

Preguntas Frecuentes: Planes de Copago y Coseguro de HMO*

***Nota:** Su tipo de plan médico aparece en la parte anterior (frente) de su Tarjeta de Identificación de Miembro

Información del Plan Médico

1. ¿Qué es el plan HMO?

En el plan de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO), los servicios cubiertos deberá proporcionarlos o autorizarlos el médico para el cuidado primario del miembro del plan y deberán recibirse a través de proveedores del plan (dentro de la red). Deberá obtenerse una referencia médica antes de que se reciban cuidados médicos a través de proveedores especialistas, exceptuando las consultas de ginecología y obstetricia para mujeres realizadas dentro de la red y los exámenes de rutina para la vista. No se cubren los servicios proporcionados por proveedores no pertenecientes al plan (fuera de la red), excepto para el cuidado de emergencia y el cuidado urgente. En el plan HMO, el miembro del plan es responsable por un copago y/o coseguro por los servicios recibidos. Las cantidades de copago y coseguro para servicios específicos se encuentran en el resumen de beneficios de su plan.

2. ¿Cuáles son los servicios cubiertos?

Los servicios cubiertos son los beneficios y servicios a los cuales tiene derecho el miembro del plan en los términos de Evidencia de Seguro y el resumen de beneficios del plan médico seleccionado por el empleador en el momento de la inscripción.

3. ¿Qué es copago?

El copago es la cantidad fija y predeterminada en dólares, la cual deberá pagar el miembro del plan para recibir un servicio específico. El copago puede significar un porcentaje definido de los cargos que debe pagar el miembro del plan para servicios específicos. En el plan de copago, una vez satisfecho éste último, el miembro del plan no tendrá más obligaciones financieras.

4. ¿Qué es coseguro?

El coseguro es un porcentaje definido de la cantidad permisible que paga el miembro del plan por un servicio después de haber efectuado el copago. Una vez que se haya satisfecho el máximo de coseguro anual para cada miembro o para la familia, no se cobrará coseguro adicional alguno durante el año de contrato en curso. Los copagos no cuentan contra el máximo de coseguro anual.

5. ¿Cuáles servicios están limitados en el plan HMO?

La información que se presenta a continuación es una lista de las limitaciones generales para el plan médico y se proporciona en respuesta a las preguntas más

frecuentes de los miembros del plan. Muchos servicios se cubren de conformidad con la Póliza de Cobertura (Coverage Policy) de Health Advantage y algunos servicios pueden requerir de autorización previa (prior authorization). Por favor consulte su Evidencia de Cobertura y el resumen de beneficios correspondiente para obtener información específica sobre los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones para su plan médico.

Exámenes de la Vista: Los exámenes de rutina para la vista no requieren de referencia médica y se limitan a un examen médico por miembro del plan y por año de contrato. No se cubren los anteojos ni lentes de contacto, excepto para la compra inicial de los mismos cuando se adquieran en un lapso de seis meses posterior a una operación de cataratas y sujetos a un cargo máximo permisible de \$50 por miembro del plan y por año de contrato.

Mamografías: Exámenes de detección del cáncer mamario (mamografías) que no requieren de referencia médica y se limitan a uno por miembro del plan y por año de contrato.

Consulta Ginecológica Anual: Las consultas ginecológicas anuales para detectar el cáncer del cuello uterino no requieren de referencia médica y se limitan a una visita por miembro del plan y por año de contrato.

FluMist: FluMist, una vacuna intranasal contra la gripe, se cubre sujeta a un cargo máximo permisible de \$15 por miembro del plan y por año de contrato.

Servicios de Hospital para Pacientes Internos: Los servicios de hospital para pacientes internos se cubren a la tarifa de habitación semiprivada. El miembro del plan será responsable de pagar por la diferencia entre la tarifa de la habitación privada y la semiprivada, excepto cuando la habitación privada sea médicamente necesaria o cuando el hospital tenga sólo habitaciones privadas.

Servicios de Ambulancia: El transporte en ambulancia para casos de emergencia se cubre por lo general hasta por un cargo permisible de \$350 por viaje (ya sea para ambulancia aérea o terrestre).

Rehabilitación de Pacientes Internos: La rehabilitación de pacientes internos se limita a 60 días de hospitalización por miembro del plan y por año de contrato.

Terapia de Rehabilitación para Pacientes Externos: La fisioterapia, terapia ocupacional y del habla así como los servicios quiroprácticos se limitan a 30 visitas generales por miembro del plan y por año de contrato.

Rehabilitación Cardíaca: La rehabilitación cardíaca se limita a 36 visitas como paciente ambulatorio por miembro del plan y por año de contrato.

Servicios para la Salud Mental y el Abuso de Sustancias Químicas: Los servicios para la salud mental y el abuso de sustancias químicas son un beneficio combinado y se limitan a cinco días de hospitalización parcial o como paciente interno y 30 visitas como paciente externo o ambulatorio.

Equipos Médicos Duraderos (DME): Con excepción de lo cubierto bajo los Servicios para el Control de la Diabetes, se limitan los equipos médicos duraderos (DME) y prótesis a \$ 2,000 por miembro del plan y por año de contrato.

Servicios de Instalaciones de Enfermería Especializada: Los servicios de instalaciones de enfermería especializada se limitan a 100 días por miembro del plan y por año de contrato para los planes de coseguro y 60 días por miembro del plan y por año de contrato para la mayoría de los planes con copago. Por favor consulte su resumen de beneficios.

Servicios Médicos a Domicilio: Estos servicios se limitan a 50 visitas por miembro del plan y por año de contrato.

Servicios de Transplante de Órganos: Los trasplantes de órganos tienen un máximo de por vida de dos trasplantes o \$1,000,000 por miembro del plan.

6. ¿Qué es una póliza de cobertura?

La póliza de cobertura de Health Advantage es una base de datos de pólizas y/o criterios de cobertura que desarrollan el o los directores médicos y que utiliza Health Advantage para efectuar sus determinaciones de beneficios. La Póliza de Cobertura (Coverage Policy) está disponible para miembros del plan y proveedores de cuidado médico. Los miembros del plan podrán solicitar una copia de la póliza de cobertura para una condición u operación específica, llamando al Departamento de Servicios al Cliente al 1-800-843-1329 o cuando Envíe un Mensaje por Correo Electrónico al Departamento de Servicios al Cliente (e-mailing Customer Service).

7. ¿Cuáles son mis beneficios de bienestar médico?

Health Advantage proporciona servicios recomendados para la prevención y la detección temprana de enfermedades. La promoción de dichos servicios se lleva a cabo mediante comunicación directa con su médico. Las Pautas de Medicina Preventiva (Preventive Health Guidelines) son un reflejo de las recomendaciones de autoridades destacadas y profesionales médicos locales y se proporcionan como orientación. El tratamiento se efectuará a discreción clínica de su médico.

8. ¿Se cubren los programas para bajar de peso?

Le recomendamos que colabore con su médico para desarrollar un estilo de vida sano para usted y su familia. No se cubren los programas y tratamientos dietéticos destinados a ayudarlo a perder peso, tales como la afiliación a gimnasios, suplementos dietéticos, procedimientos quirúrgicos o complicaciones resultantes de operaciones quirúrgicas.

9. Estoy embarazada. ¿Qué debo hacer en cuanto a mis beneficios de cuidado médico?

Debe hacer cuanto antes una cita con un obstetra participante (no se requiere referencia médica). Health Advantage ofrece un programa gratis de atención prenatal conocido como Alumbramiento Especial (Special Delivery), el cual constituye un beneficio adicional para las madres embarazadas independientemente del estado de riesgo de su embarazo. Una vez inscritas, se realizará una evaluación y cada futura madre recibirá materiales educativos y cupones por correo para fomentar las prácticas de buena salud durante el embarazo.

10. ¿Qué es la administración de casos?

El programa de Administración de Casos (Case Management) de Health Advantage es un proceso multidisciplinario y personalizado para ayudar a los pacientes y familiares de éstos que enfrentan enfermedades catastróficas y recuperaciones de larga duración mientras satisfacen sus necesidades médicas. La administración de casos fomenta el control individual del cuidado médico al mismo tiempo que facilita

las medidas de cuidado médico apropiadas dentro del ambiente de menor costo. Su médico estará a cargo de todo el cuidado si usted participa en el programa de Administración de Casos. Los Enfermeros Registrados Administradores de Casos le harán seguimiento a su cuidado y costos de beneficios y estarán a la disposición para contestar a cualquier pregunta. Entre los ejemplos de las situaciones en las cuales la administración de casos puede contribuir a la conservación de beneficios limitados, se encuentran, aunque sin limitarse a ello: las hospitalizaciones de emergencia, servicios de rehabilitación, cuidado médico a domicilio, incluyendo vías intravenosas para uso doméstico, administración del dolor, servicios para pacientes desahuciados y servicios relacionados con transplantes.

11. ¿Qué es HealthConnect Blue?

HealthConnect Blue es un servicio gratis de información médica para miembros del plan que tengan preocupaciones y preguntas cotidianas sobre la salud o que presenten condiciones médicas persistentes (crónicas), tales como la diabetes, los problemas respiratorios o pulmonares o las condiciones cardíacas. Este servicio se encuentra disponible las 24 horas del día, siete días a la semana, llamando al 1-800-318-2384. Los profesionales médicos especialmente adiestrados, tales como enfermeros, terapeutas respiratorios y dietistas, proporcionan información médica y apoyo para que usted pueda cooperar más eficazmente con su médico. Entre los demás beneficios del programa se incluyen una biblioteca de audio con más de 470 temas sobre el cuidado médico, llamadas de seguimiento personalizadas, recordatorios de buena salud durante todo el año para ayudarle a controlar mejor su salud, materiales educativos gratis enviados por correo a su hogar y acceso por Internet a una "enciclopedia" con un valioso caudal de información médica proporcionada por HealthConnect Blue. Puede ingresar a éste último a través de *My Blueprint*. Para conectarse requerirá de identificación y una clave secreta.

Selección y Cambio del Proveedor de Cuidado Médico primario (PCP)

1. ¿Tengo que seleccionar un proveedor de cuidado médico primario (PCP)?

Se requiere que seleccione un PCP del Directorio de Proveedores (Provider Directory de Health Advantage para cubrir los servicios que no sean de emergencia.

2. ¿Tengo que seleccionar al mismo proveedor de cuidado médico primario (PCP) para todos los miembros de mi familia?

Usted puede seleccionar el mismo PCP para todos los miembros de su familia o uno diferente para cada cual.

3. ¿Cuál es el procedimiento apropiado para ver a mi proveedor de cuidado médico primario (PCP)?

Si usted es un miembro nuevo del plan, le recomendamos que se comunice con el consultorio de su PCP para hacer una cita. También deberá pedir que le envíen sus registros médicos a su nuevo PCP.

4. ¿Puedo cambiar de proveedor de cuidado médico primario (PCP)?

Usted puede cambiar de PCP comunicándose con el Departamento de Servicios al Cliente de Health Advantage al 1-800-843-1329. Todas las solicitudes entrarán en vigencia el primer día del mes subsiguiente. Cualquier referencia médica pendiente del PCP anterior deberá volver a autorizarse a fin de que se cubran los servicios pertinentes.

NOTA: Si su grupo está inscrito electrónicamente, usted deberá efectuar el cambio en línea o comunicarse directamente con su administrador de grupo para realizarlo.

Cuidado de Emergencia y Cuidado Urgente

1. ¿Qué pasaría si me enfermo o lesiono y no está abierto el consultorio de mi PCP?

Comuníquese con su PCP o con el médico de guardia. Éste le dará instrucciones sobre lo que debe usted hacer. Sin embargo si su problema es tan grave que requiere de atención médica inmediata, busque ayuda primero acudiendo a la instalación médica más cercana. Usted debe notificarle a su PCP sobre el cuidado de emergencia recibido en un lapso de 24 horas.

2. ¿Qué debo hacer si me enfermo o lesiono inesperadamente estando fuera del área de servicio de Health Advantage?

Si se trata de una emergencia, acuda a la instalación médica más cercana. Health Advantage cubrirá el cuidado de emergencia y el cuidado urgente recibidos fuera del área de servicio (el estado de Arkansas). Para ubicar al proveedor participante de BlueCard más cercano, los miembros del plan pueden recurrir al Localizador de Doctores y Hospitales de BlueCard (BlueCard Doctor & Hospital Finder) de la Blue Cross and Blue Shield Association o pueden llamar al 1-800-810-2583 (BLUE). El miembro del plan puede limitar sus gastos a copago y coseguro por cuidado de emergencia y cuidado urgente, utilizando el programa BlueCard. Puede facturarse la diferencia entre los cargos facturados y los permisibles por servicios recibidos a través de proveedores no pertenecientes al plan y al programa BlueCard. Por favor notifíquese a Health Advantage, en un lapso de 24 horas o al siguiente día hábil, sobre cualquier hospitalización de emergencia ocurrida fuera del área de servicio.

3. ¿Cuáles condiciones médicas se consideran como emergencias?

Las presentadas recientemente y las de gravedad que, de no recibir atención médica inmediata, podrían poner en peligro inminente la salud del paciente, ocasionar un deterioro importante de las funciones corporales o la disfunción grave de cualquier parte u órgano del cuerpo. Ejemplos de ello son:

Ataque cardíaco o dolor intenso	Quemaduras graves
---------------------------------	-------------------

Huesos fracturados	Pérdida del conocimiento
Dificultades respiratorias graves	Convulsiones o ahogo
Dolor abdominal agudo	Fiebre elevada

4. ¿Qué significa cuidado de urgencia?

Es el cuidado que recibe el miembro del plan estando fuera del área de servicio por razones de enfermedad o lesión súbita que no pueda esperar hasta que el miembro del plan regrese al área de servicio.

Atención de Especialistas y Referencias Médicas

1. ¿Necesito una referencia médica para cada visita al especialista?

Excepto para las visitas ginecológicas y obstétricas para mujeres efectuadas dentro de la red y los exámenes de rutina de la vista, su PCP deberá referirle a un especialista del plan para una serie de visitas dentro de un período de tiempo específico. Si tiene una referencia médica y necesita recibir otro tratamiento a través de un especialista, deberá entonces comunicarse con su PCP para obtener un nuevo número de autorización. Es responsabilidad de los miembros del plan obtener autorización de referencia médica cuando se requiera antes de recibir servicios a través de un proveedor especialista.

2. Si un especialista me hospitaliza u opera, ¿necesitaré una referencia médica para la visita de seguimiento con el especialista?

Si tiene una referencia médica, el especialista podrá internarle en un hospital del plan y proporcionarle cuidado de seguimiento siempre y cuando no se haya vencido la referencia. Todas las referencias médicas tienen fecha de vencimiento y pueden limitar la cantidad de visitas a un especialista.

3. ¿Qué pasaría si la atención médica recomendada por mi PCP no se encuentra disponible a través de ningún proveedor o especialista del plan?

Si los servicios cubiertos médicamente necesarios no están disponibles a través de médicos o proveedores del plan, Health Advantage, a petición de su PCP y dentro de un período razonable antes de que se reciba el servicio, podrá autorizar servicios cubiertos a través de un médico o proveedor no perteneciente al plan a la tarifa de cargos permitidos o a una tarifa acordada. Los servicios se cubrirán como beneficios dentro de la red; pero podrá facturársele al miembro del plan la diferencia entre los cargos facturados y los permisibles por servicios recibidos a través de proveedores no pertenecientes al plan.

4. ¿Qué pasaría si mi médico me da una cita para un procedimiento o tratamiento como paciente externo en una instalación independiente para pacientes ambulatorios que no esté afiliada a un hospital participante?

Usted siempre debe solicitar que su médico programe el procedimiento con un proveedor o instalación participante. Antes de recibir el tratamiento, usted puede revisar el Directorio de Proveedores (Provider Directory) de Health Advantage. Si lo

prefiere, Envíe un Mensaje por Correo Electrónico al Departamento de Servicios al Cliente (e-mail Customer Service) para comprobar si existe un proveedor o instalación dentro de la red de Health Advantage. Si usted recibe servicios a través de médicos del plan, pero en una instalación no perteneciente al plan, no se cubrirán los cargos facturados por la instalación en cuestión.

Tarjeta de Identificación del Miembro del Plan

1. ¿Qué pasaría si se me pierde la tarjeta de identificación de miembro?

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Cliente de Health Advantage, llamando al 1-800-843-1329 y pida una tarjeta de repuesto o hágalo a través de *My Blueprint*. Usted recibirá su nueva tarjeta de identificación en un lapso de cinco a siete días.

2. ¿Necesito presentar mi tarjeta de identificación de miembro cada vez que me vea el médico o cada vez que me despachen alguna receta médica?

Le recomendamos ampliamente que lleve su tarjeta de identificación consigo en todo momento y que también lo hagan los miembros de su familia. Usted deberá tener su tarjeta de identificación a la mano cuando llame para hacer una cita y cada vez que reciba servicios. Para asegurar el pago expedito de sus reclamos, por favor asegúrese de que la información que aparece en su tarjeta de identificación sea correcta y que todos los proveedores tengan su fecha de nacimiento y nombre escritos correctamente.

Servicios Prestados Fuera del Área de Servicio (fuera del estado de Arkansas)

1. ¿Proporciona Health Advantage cobertura fuera del estado de Arkansas?

Usted podrá recibir servicios de cuidado de emergencia o cuidado urgente a través del programa BlueCard® cuando viaje fuera del estado de Arkansas. El programa BlueCard le permite usar su tarjeta de identificación de miembro para recibir servicios cubiertos de cuidado de emergencia y cuidado urgente, a través de Health Advantage y en el lugar al cual haya viajado, así como limitar sus gastos de copago y/o coseguro cuando reciba servicios de proveedores participantes de Blue Cross y/o Blue Shield. Para ubicar al proveedor participante de BlueCard más cercano, los miembros pueden recurrir al Localizador de Doctores y Hospitales de BlueCard (BlueCard Doctor & Hospital Finder) de la Blue Cross and Blue Shield Association o pueden llamar al 1-800-810-2583 (BLUE). A fin de que puedan cubrirse los servicios fuera del área de servicio que no sean de emergencia o de cuidado urgente deberán contar primeramente con la aprobación de su PCP o de Health Advantage. Usted puede ser responsable por pagar la diferencia entre los cargos facturados y los permisibles para los servicios proporcionados por proveedores no

participantes de BlueCard.

2. ¿Estarán cubiertos mis dependientes si viven o asisten a la escuela en otro estado?

Si sus dependientes viven o asisten a la escuela a tiempo completo fuera del estado de Arkansas por un período de más de 90 días consecutivos, pueden ser elegibles para una clasificación temporal de fuera de área. De aprobarlo Health Advantage, el miembro del plan utilizará su tarjeta de identificación de Health Advantage para tener acceso a servicios cubiertos en su plan médico de grupo. Los reclamos se facturan con el prefijo *XCH* y el número de identificación de miembro a través del plan médico local y se envían electrónicamente a Health Advantage. Si se aprueba el pago, los gastos de desembolso personal se limitarán al copago y/o al coseguro cuando se reciban servicios cubiertos a través de un proveedor de Blue Cross y/o Blue Shield de la lista de la Red Tradicional de BlueCard. Usted puede ser responsable por el pago de la diferencia entre los cargos facturados y los permisibles para los servicios proporcionados por proveedores no participantes de BlueCard. Para solicitar este beneficio, el subscriber debe llenar un Formulario de Clasificación de Dependiente Fuera del Área (Dependent Out-of-Area Classification form). Se requiere la renovación anual de esta clasificación para los dependientes.

3. ¿Están cubiertos los empleados en servicio activo que se encuentren en viajes largos o que vivan en otro estado?

Los empleados en servicio activo de grupos inscritos situados en Arkansas que se encuentren en viajes largos o que vivan fuera del estado de Arkansas por un período de más de 90 días consecutivos pueden ser elegibles para una clasificación de fuera de área. Si lo aprueban el administrador de grupo del empleado y Health Advantage, el empleado y los miembros de su familia utilizarán la tarjeta de identificación de Health Advantage para tener acceso a los servicios cubiertos. Los reclamos se facturan con el prefijo *XCH* y el número de identificación del miembro a través del plan médico local y se envían electrónicamente a Health Advantage. Si se aprueba el pago, los gastos de desembolso personal se limitarán al copago y/o al coseguro cuando se reciban servicios cubiertos de un proveedor de Blue Cross y/o Blue Shield de la Red Tradicional de BlueCard. Usted puede ser responsable por pagar la diferencia entre los cargos facturados y los permisibles para servicios proporcionados por proveedores no participantes de BlueCard. Para solicitar este beneficio, el empleado debe llenar un Formulario de Clasificación de Dependiente Fuera del Área (Dependent Out-of-Area Classification form). No se requiere renovación anual.

Procesamiento de Reclamos

1. ¿Cuál es el límite de tiempo para presentar un reclamo de beneficios?

El miembro o proveedor deberá notificar a Health Advantage en un lapso de 180 días contados a partir de la fecha en que se hayan recibido por vez primer los servicios cubiertos.

2. ¿Cómo puedo saber si Health Advantage ha procesado un reclamo?

Cada vez que se procese un reclamo, se le enviará por correo a su dirección de domicilio una Explicación de Beneficios (EOB). Usted puede verificar el estado de un reclamo visitando *My Blueprint* y seleccionando la opción "Check Claims Status" (Verificación del Estado de Reclamos). Si se le indica que el estado es "completo," entonces será indicio de que se ha procesado el reclamo. Si se le indica que está "en proceso," entonces Health Advantage lo ha recibido, pero no ha tomado aún una decisión final al respecto. Usted también puede llamar a MyBlueLine al 1-800-843-1329, un sistema interactivo de respuesta verbal disponible 24 horas al día, siete días a la semana.

3. ¿Cómo puedo saber cuál es mi responsabilidad financiera para un reclamo?

Cada vez que se procese un reclamo, se le enviará a su dirección de domicilio una Explicación de Beneficios (EOB). En ésta, aparecerán sus responsabilidades de copago y coseguro (si las hubiere). Usted puede imprimir una copia de la EOB para cualquier reclamo que se indique como "completo" a través de *My Blueprint* bajo la opción "Check Claims Status" (Verificación del Estado de Reclamos). Usted también puede llamar a MyBlueLine al 1-800-843-1329, un sistema interactivo de respuesta verbal que se encuentra disponible 24 horas al día, siete días a la semana.

4. ¿Qué pasaría si recibo la Explicación de Beneficios (EOB) y aún no se ha pagado el reclamo?

Si aún no se ha pagado su reclamo y se le ha colocado "en retención" esperando obtener más información o algún pago adicional, su EOB ofrecerá una descripción de los datos adicionales necesarios para el procesamiento de su reclamo y una explicación de por qué se ha rechazado el mismo. Si se le ha denegado su reclamo, su EOB hará referencia a alguna disposición específica del plan en la que se haya basado la determinación y ofrecerá además una descripción del proceso de apelaciones de su plan.

5. ¿Qué pasaría si no estoy de acuerdo con la determinación de la Explicación de Beneficios (EOB)?

Si tiene preguntas con respecto a alguna determinación de la EOB, puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Cliente, llamando al 1-800-843-1329 o dirigiéndose directamente a: Health Advantage Customer Service, Post Office Box 8069, Little Rock, Arkansas 72203. Ésta es una solicitud informal y no se considerará como una apelación oficial.

6. ¿Cómo puedo apelar a un reclamo o determinación de beneficios?

Si se le deniega total o parcialmente un reclamo de beneficios, usted puede solicitar una revisión de la denegación, enviando su "Solicitud de Apelación" a Health Advantage, Attention: Member Response Coordinator, Post Office Box 8069, Little Rock, Arkansas 72203. La solicitud debe efectuarse en un lapso de 180 días posteriores a la fecha de notificación al miembro del plan sobre la denegación de beneficios. Usted puede comunicarse con el coordinador de respuestas a los miembros del plan de Health Advantage, llamando al 1-800-843-1329 para solicitar asistencia para presentar una apelación. Para más información al respecto, por

favor consulte su Evidencia de Cobertura en su Apéndice "A."

7. ¿Qué pasaría si no estoy de acuerdo con la determinación, pero no puedo presentar yo mismo la apelación a un reclamo o determinación de beneficios?

Usted puede designar a un representante autorizado para que presente en su lugar una apelación contra una determinación de beneficios de un reclamo. Para información sobre la designación de un representante autorizado, sírvase llamar al Departamento de Servicios al Cliente al 1-800-843-1329.

8. ¿Qué pasaría si tengo que pagar por suministros o servicios médicos cubiertos?

Si usted efectúa algún copago o coseguro no requerido por servicios cubiertos por Health Advantage, puede presentar un reclamo de reembolso, presentando ante Health Advantage una copia de su recibo de pago por los servicios recibidos y una copia de la factura emitida. La solicitud debe incluir el número de identificación del miembro del plan y debe efectuarse dentro de un lapso de 180 días posteriores a la fecha en que se efectuaron los gastos por vez primera. La solicitud de reembolso se podrá enviar con franqueo postal prepagado a: Claims, Health Advantage, Post Office Box 8069, Little Rock, AR, 72203-8069.

Otros Seguros y la Coordinación de Beneficios

1. ¿Coordina Health Advantage los beneficios?

Health Advantage coordina beneficios para evitar la duplicación de pagos de reclamos. Si usted o cualquiera de sus dependientes tiene Medicare u otra cobertura de seguros que le proporcione beneficios para gastos de hospital, médicos o de otros tipos, sus pagos de beneficios podrían estar sujetos a una coordinación de beneficios. Aun cuando Health Advantage no sea la compañía de seguro primaria, deberá seguir el plan de todas maneras para que Health Advantage coordine los beneficios. Es responsabilidad del miembro del plan asegurarse de que Health Advantage tenga una copia de la Explicación de Beneficios de la compañía de seguro primaria y de todas las facturas detalladas así como de informarle a Health Advantage sobre todo cambio ocurrido en los otros seguros.

2. Si tengo una cobertura secundaria, ¿Cómo puedo recibir copia de mi Explicación de Beneficios a través de Health Advantage?

Cada vez que se procese un reclamo, se le enviará a su dirección de domicilio una Explicación de Beneficios (EOB). Usted puede imprimir una copia de la EOB de cualquier reclamo procesado a través de *My Blueprint* bajo la opción "Check Claims Status" (Verificación del Estado de Reclamos).

3. ¿Cómo puedo actualizar la información de otros seguros?

Para actualizar su información sobre Medicare o los datos de otros seguros, usted

puede llenar el Cuestionario de Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits Questionnaire) y enviarlo por correo a: Health Advantage, Attn Claims COB, P.O. Box 8069, Little Rock Arkansas, 72203-8069. También puede llamar al 1-800-969-3983 y proporcionarles la información.

Programa Administrado de Farmacia (para miembros con cobertura Health Advantage para medicinas solamente)

Nota: Si su tarjeta de identificación de miembro no especifica los copagos para recetas, Health Advantage no le proporcionará cobertura para medicinas recetadas.

1. ¿Tengo la opción de seleccionar entre medicamentos de marca y genéricos?

Usted puede solicitar el medicamento de marca (de segundo o tercer nivel). Sin embargo, se le exigirá que pague un cargo adicional si existe un genérico disponible (de primer nivel). Por favor consulte su Cláusula de Beneficios Administrados de Farmacia.

2. ¿Puedo obtener un reabastecimiento para más de un mes si estoy tomando un medicamento regularmente?

Como un servicio para usted, algunas recetas para medicamentos de mantenimiento pueden reabastecerse hasta por suministros de 100 días. Se le cobrarán tres copagos y/o coseguros. Cualquier receta nueva o nuevamente recetada se limitará a un suministro de un mes la primera vez que se abastezca.

3. ¿Deberán volver a emitirse las recetas médicas que fueron proporcionadas por un médico no perteneciente al plan antes de que yo pasara a ser miembro de Health Advantage?

Usted deberá hacer que vuelvan a recetarle, lo antes posible, las medicinas de Health Advantage que esté utilizando actualmente. Esto asegurará que su nuevo PCP tenga su historial de medicinas en archivo, haciendo así que sean menos probables las duplicaciones de terapias o interacciones entre fármacos para cualquier nuevo tratamiento.

4. ¿Qué debo hacer si me encuentro fuera del área de servicio de Health Advantage y necesito comprar medicinas?

Si se trata de una emergencia, acuda a la farmacia más cercana. Si se trata de una farmacia no participante, usted puede pagar el precio de las medicinas y presentar un Formulario de Reclamo de Reembolso para Medicinas Recetadas (Prescription Reimbursement Claim Form). Si no se trata de una emergencia, usted puede consultar el Localizador de Farmacias (Pharmacy Search) para determinar la ubicación y horas laborales de la farmacia participante más cercana. No se cubrirán las medicinas de las farmacias no participantes, excepto en casos de emergencia.

5. ¿Cubre Health Advantage los anticonceptivos?

En su programa de beneficios administrados de farmacia se cubren los Anticonceptivos orales selectos (Selected oral contraceptives).

Elegibilidad e Inscripción

1. ¿Quién es elegible para recibir cobertura de cuidado médico a través de Health Advantage?

Los empleados a tiempo completo de grupos inscritos que residan o trabajen en el estado de Arkansas y sus dependientes elegibles. Estos últimos incluyen al cónyuge legal, hijos solteros menores de 19 años de edad (o la edad máxima para los dependientes en su grupo), hijos que estudien a tiempo completo y sean menores de la edad especificada en el contrato de grupo, o bien los hijos de cualquier edad declarados como incapacitados, los cuales dependan primordialmente del empleado para su manutención. Deberá presentarse un Cuestionario de Prueba de Incapacidad (Proof of Incapacity Questionnaire).

2. ¿Cuándo puedo solicitar cobertura?

Los empleados pueden solicitar cobertura para ellos mismos y sus dependientes elegibles, de conformidad con las pautas expresadas a continuación. Para más información al respecto, por favor consulte su Evidencia de Cobertura.

Período de Inscripción Inicial: Los empleados nuevos pueden solicitar cobertura durante el período de inscripción inicial, es decir, en un lapso de 31 días posterior a la fecha de contratación como empleado a tiempo completo. La cobertura entrará en vigencia una vez vencido el período de espera requerido por el empleador. Para los dependientes recién adquiridos, el empleado deberá solicitar cobertura cuando adquiera el nuevo dependiente de conformidad con las pautas expresadas a continuación.

Recién nacidos: En un lapso de 90 días posterior a su nacimiento y vigente en tal fecha.

Cónyuge: En un lapso de 31 días posterior a la fecha del matrimonio y vigente el primer día del mes subsiguiente a la boda.

Hijos adoptados: En un lapso de 60 días posterior a la fecha de colocación o la solicitud de adopción y vigente en la fecha de dicha colocación o solicitud o en la fecha de nacimiento del recién nacido, si se presenta la solicitud en un lapso de 60 días posterior a la fecha de nacimiento.

Período de Inscripción Abierta: Período anual de un mes para que los empleados efectúen cambios a la cobertura del plan médico. El período es de un mes antes de la fecha de renovación del seguro de grupo o el mes que especifique el empleador. La fecha de entrada en vigencia de la cobertura será la fecha de renovación del seguro de grupo.

Período de Inscripción Especial: El lapso de 31 días que tiene el empleado para

solicitar cobertura después del periodo de inscripción inicial. Las dos instancias en las cuales se produce un período especial de inscripción son: 1) después de la cancelación de una cobertura por pérdida de elegibilidad y 2) al agregar un nuevo dependiente.

3. ¿Pueden agregarse mis dependientes a mi plan después de que haya entrado éste en vigencia?

Pueden agregarse dependientes elegibles durante el período de inscripción abierta de su grupo o durante un período de inscripción especial.

4. ¿Qué pasaría si lleno mi solicitud de cobertura después de que se haya terminado el período de inscripción?

Se le considerará como inscrito tardíamente y no será elegible para cobertura. Usted podrá solicitar cobertura en el siguiente período de inscripción de su grupo o en un período de inscripción especial.

5. ¿Qué pasaría si recibo una orden de los tribunales para proporcionarle cobertura médica a mi hijo?

Si un tribunal le ha ordenado al empleado que le proporcione cobertura médica a un hijo, dicha cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la fecha en la cual Health Advantage haya recibido notificación por escrito y una prueba satisfactoria de la orden de los tribunales. Si el empleado no está cubierto al momento de efectuar la solicitud, deberá inscribirse al mismo tiempo que el hijo. Esto no se aplica a los hijos en cuyo caso el cónyuge del empleado ha recibido la orden judicial de cobertura.

6. ¿De qué manera se verá afectada mi cobertura si me llaman a prestar servicio militar activo?

Si se le ordena que preste servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos por más de 30 días, su cobertura (y la de sus dependientes cubiertos) podrá continuar de conformidad con la Ley de Derechos de Contratación y Recontratación de Servicios Uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act o USERRA, por sus siglas en inglés) o a través de COBRA por un período de 18 meses y con su plan médico de grupo. Cuando le llamen a prestar servicio militar activo por más de 30 días, sus dependientes tendrán derecho a recibir beneficios a través de Tricare Standard, con vigencia inmediata, sin que se requiera el pago de primas.

Una vez que haya regresado del servicio militar activo, usted (y todos los dependientes cubiertos anteriormente) podrá(n) inscribirse en el plan médico en un lapso de 90 días posterior a su regreso. La fecha de entrada en vigencia de la cobertura será la misma fecha de recontractación. Health Advantage podrá requerir una copia de las órdenes militares u otra prueba del servicio militar activo así como la fecha de terminación del mismo.

7. Si cambio de empleo, ¿cómo podré obtener un Certificado de Seguro Acreditado como prueba de mi cobertura de Health Advantage?

Al terminar la cobertura, se envía por correo, y a su dirección de domicilio, un Certificado de Cobertura a cada uno de los familiares del miembro del plan. Usted

puede imprimir una copia del Certificado de Cobertura Acreditable en cualquier momento a través de *My Blueprint* bajo la opción "Order Certificate of Coverage Letter" (Orden de Certificado de Cobertura).