

SignatureValue™ Advantage HMO

Ofrecido por UnitedHealthcare of California

Plan de Beneficios de HMO

15/250A

Los servicios de la tabla incluida a continuación están cubiertos, según lo indicado, cuando estén autorizados por su Médico de Atención Primaria de su Grupo Médico de la Red.

Características Generales

Deducible de Año Calendario	Ninguno
Beneficios Máximos	Ilimitados
Límite Anual de Desembolso Personal El Límite Anual de Desembolso Personal incluye los Copagos por beneficios de UnitedHealthcare, incluidos los beneficios de salud conductual, y de medicamentos de venta con receta y acupuntura. No incluye los planes independientes y separados, ofrecidos a grupos, de beneficios Dentales, de la Vista y Quiroprácticos. Los Copagos por ciertos tipos de Servicios de Atención de la Salud Cubiertos no se aplican al Límite de Desembolso Personal y requieren un Copago incluso después de haberse alcanzado el Límite de Desembolso Personal. Cuando un miembro individual de una familia haya pagado una cantidad de Deducible y Copagos durante el Año Calendario que sea igual al Límite de Desembolso Individual, no deberá pagar más Copagos por Servicios de Atención de la Salud Cubiertos por el resto de ese Año Calendario. Los demás miembros de la familia seguirán pagando el Copago correspondiente hasta que un miembro alcance el Límite de Desembolso Individual o hasta que la familia alcance el Límite de Desembolso Individual. Cupones: Es posible que no permitamos ciertos cupones u ofertas de fabricantes farmacéuticos o de una afiliada para aplicarlos a su Límite de Desembolso Personal.	Individual: \$1,500 Familiar: \$4,500
Visitas al Consultorio del Médico de Atención Primaria	Copago de \$15 por Visita al Consultorio
Visitas al Consultorio de un Especialista (El Miembro debe obtener referencias a Especialistas excepto para Servicios Médicos Obstétricos/Ginecológicos y Servicios de Emergencia o Requeridos de Urgencia) El Copago por visitas al audiólogo y al podiatra es el mismo que por visitas al Médico de Atención Primaria.	Copago de \$15 por Visita al Consultorio
Beneficios Hospitalarios (Solo se aplica un Copago por servicios hospitalarios por admisión. Si es necesario un traslado a otro centro, usted no será responsable del Copago adicional de la admisión hospitalaria por esa admisión)	Copago de \$250 por admisión
Servicios de Emergencia	Copago de \$100 No se aplica el Copago si lo admiten
Servicios Requeridos de Urgencia Servicios de atención de urgencia – servicios prestados dentro del área geográfica cubierta por su grupo médico Servicios de atención de urgencia – servicios prestados fuera del área geográfica cubierta por su grupo médico Consulte su Comprobante de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener detalles adicionales. Consulte el sitio de Internet de su médico o llame al consultorio para saber cuáles son los centros de atención de urgencia disponibles dentro del área cubierta por su grupo médico.	Copago de \$15 Copago de \$50

Beneficios Disponibles Mientras está Hospitalizado como Paciente Hospitalizado

Trasplantes de Médula Ósea	Copago de \$250 por admisión
<p>Estudios Clínicos</p> <p>Los servicios de un Estudio Clínico requieren la autorización previa de UnitedHealthcare. Si usted participa en un Estudio Clínico del Cáncer ofrecido por un Proveedor Fuera de la Red que no acepta prestar estos servicios a la tarifa que UnitedHealthcare negocia con los Proveedores Participantes, usted será responsable de pagar la diferencia entre los cargos facturados por el Proveedor Fuera de la Red y la tarifa negociada entre UnitedHealthcare y los Proveedores Participantes, además de los Copagos, coaseguros o deducibles que correspondan.</p>	<p>Se paga de acuerdo con las tarifas negociadas. El saldo (si lo hubiere) es responsabilidad del Miembro.</p>
Servicios de Cuidados Paliativos (Pronóstico de esperanza de vida de un año o menos)	Sin cargo
Beneficios Hospitalarios (Solo se aplica un Copago por servicios hospitalarios por admisión. Si es necesario un traslado a otro centro, usted no será responsable del Copago adicional de la admisión hospitalaria por esa admisión)	Copago de \$250 por admisión
Mastectomía/Reconstrucción de Senos (Después de una mastectomía y complicaciones de esta)	Copago de \$250 por admisión
Atención de Maternidad Los exámenes preventivos/pruebas/asesoramiento, según lo recomendado por el Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la Academia Americana de Pediatría (AAP) (Recomendaciones <i>Bright Futures</i> de atención de salud pediátrica preventiva) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud se cubrirán como Pagados Completamente. Es posible que haya un Copago aparte por la visita al consultorio y otros cargos adicionales por los servicios prestados. Llame al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación.	Copago de \$250 por admisión
Servicios de Salud Mental que incluyen, entre otros, Centros de Tratamiento Residencial Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California. (Solo se aplica un Copago por servicios hospitalarios por admisión. Si es necesario un traslado a otro centro, usted no será responsable del Copago adicional de la admisión hospitalaria por esa admisión)	Copago de \$250 por admisión
Atención para Recién Nacidos El Copago por beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados no se aplica a los recién nacidos que son dados de alta con la madre dentro de las 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea. Para conocer más detalles, consulte el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información.	Copago de \$250 por admisión
Atención del Médico	Sin cargo
Cirugía Reconstructiva	Copago de \$250 por admisión
Atención de Rehabilitación y Habilitación (Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)	Copago de \$250 por admisión
Atención en un Centro de Enfermería Especializada (Hasta 100 días por período de beneficios)	Sin cargo
Trastornos de Adicción y Relacionados con Sustancias que incluyen, entre otros, Desintoxicación Médica para Pacientes Hospitalizados y Centros de Tratamiento Residencial Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California.	Sin cargo
Interrupción del Embarazo (Médica/medicamentos y quirúrgica)	Sin cargo

Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios

Examen para la Detección/Tratamiento de Alergias (El suero tiene cobertura) Visita al Consultorio del Médico de Atención Primaria Visita al Consultorio de un Especialista	Copago de \$15 por Visita al Consultorio Copago de \$15 por Visita al Consultorio
Ambulancia	Sin cargo
Estudios Clínicos Los servicios de un Estudio Clínico requieren la autorización previa de UnitedHealthcare. Si usted participa en un Estudio Clínico del Cáncer ofrecido por un Proveedor Fuera de la Red que no acepta prestar estos servicios a la tarifa que UnitedHealthcare negocia con los Proveedores Participantes, usted será responsable de pagar la diferencia entre los cargos facturados por el Proveedor Fuera de la Red y la tarifa negociada entre UnitedHealthcare y los Proveedores Participantes, además de los Copagos, coaseguros o deducibles que correspondan.	Se paga de acuerdo con las tarifas negociadas. El saldo (si lo hubiere) es responsabilidad del Miembro.
Dispositivos de Implantes Cocleares (Se puede aplicar un Copago adicional por cirugía para pacientes ambulatorios, beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados y terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios)	Sin cargo
Anestesia para Tratamiento Dental (Se puede aplicar un Copago adicional por cirugía para pacientes ambulatorios o beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados).	Copago de \$15
Medicamento Depo-Provera (que no sea como anticonceptivo) (Se limita a una inyección de Depo-Provera cada 90 días. Se puede aplicar un Copago adicional por visitas al consultorio).	Copago de \$35
Diálisis (Se puede aplicar un Copago adicional por visitas al consultorio)	Copago de \$15 por tratamiento
Equipo Médico Duradero	Sin cargo
Equipo Médico Duradero para el Tratamiento del Asma Infantil (Incluye nebulizadores, medidores de flujo de aire, mascarillas y tubos para el tratamiento Medicamente Necesario del asma infantil de hijos Dependientes, que están cubiertos hasta al menos el fin del mes en que el Miembro cumple 19 años).	Sin cargo
Aparato Auditivo: Estándar Beneficio máximo anual de \$5,000 por año calendario. Se limita a un aparato auditivo (que incluye la reparación y el reemplazo) por oído con limitación auditiva cada tres años. (Las reparaciones o los reemplazos no están cubiertos, excepto por mal funcionamiento. Las mejoras y los modelos de lujo que no sean médicamente necesarios no están cubiertos).	Sin cargo
Aparato Auditivo con Anclaje de Hueso Las reparaciones o los reemplazos no están cubiertos, excepto por mal funcionamiento. Las mejoras y los modelos de lujo que no sean Médicamente Necesarios no están cubiertos. El aparato auditivo con anclaje de hueso estará sujeto a las categorías médicas/quirúrgicas correspondientes (p. ej. gastos hospitalarios de pacientes hospitalizados, honorarios médicos) solamente para miembros que cumplan los criterios médicos especificados en el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información. Las reparaciones o el reemplazo de un aparato auditivo con anclaje de hueso no están cubiertos, excepto por mal funcionamiento. Las mejoras y los modelos de lujo que no sean Médicamente Necesarios no están cubiertos.	Según el lugar en el que se preste el servicio de salud cubierto, los beneficios por aparato auditivo con anclaje de hueso serán los mismos que los estipulados en cada categoría de servicio de salud cubierto de este Plan de Beneficios.

Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

<p>Examen de Audición</p> <p>Visita al Consultorio del Médico de Atención Primaria Visita al Consultorio de un Especialista</p> <p>El Copago por visitas al audiólogo y al podiatra es el mismo que por visitas al Médico de Atención Primaria. Los exámenes preventivos/pruebas/asesoramiento, según lo recomendado por el Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la Academia Americana de Pediatría (AAP) (Recomendaciones <i>Bright Futures</i> de atención de salud pediátrica preventiva) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud se cubrirán como Pagados Completamente. Es posible que haya un Copago aparte por la visita al consultorio y otros cargos adicionales por los servicios prestados. Llame al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación.</p>	<p>Copago de \$15 por Visita al Consultorio Copago de \$15 por Visita al Consultorio</p>
<p>Visitas de Atención de Salud en el Hogar (Hasta 100 visitas por año calendario)</p>	<p>Sin cargo</p>
<p>Kits de Pruebas Caseras para Detectar Enfermedades de Transmisión Sexual</p>	<p>Según el lugar en el que se preste el servicio de salud cubierto, los beneficios serán los mismos que los estipulados en cada categoría de servicio de salud cubierto de este Plan de Beneficios Plan de Beneficios</p>
<p>Servicios de Cuidados Paliativos (Pronóstico de esperanza de vida de un año o menos)</p>	<p>Sin cargo</p>
<p>Servicios de Infertilidad</p>	<p>Sin cobertura</p>
<p>Terapia de Infusión</p> <p>La Terapia de Infusión tiene un Copago aparte, además del Copago de atención de salud en el hogar o por visita al consultorio. Se aplica únicamente a los copagos en dólares: Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.</p>	<p>Sin cargo</p>
<p>Medicamentos Inyectables</p> <p>(No se aplica el Copago/Coaseguro a las vacunas, los anticonceptivos, los medicamentos para la infertilidad ni la insulina inyectables. Si se administran medicamentos inyectables en el consultorio de un médico, también se podría aplicar un Copago/Coaseguro por visita al consultorio).</p> <p>Medicamentos Inyectables para Pacientes Ambulatorios Medicamentos Autoinyectables</p> <p>Se aplica únicamente a los copagos en dólares: Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago. Los métodos y procedimientos anticonceptivos aprobados por la FDA y recomendados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud como servicios de atención preventiva estarán cubiertos al 100%. El Copago se aplica a los métodos y procedimientos anticonceptivos que NO se definen como Servicios de Atención de la Salud Cubiertos conforme al beneficio de Servicios de Atención Preventiva y Planificación Familiar estipulado en el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información.</p>	<p>Sin cargo</p>
<p>Servicios de Laboratorio (Cuando están disponibles a través de su Grupo Médico Participante o están autorizados por este) (Se puede aplicar un Copago adicional por visitas al consultorio)</p>	<p>Copago de \$15</p>

Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

<p>Atención, Exámenes y Procedimientos de Maternidad</p> <p>Visita al Consultorio del Médico de Atención Primaria</p> <p>Visita al Consultorio de un Especialista</p> <p>Los exámenes preventivos/pruebas/asesoramiento, según lo recomendado por el Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la Academia Americana de Pediatría (AAP) (Recomendaciones <i>Bright Futures</i> de atención de salud pediátrica preventiva) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud se cubrirán como Pagados Completamente. Es posible que haya un Copago aparte por la visita al consultorio y otros cargos adicionales por los servicios prestados. Llame al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación.</p>	<p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p>
<p>Servicios de Atención de la Salud Mental</p> <p>Las Visitas al Consultorio como Paciente Ambulatorio incluyen:</p> <p>Evaluaciones de diagnóstico, planificación del tratamiento, tratamiento o procedimientos, terapia individual/de grupo, tratamiento y evaluaciones individuales/de grupo, servicios de referencias y administración de medicamentos</p> <p>Todos los Demás Tratamientos para Pacientes Ambulatorios incluyen:</p> <p>Hospitalización Parcial/Tratamiento Diurno, Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios, intervención en casos de crisis, terapia electroconvulsiva, exámenes psicológicos, cargos del establecimiento por centros de tratamiento diurno, Tratamiento de Salud Conductual para el trastorno generalizado del desarrollo o Trastornos del Espectro Autista, cargos del laboratorio u otros servicios médicos de Hospitalización Parcial/Tratamiento Diurno y Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios y observación psiquiátrica.</p> <p>(Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Suplemento al Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California).</p>	<p>Copago de \$15 por Visita al Consultorio</p> <p>Sin cargo</p>
<p>Servicios de Cirugía Oral</p>	<p>Sin cargo</p>
<p>Servicios de Habilitación para Pacientes Ambulatorios y Terapia para Pacientes Ambulatorios</p>	<p>Copago de \$15 por Visita al Consultorio</p>
<p>Terapia de Rehabilitación Médica para Pacientes Ambulatorios en un Centro Participante</p> <p>Centro para Pacientes Ambulatorios o Centro Independiente</p> <p>(Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)</p>	<p>Copago de \$15 por Visita al Consultorio</p>
<p>Cirugía para Pacientes Ambulatorios en un Centro Quirúrgico Participante Independiente o para Pacientes Ambulatorios</p>	<p>Sin cargo</p>
<p>Atención del Médico</p> <p>Visita al Consultorio del Médico de Atención Primaria</p> <p>Visita al Consultorio de un Especialista</p>	<p>Copago de \$15 por Visita al Consultorio</p> <p>Copago de \$15 por Visita al Consultorio</p>

Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

<p>Servicios de Atención Preventiva</p> <p>(Servicios según lo recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría [American Academy of Pediatrics, AAP], incluidas las Recomendaciones <i>Bright Futures</i> de atención de salud pediátrica preventiva, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos [U.S. Preventive Services Task Force] con una calificación de recomendación “A” o “B”, el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización [Advisory Committee on Immunization Practices], la Administración de Recursos y Servicios de Salud [Health Resources and Services Administration, HRSA], las pautas de atención preventiva para mujeres reconocidas por la HRSA, y según lo autorice su Médico de Atención Primaria en su Grupo Médico Participante). Los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos incluirán, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen Colorrectal • Examen de Audición • Prueba de Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) • Vacunas • Pruebas para Recién Nacidos • Prueba de Detección del Cáncer de Próstata • Examen de la Vista • Atención del Bebé/Niño/Adolescente Sano • Mujer Sana, incluidas visitas prenatales rutinarias al consultorio de obstetricia <p>Consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California. Los exámenes preventivos/pruebas/asesoramiento, según lo recomendado por el Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la Academia Americana de Pediatría (AAP) (Recomendaciones <i>Bright Futures</i> de atención de salud pediátrica preventiva) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud se cubrirán como Pagados Completamente. Es posible que haya un Copago aparte por la visita al consultorio y otros cargos adicionales por los servicios prestados. Llame al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación.</p>	Sin cargo
Aparatos de Prótesis y Correctivos	Sin cargo
Terapia de Radiación	Sin cargo
Estándar:	Sin cargo
(Terapia de radiación con haz de fotones)	Sin cargo
Compleja:	Sin cargo
(Los ejemplos incluyen, entre otros, braquiterapia, implantes radiactivos y radioterapia conformacional con haz de fotones. El Copago se aplica por cada 30 días o por plan de tratamiento, lo que sea más corto. Los procedimientos Estereotácticos o con Bisturí de Rayos Gamma están cubiertos como cirugía para pacientes ambulatorios. Consulte “Cirugía para Pacientes Ambulatorios” para conocer el Copago, si lo hay)	
Servicios de Radiología	Sin cargo
Estándar: (Se puede aplicar un Copago adicional por visitas al consultorio)	Sin cargo
Procedimientos de Tomografías e Imágenes Especializadas:	Sin cargo
(Los ejemplos incluyen, entre otros, tomografía computarizada [CT], tomografía computarizada por emisión de fotón único [SPECT], tomografía por emisión de positrones [PET], angiografía de resonancia magnética [MRA] e imagen de resonancia magnética nuclear [MRI], con o sin medio de contraste). Se cobrará un Copago separado por cada zona del cuerpo escaneada como parte de un procedimiento de imágenes.	

Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

Servicios para Trastornos de Adicción y Relacionados con Sustancias Las Visitas al Consultorio como Paciente Ambulatorio incluyen, entre otros servicios: Evaluaciones de diagnóstico, planificación del tratamiento, tratamiento o procedimientos, tratamiento y evaluaciones individuales/de grupo, terapia y desintoxicación individual/de grupo, servicios de referencias y administración de medicamentos	Sin cargo
Todos los Demás Tratamientos para Pacientes Ambulatorios incluyen, entre otros: Hospitalización Parcial/Tratamiento Diurno, Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios, intervención en casos de crisis, cargos del establecimiento por centros de tratamiento diurno, cargos de laboratorio y tratamiento de mantenimiento con metadona Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California.	Sin cargo
Interrupción del Embarazo (Médica/medicamentos y quirúrgica) Los métodos y procedimientos anticonceptivos aprobados por la FDA y recomendados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud como servicios de atención preventiva estarán cubiertos al 100%. El Copago se aplica a los métodos y procedimientos anticonceptivos que NO se definen como Servicios Cubiertos conforme al beneficio de Servicios de Atención Preventiva y Planificación Familiar estipulado en el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información.	Sin cargo
Vasectomía	Sin cargo
Servicios de Atención Virtual Los Beneficios están disponibles solamente cuando los servicios sean prestados a través de un Proveedor Designado de Visitas Virtuales de la Red. Para encontrar un Proveedor Designado de Visitas Virtuales de la Red, visite www.myuhc.com o llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación.	Copago de \$15
Refracción de la Vista	Copago de \$15

Nota: Los Beneficios con cantidades Porcentuales de Copago se basan en la Cantidad Permitida, o la Cantidad Reconocida, según corresponda, que se define en el Comprobante de Cobertura.

Cantidades Permitidas

Las Cantidades Permitidas son las cantidades que nosotros determinamos que pagaremos por los Beneficios.

- Para los Beneficios de la Red, por los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos prestados por un Proveedor de la Red, a excepción de sus obligaciones de costos compartidos, usted no es responsable de ninguna diferencia entre las Cantidades Permitidas y la cantidad que facture el proveedor.
- Por los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos que sean **Servicios Auxiliares recibidos en establecimientos de la Red cuando no se trata de una Emergencia, en los cuales, o como resultado de los cuales, se reciban servicios de Proveedores Fuera de la Red**, usted no es responsable de pagar las cantidades que excedan su Copago, Coaseguro o deducible, y el Proveedor Fuera de la Red no podrá facturárselas. Usted no deberá pagar más que el mismo costo compartido que pagaría por los mismos Servicios de Atención de la Salud Cubiertos recibidos de un Proveedor de la Red.
- Por los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos que sean **Servicios no Auxiliares recibidos en determinados establecimientos de la Red cuando no se trata de una Emergencia, de parte de Médicos Fuera de la Red que no han cumplido con los criterios de aviso y consentimiento, o por necesidades médicas urgentes o imprevistas que surjan en el momento en que se presta un Servicio no Auxiliar para el cual se ha cumplido con el aviso y el consentimiento tal como se describe a continuación**, usted no es responsable de pagar las cantidades que excedan su Copago, Coaseguro o deducible que se basa en la Cantidad Reconocida definida en el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información, y el Proveedor Fuera de la Red no podrá facturárselas.

- Por los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos que sean **Servicios de Atención de la Salud de Emergencia prestados por un Proveedor Fuera de la Red**, usted no es responsable de pagar las cantidades que excedan su Copago, Coaseguro o deducible correspondiente que se basa en la Cantidad Reconocida definida en el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información, y el Proveedor Fuera de la Red no podrá facturárselas.
- Por los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos que sean **Servicios de Ambulancia Aérea prestados por un Proveedor Fuera de la Red**, usted no es responsable de pagar las cantidades que excedan su Copago, Coaseguro o deducible correspondiente que se basa en las tarifas que se aplicarían si el servicio hubiese sido prestado por un Proveedor de la Red que se basa en la Cantidad Reconocida definida en el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información, y el Proveedor Fuera de la Red no podrá facturárselas.

Las Cantidades Permitidas se determinan de acuerdo con las pautas de nuestras normas de reembolso o según lo exija la ley, según se describe en el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información.

Para los Beneficios de la Red, las Cantidades Permitidas se basan en lo siguiente:

- Cuando los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos se reciben de parte de un Proveedor de la Red, las Cantidades Permitidas son nuestras tarifas contratadas con ese proveedor.
- Cuando los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos se reciben de parte de un Proveedor Fuera de la Red según lo programado por nosotros, como cuando no hay un Proveedor de la Red accesible o disponible razonablemente para prestar Servicios de Atención de la Salud Cubiertos, las Cantidades Permitidas son una cantidad negociada por nosotros o una cantidad permitida por ley. Comuníquese con nosotros si le facturan cantidades que excedan su Coaseguro, Copago o deducible correspondiente. No pagaremos cargos excesivos ni importes a los que no esté legalmente obligado a pagar.

Cuando los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos se reciben de parte de un Proveedor Fuera de la Red tal como se describe a continuación, las Cantidades Permitidas se determinan de la siguiente manera:

Para los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos que no son de Emergencia recibidos en determinados establecimientos de la Red de parte de Médicos Fuera de la Red, tanto si dichos servicios son Servicios Auxiliares como si son Servicios no Auxiliares que no han cumplido con los criterios de aviso y consentimiento de la Sección 2799B-2(d) de la Ley de Servicios de Salud Pública con respecto a una visita según lo definido por la Secretaría, la Cantidad Permitida se basa en una de las siguientes opciones en el orden que se indica a continuación, según corresponda:

- La tarifa de reembolso que determine un *Modelo de Convenio para Todos los Pagadores* del estado.
- La tarifa de reembolso que determine la ley estatal.
- El pago inicial que hagamos nosotros o la cantidad que posteriormente acordemos con el Proveedor Fuera de la Red.
- La cantidad que se determine por *Resolución de Disputas Independiente (Independent Dispute Resolution, IDR)*.

A los efectos de esta disposición, la expresión "determinados establecimientos de la Red" se limita a hospitales (según se define en la Sección 1861[e] de la Ley del Seguro Social), Departamentos para Pacientes Ambulatorios de hospitales, hospitales de acceso crítico (según se define en la Sección 1861[mm][1] de la Ley del Seguro Social), centros de cirugía ambulatoria (según se describe en la Sección 1833[1][A] de la Ley del Seguro Social) y cualquier otro establecimiento especificado por la Secretaría.

AVISO IMPORTANTE: Para los Servicios Auxiliares, los Servicios no Auxiliares prestados sin aviso y consentimiento, y los Servicios no Auxiliares por necesidades médicas urgentes o imprevistas que surjan en el momento en que se presta un servicio para el cual se ha cumplido con el aviso y el consentimiento, usted no es responsable de pagar las cantidades que excedan su Copago, Coaseguro o deducible correspondiente, y un Médico Fuera de la Red no podrá facturárselas.

Para los Servicios de Atención de la Salud de Emergencia prestados por un Proveedor Fuera de la Red, la Cantidad Permitida se basa en una de las siguientes opciones en el orden que se indica a continuación, según corresponda:

- La tarifa de reembolso que determine un *Modelo de Convenio para Todos los Pagadores* del estado.
- La tarifa de reembolso que determine la ley estatal.
- El pago inicial que hagamos nosotros o la cantidad que posteriormente acordemos con el Proveedor Fuera de la Red.
- La cantidad que se determine por *Resolución de Disputas Independiente (Independent Dispute Resolution, IDR)*.

AVISO IMPORTANTE: Usted no es responsable de pagar las cantidades que excedan su Copago, Coaseguro o deducible correspondiente, y un Proveedor Fuera de la Red no podrá facturárselas.

Para el transporte en Ambulancia Aérea proporcionado por un Proveedor Fuera de la Red, la Cantidad Permitida se basa en una de las siguientes opciones en el orden que se indica a continuación, según corresponda:

- La tarifa de reembolso que determine un *Modelo de Convenio para Todos los Pagadores* del estado.
- La tarifa de reembolso que determine la ley estatal.
- El pago inicial que hagamos nosotros o la cantidad que posteriormente acordemos con el Proveedor Fuera de la Red.
- La cantidad que se determine por *Resolución de Disputas Independiente (Independent Dispute Resolution, IDR)*.

AVISO IMPORTANTE: Usted no es responsable de pagar las cantidades que excedan su Copago, Coaseguro o deducible que se basa en las tarifas que se aplicarían si el servicio hubiese sido prestado por un Proveedor de la Red, y un Proveedor Fuera de la Red no podrá facturárselas.

Para el transporte en ambulancia terrestre de Emergencia proporcionado por un Proveedor Fuera de la Red, la Cantidad Permitida, que incluye los gastos de combustible, es una tarifa acordada con el Proveedor Fuera de la Red o, a menos que la ley vigente exija una cantidad diferente, determinada sobre la base de la cantidad intermedia negociada con Proveedores de la Red para el mismo servicio o un servicio similar.

AVISO IMPORTANTE: Los Proveedores Fuera de la Red pueden facturarle la diferencia entre los cargos facturados del proveedor y la Cantidad Permitida que se describe en este documento.

CADA UNO DE LOS BENEFICIOS ANTERIORMENTE INDICADOS TIENE COBERTURA CUANDO ESTÁ AUTORIZADO POR SU GRUPO MÉDICO PARTICIPANTE O UNITEDHEALTHCARE, EXCEPTO EN EL CASO DE SERVICIOS DE EMERGENCIA MÉDICAMENTE NECESARIOS O SERVICIOS REQUERIDOS DE URGENCIA, U OTROS SERVICIOS PRESTADOS POR PROVEEDORES FUERA DE LA RED SEGÚN LO DESCRITO ANTERIORMENTE. UN COMITÉ DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN PUEDE REVISAR LA SOLICITUD DE SERVICIOS.

Nota: Este documento no es un contrato. Este es un Plan de Beneficios y sus documentos adjuntos solo son un resumen del Plan de Salud.

PARA DETERMINAR LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE COBERTURA EXACTOS, SE DEBE CONSULTAR EL CONVENIO DE SUSCRIPTORES DE GRUPOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS, EL COMPROBANTE DE COBERTURA Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE UNITEDHEALTHCARE OF CALIFORNIA Y LOS DOCUMENTOS SOBRE BENEFICIOS ADICIONALES. SI SE SOLICITA, SE PROPORCIONARÁ UNA COPIA DEL CONTRATO, QUE TAMBIÉN SE ENCUENTRA DISPONIBLE EN LA OFICINA DE UNITEDHEALTHCARE Y EN LA OFICINA DE PERSONAL DE LA EMPRESA PARA LA CUAL TRABAJA. SI SE SOLICITA, TAMBIÉN ESTÁ DISPONIBLE LA INFORMACIÓN FINANCIERA AUDITADA MÁS RECIENTE DE UNITEDHEALTHCARE.

**P.O. Box 30968
Salt Lake City, UT 84130-0968**

**Servicio al Cliente:
800-624-8822
711 (TTY)
www.myuhc.com**

©2024 United HealthCare Services, Inc.
PCA1692900379098_001
TYF, TYH, TYP
Fecha de Vigencia: 7/1/2024