista de medicamentos esenciales con receta de Health Net.
5. Aparecen en la Lista de medicamentos esenciales con receta como medicamentos que requieren autorización previa.

MÁS INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS

- Los gastos cubiertos de medicamentos que requieren receta médica corresponden a la tasa de farmacia contratada de Health Net Life o al precio de venta minorista de la farmacia para los medicamentos que requieren receta médica cubiertos, lo que sea menor.
- Si se aplica un deducible por medicamentos que requieren receta médica (por persona cubierta, por cada año calendario), usted debe pagar esta cantidad por los gastos cubiertos de los medicamentos que requieren receta médica antes de que Health Net Life comience a pagar. Los suministros para diabéticos, los medicamentos preventivos y los anticonceptivos femeninos no están sujetos al deducible. Después de alcanzar el deducible, se aplican las cantidades de copagos o coseguros.
- Las repeticiones de medicamentos que requieren receta médica, hasta un suministro para un período de 30 días consecutivos por receta en una farmacia contratada por Health Net Life, están cubiertas mediante un copago.
- Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, la persona cubierta solo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.
- Los medicamentos de compra por correo están cubiertos hasta un suministro para un período de 90 días calendario consecutivos. Cuando el copago de una farmacia de venta minorista es un porcentaje, el copago de compra por correo es el mismo porcentaje del costo para Health Net Life que el copago de la farmacia de venta minorista.
- Los medicamentos preventivos, incluidos los medicamentos para dejar de fumar, son medicamentos de venta libre o medicamentos que requieren receta médica, utilizados con fines de salud preventiva según las Recomendaciones de grado A o B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos aprobados por la FDA para mujeres, ya sean de venta libre o con receta. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme a este beneficio de farmacia. Los anticonceptivos implantables e inyectables, así como los dispositivos intrauterinos (DIU), están cubiertos cuando son administrados por un médico. Para obtener información adicional, consulte el *Certificado* del plan.

- Los suministros para diabéticos (tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en sangre, lancetas, agujas y jeringas) se presentan en paquetes de 50, 100 o 200 unidades. Los paquetes no se pueden “dividir” (es decir, abrir para despachar el producto en cantidades distintas a las envasadas). Cuando se despache una receta, usted recibirá el tamaño del paquete y/o la cantidad de paquetes necesarios para que se realice la cantidad de pruebas que su médico le haya indicado para un período de 30 días. Para obtener más información sobre equipos y suministros para diabéticos, consulte las “Notas finales” en la sección “Programa de beneficios y cobertura” de este SB.
- Los medicamentos para la disfunción sexual, que son medicamentos que logran, mantienen o mejoran la función sexual, están cubiertos para la disfunción sexual cuando son médicamente necesarios. Los medicamentos para la disfunción sexual están cubiertos cuando se obtiene una autorización previa de parte de HNL. Los medicamentos inyectables para la disfunción sexual deben ser despachados a través del proveedor de especialidades farmacéuticas de HNL. Estos medicamentos que requieren receta médica están cubiertos hasta por la cantidad de dosis o tabletas especificadas en la Lista de medicamentos esenciales con receta de HNL. Para obtener información sobre la Lista de medicamentos esenciales con receta de HNL, llame al Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO (EXCLUSIONES Y LIMITACIONES)

† *Los servicios o suministros excluidos en los servicios de farmacia pueden estar cubiertos en la sección de beneficios médicos de su plan de seguro. Además de las exclusiones y limitaciones detalladas a continuación, los beneficios de medicamentos que requieren receta médica están sujetos a las exclusiones y limitaciones generales del plan de seguro. Para obtener más información, consulte el Certificado de su plan de seguro.*

- Suero para alergias.
- La cobertura de dispositivos se limita a dispositivos anticonceptivos vaginales y suministros para diabéticos aprobados por la FDA. No se cubre ningún otro dispositivo.
- Medicamentos que son supresores del apetito o que están indicados y son recetados para bajar de peso.
- Medicinas o medicamentos administrados por un médico o por un miembro del personal del médico.
- Medicamentos recetados para acortar la duración de un resfrío común.
- Medicamentos recetados para tratamientos dentales de rutina.
- Medicamentos utilizados con fines de diagnóstico.
- Medicamentos experimentales (los que están rotulados con la siguiente leyenda: “*Caution - Limited by Federal Law to investigational use only*” [Precaución: Limitado, por las Leyes Federales, para uso en investigaciones solamente]). Si se le niega la cobertura de un medicamento porque es experimental o de investigación, usted tendrá derecho a una revisión médica independiente. Para obtener información adicional, consulte la sección “Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan” de este SB.
- Agujas o jeringas hipodérmicas, excepto marcas específicas de agujas y jeringas desechables para insulina y marcas específicas de dispositivos tipo pluma. Las agujas y jeringas necesarias para administrar medicamentos autoinyectables (que no sea la insulina) se proporcionarán a través de nuestro proveedor de especialidades farmacéuticas. Todos los demás dispositivos, jeringas y agujas no están cubiertos.
- Agentes inmunizantes, inyecciones (excepto la insulina y los medicamentos inyectables autoadministrados descritos en la Lista de medicamentos esenciales con receta), agentes para implantación quirúrgica, sueros biológicos, sangre, derivados de la sangre o plasma sanguíneo obtenidos mediante una receta.

- Dosis individuales de medicamentos despachados en envases de plástico, dosis unitarias o papel de aluminio, a menos que sean médicamente necesarios o se encuentren disponibles únicamente en esa forma.
- Soluciones de irrigación y soluciones salinas.
- Es posible que se apliquen límites a la cantidad, dosis y duración del tratamiento con algunos medicamentos. Los medicamentos que se toman “según sea necesario” pueden tener un copago basado en el envase, el frasco, la ampolla, o el tubo estándar o cualquier otra unidad estándar. En dicho caso, la cantidad del medicamento que se despacha puede ser inferior al suministro necesario para un período de 30 días calendario consecutivos. Si es médicamente necesario, su médico puede solicitar a Health Net Life una cantidad mayor.
- Los equipos y suministros médicos (incluida la insulina) que se encuentran disponibles sin una receta están cubiertos cuando son recetados por un médico para el control y el tratamiento de la diabetes, para fines preventivos según las Recomendaciones de grado A o B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., o para anticonceptivos femeninos aprobados por la FDA. Cualquier otro medicamento, equipo médico o suministro que pueda comprarse sin una receta médica no está cubierto aun cuando el médico escriba una receta médica para dicho medicamento, equipo o suministro. Sin embargo, si una dosis más alta de un medicamento que requiere receta médica o de un medicamento de venta libre se encuentra disponible solo con receta, ese medicamento de dosis más alta estará cubierto. Si un medicamento que anteriormente se encontraba disponible con receta comienza a estar disponible como medicamento de venta libre con la misma indicación de concentración, entonces los medicamentos que requieren receta médica que sean agentes similares y tengan efectos clínicos comparables estarán cubiertos solo cuando sean médicamente necesarios y se obtenga una autorización previa de Health Net Life.
- Medicamentos que requieren receta médica indicados por un médico sin licencia.
- Reemplazo de medicamentos extraviados, robados o dañados.
- Servicios o suministros que están totalmente cubiertos o para los que legalmente no se requiere que usted pague.
- Las cantidades de suministros para recetas que excedan las recomendaciones de uso indicadas por la FDA o por Health Net Life no están cubiertas, a menos que sean médicamente necesarias y que se obtenga una autorización previa de Health Net Life.
- Los medicamentos recetados para una enfermedad o un tratamiento no contemplados por este plan de seguro no están cubiertos. Sin embargo, el plan de seguro cubre medicamentos para problemas médicos que resulten de complicaciones que no sean de rutina, surgidas de un servicio no cubierto.

Este es solo un resumen. Consulte el *Certificado* de su plan de seguro para determinar con exactitud los términos y condiciones de su cobertura.

Programa de atención de la vista para niños

Health Net Life proporciona los beneficios de servicios de la vista para niños. Health Net Life tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista para niños.

Servicios profesionales

Copago

Examen de la vista de rutina con dilatación, según sea médicamente necesario \$0[±]

Limitación:

Según los estándares profesionalmente reconocidos de la práctica, este plan cubre un examen completo de la vista una vez por año calendario.

Materiales (incluidos marcos y lentes)

Copago

Marcos seleccionados por el proveedor (uno por año calendario)..... \$0[±]Lentes de anteojos de plástico estándar (un par por año calendario) \$0[±]

- Monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares
- Vidrio o plástico
- Lentes para sol recetados n.º 3 de gran tamaño o color gris espejo

Lentes y tratamientos opcionales, entre ellos:..... \$0[±]

- Tratamiento UV
- Matiz (de moda, en degradé y en color gris espejo)
- Plástico estándar, protección contra las raspaduras
- Policarbonato estándar
- Fotocromáticos/plástico Transitions
- Protección antirreflejo estándar, de primera calidad y superior
- Polarizados
- Lentes progresivos estándar, de primera calidad, seleccionados y superiores
- Lentes de alto índice
- Lentes sin línea divisoria
- Lentes de visión intermedia
- Lentes progresivos seleccionados o superiores

Lentes progresivos de primera calidad..... \$0[±]Lentes de contacto seleccionados por el proveedor, suministro por un año cada año calendario (en vez de anteojos)..... \$0[±]

- Desechables
- Convencionales
- Médicamente necesarios*

Servicios y dispositivos para la vista disminuida o deficiente: una evaluación completa para la vista disminuida cada 5 años; dispositivos para la vista disminuida, incluidos anteojos especiales, lupas o telescopios (un dispositivo por año solamente) y atención de seguimiento (limitados a 4 visitas cada 5 años)
..... \$0[±]

[±] Sin deducible.

* Los lentes de contacto pueden ser médicamente necesarios y adecuados en el tratamiento de pacientes que sufren determinadas afecciones. En general, los lentes de contacto pueden ser médicamente necesarios y adecuados cuando el uso de lentes de contacto (en vez de anteojos) mejora sustancialmente la vista o la función binocular, lo que incluye la prevención de la diplopía o su eliminación.

Los lentes de contacto pueden ser médicamente necesarios para el tratamiento de determinadas afecciones que incluyen, entre otras, queratocono, miopía patológica, afaquia, anisometropía, aniridia, trastornos de la córnea, trastornos postraumáticos y astigmatismo irregular.

Los lentes de contacto médicamente necesarios se despachan en lugar de otros lentes. Los proveedores participantes obtendrán la autorización previa necesaria para estos servicios.

LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO (EXCLUSIONES Y LIMITACIONES)

+ *Los servicios o suministros excluidos del programa de atención de la vista pueden estar cubiertos en la sección de beneficios médicos de su plan. Para obtener más información, consulte el Certificado del plan.*

Además de las limitaciones descritas anteriormente, el plan no cubre lo siguiente:

- Exámenes de la vista requeridos para el trabajo o la escuela.
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- Lentes y accesorios, dispositivos para la vista o anteojos de sol que no requieren receta médica.
- Reemplazo de marcos o lentes extraviados, robados o rotos, a menos que los beneficios se encuentren disponibles de otro modo.
- Ortóptica (ejercicios oculares).

RESPONSABILIDAD DEL PAGO

Si visita a un proveedor de atención no afiliado a Health Net Life, usted será responsable del pago del examen de la vista, los anteojos o los lentes de contacto.

Es posible que también deba pagar honorarios adicionales al utilizar un proveedor afiliado si elige lentes, marcos o lentes de contacto cuyo costo sea superior al gasto cubierto. Health Net Life buscará obtener el reembolso por los servicios de la vista y de lentes y accesorios que estén cubiertos conforme a la Indemnización por accidentes y enfermedades laborales o que sean requeridos por las leyes de enfermedades ocupacionales.

Este es solo un resumen. Consulte el *Certificado* del plan para determinar con exactitud los términos y condiciones de su cobertura.

Aviso de servicios de idiomas

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or please call:

Individual & Family Plans: 1-888-926-4988

Small Business: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy underwritten by Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in a HMO or HSP plan provided by Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219. Your ID card indicates whether your plan was issued by Health Net Life Insurance Company or Health Net of California, Inc.

English

Servicios de Idiomas Sin Costo. Usted puede solicitar un intérprete. Puede solicitar que se le lean los documentos y que algunos de ellos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o llame al:

Planes Individuales y Familiares: 1-888-926-4988

Pequeñas Empresas: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

Para obtener más ayuda: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO asegurada por Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP proporcionado por Health Net of California, Inc., llame a la Línea de Ayuda del Departamento de Cuidado Médico (por sus siglas en inglés, DMHC) al 1-888-HMO-2219. Su tarjeta de identificación indica si su plan fue emitido por Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

Spanish

免費語言服務。您可以取得口譯員服務。我們可以把文件朗讀給您聽，也可以把部分翻譯成您語言的文件寄送給您。如需協助，請撥您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或請撥：

Individual & Family Plans : 1-888-926-4988

小型企業：1-888-926-5133

聽 / 語障專線：1-888-926-5180

如需其他協助：如果您投保的是由 Health Net Life Insurance Company 核保的 PPO 或 EPO 保險保單，請撥 California Department of Insurance 電話 1-800-927-4357。如果您投保的是由 Health Net of California, Inc. 提供的 HMO 或 HSP 計畫，請撥 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。您的會員卡會註明您的計畫是由 Health Net Life Insurance Company 或 Health Net of California, Inc. 核發。

Chinese

Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và người đọc giúp các tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị cho quý vị. Để được trợ giúp, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc gọi:

Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình: 1-888-926-4988

Chương trình bảo hiểm dành cho tiểu thương nghiệp: 1-888-926-5133

Số TDD/TTY: 1-888-926-5180

Để được trợ giúp bổ túc: Nếu quý vị ghi danh trong các hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO do Health Net Life Insurance Company cam kết tài trợ, vui lòng gọi Bộ Bảo hiểm của California theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị ghi danh trong chương trình bảo hiểm HMO hoặc HSP do Health Net of California, Inc. cung cấp, xin gọi Đường dây trợ giúp của DMHC theo số 1-888-HMO-2219. Trên thẻ hội viên của quý vị có ghi rõ chương trình bảo hiểm của quý vị là do Health Net Life Insurance Company hay Health Net of California, Inc. cung cấp.

Vietnamese

무료 언어 지원 서비스. 무료 통역사 서비스 및 여러분에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스를 받을 수 있습니다.

도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상의 안내번호로 전화하시거나 다음 안내번호로 문의하십시오.

개인 및 가족 플랜: 1-888-926-4988

스몰 비즈니스: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

더 많은 도움이 필요하시면: 만일 귀하가 Health Net Life Insurance Company가 인수한 PPO 또는 EPO 보험 폴리스에 가입하신 경우, 캘리포니아 보험국 (CA Dept. of Insurance), 안내번호 1-800-927-4357번으로 문의해 주십시오. 만일 귀하가 Health Net of California, Inc.에서 제공하는 HMO 또는 HSP 플랜에 가입하신 경우, 보건관리부 (DMHC) 헬프라인, 안내번호 1-888-HMO-2219번으로 문의하십시오. 귀하의 ID상에 귀하의 플랜이 Health Net Life Insurance Company에서 제공되는지 또는 Health Net of California, Inc.에서 제공되는지 명시되어 있습니다.

Korean

COMUNÍQUESE CON NOSOTROS

Para obtener más información, comuníquese con nosotros a la siguiente dirección:

Health Net PPO
Post Office Box 10196
Van Nuys, California 91410-0196

Centro de Comunicación con el Cliente

1-888-926-5133 (para las personas cubiertas por PPO de California)

1-800-861-7214 (para las personas cubiertas por PPO fuera del estado [que no son de California])

1-800-331-1777 (español)

1-877-891-9053 (chino mandarín)

1-877-891-9050 (chino cantonés)

1-877-339-8596 (coreano)

1-877-891-9051 (tagalo)

1-877-339-8621 (vietnamita)

Dispositivo de telecomunicaciones

para las personas con dificultades de audición y del habla:

1-800-995-0852