

# 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
<b>Límite Anual de Desembolso Personal</b> 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, Quiroprácticos y de la Vista. Los Copagos por ciertos tipos de Servicios de Atención de la Salud Cubiertos no se aplican al Límite de Desembolso Personal y requerirán un Copago, incluso después de haberse alcanzado el Límite 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, Quiroprácticos y de la Vista. Cuando un miembro individual de una unidad familiar 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/Servicios de Telesalud	Copago de \$15 por Visita al Consultorio
Visitas al Consultorio del Especialista/Servicios de Telesalud (El Miembro debe obtener referencias a Especialistas, excepto para Servicios Médicos Obstétricos/Ginecológicos y Servicios de Emergencia/Requeridos de Urgencia) Los Copagos por visitas al audiólogo y al podiatra serán los mismos 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 No se aplica el Copago si lo admiten	Copago de \$100
<b>Servicios Requeridos de Urgencia</b> Servicios de atención de urgencia: servicios prestados <b>dentro</b> del área geográfica cubierta por su grupo médico Servicios de atención de urgencia: servicios prestados <b>fuera</b> del área geográfica cubierta por su grupo médico Para obtener detalles adicionales, consulte su Comprobante de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). 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 la tarifa negociada. 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 (American Academy of Pediatrics, 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 se encuentra en su tarjeta de identificación.	Copago de \$250 por admisión
<p>Servicios de Salud Mental que incluyen, pero no se limitan a, Centros de Tratamiento Residencial</p> <p><b>Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California.</b></p> <p>Los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos, cuando son autorizados para personas adultas específicas que solicitan a un tribunal civil la creación de un acuerdo voluntario de la ley CARE o de un plan CARE ordenado por un tribunal, están cubiertos a un costo compartido de cero, excepto los medicamentos de venta con receta. (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)</p>	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 las 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 por parte del Médico (honorarios del médico)	Sin cargo
Cirugía Reconstructiva	Copago de \$250 por admisión
Atención de Rehabilitación y Habilidadación (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

## Beneficios Disponibles Mientras está Hospitalizado como Paciente Hospitalizado (Continuación)

Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos que incluyen, pero no se limitan a, Desintoxicación Médica para Pacientes Hospitalizados y Centros de Tratamiento Residencial <b>Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California.</b> Los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos, cuando son autorizados para personas adultas específicas que solicitan a un tribunal civil la creación de un acuerdo voluntario de la ley CARE o de un plan CARE ordenado por un tribunal, están cubiertos a un costo compartido de cero, excepto los medicamentos de venta con receta.	Sin cargo
Interrupción del Embarazo (Médica/con medicamentos y quirúrgica)	Sin cargo

## Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios

Pruebas de 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 (Solo se puede aplicar un Copago por ambulancia por viaje. Si es necesario un traslado en ambulancia posterior a otro centro, usted no será responsable del Copago por ambulancia adicional)	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 la tarifa negociada. 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) Se aplica únicamente a los Copagos en dólares: En los casos en que la tarifa negociada sea menor que su Copago, usted solamente pagará la tarifa negociada.	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).	Sin cargo
Diálisis (Se puede aplicar un Copago adicional por visitas al consultorio)	Copago de \$15 por tratamiento
Equipo Médico Duradero Se aplica únicamente a los Copagos en dólares: En los casos en que la tarifa negociada sea menor que su Copago, usted solamente pagará la tarifa negociada.	Sin cargo
Equipo Médico Duradero para el Tratamiento del Asma Pediátrica (Incluye nebulizadores, medidores de flujo de aire, mascarillas y tubos para el tratamiento Medicamento Necesario del asma pediátrica de hijos Dependientes, que están cubiertos hasta al menos el fin del mes en que el Miembro cumple 19 años).	Sin cargo

## Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

<p>Aparato Auditivo: Estándar</p> <p>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).</p>	Sin cargo
<p>Aparato Auditivo: con Anclaje de Hueso</p> <p>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.</p>	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.
<p>Examen de Audición</p> <p>Visita al Consultorio del Médico de Atención Primaria Visita al Consultorio de un Especialista</p> <p>Los Copagos por visitas al audiólogo y al podiatra serán los mismos que por visitas al Médico de Atención Primaria.</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 (American Academy of Pediatrics, 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 se encuentra 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>	Sin cargo
<p>Kits de Pruebas Caseras para Detectar Enfermedades de Transmisión Sexual</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
<p>Servicios de Cuidados Paliativos (Pronóstico de esperanza de vida de un año o menos)</p>	Sin cargo
<p>Servicios de Infertilidad</p> <p><b>Si su grupo empresarial adquirió este beneficio, consulte su cláusula adicional de infertilidad para obtener información adicional</b></p>	Sin cobertura
<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.</p> <p>Se aplica únicamente a los Copagos en dólares:</p> <p>En los casos en que la tarifa negociada sea menor que su Copago, usted solamente pagará la tarifa negociada.</p>	Sin cargo



## Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

Servicios de Cirugía Oral	Sin cargo
Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios y Terapia para Pacientes Ambulatorios	Copago de \$15 por Visita al Consultorio
Terapia de Rehabilitación Médica para Pacientes Ambulatorios en un Centro Autónomo o para Pacientes Ambulatorios Participante (Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)	Copago de \$15 por Visita al Consultorio
Cirugía para Pacientes Ambulatorios en un Centro Quirúrgico Autónomo o para Pacientes Ambulatorios Participante	Sin cargo
Atención por parte del Médico: visitas al consultorio	
Visita al Consultorio del Médico de Atención Primaria/Servicios de Telesalud	Copago de \$15 por Visita al Consultorio
Visita al Consultorio del Especialista/Servicios de Telesalud	Copago de \$15 por Visita al Consultorio
Servicios de Atención Preventiva (Servicios según lo recomendado por la Academia Americana de Pediatría [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 con una calificación de recomendación "A" o "B", el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización, la Administración de Recursos y Servicios de Salud [Health Resources and Services Administration, HRSA], las pautas de atención preventiva para mujeres reconocidas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud, y según lo autorice su Médico de Atención Primaria en su Grupo Médico Participante). Los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos incluirán, pero no se limitan a, los siguientes:	Sin cargo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen Colorrectal</li> <li>• Examen de Audición</li> <li>• Prueba de Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)</li> <li>• Vacunas</li> <li>• Pruebas para Recién Nacidos</li> <li>• Examen de Próstata</li> <li>• Examen de la Vista</li> <li>• Atención del Bebé/Niño/Adolescente Sano</li> <li>• Atención de la Mujer Sana, incluidas las visitas prenatales de rutina al consultorio de obstetricia</li> </ul> <p>Consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California.</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 (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 se encuentra en su tarjeta de identificación.</p>	
Aparatos Protésicos y Correctivos	Sin cargo
Se aplica únicamente a los Copagos en dólares: En los casos en que la tarifa negociada sea menor que su Copago, usted solamente pagará la tarifa negociada.	
Terapia de Radiación	
Estándar: (Terapia de radiación con rayo de fotones)	Sin cargo
Compleja: (Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, 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)	Sin cargo
Se aplica únicamente a los Copagos en dólares: En los casos en que la tarifa negociada sea menor que su Copago, usted solamente pagará la tarifa negociada.	

## Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

<p>Servicios de Radiología</p> <p>Estándar: (Se puede aplicar un Copago adicional por visitas al consultorio)</p> <p>Procedimientos para Estudios por Imágenes y Tomografías Especializadas:          (Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, tomografía computarizada [computed tomography, CT], tomografía computarizada por emisión de fotón único [single-photon emission computed tomography, SPECT], tomografía por emisión de positrones [positron emission tomography, PET], angiografía de resonancia magnética [magnetic resonance angiography, MRA] e imagen por resonancia magnética nuclear [magnetic resonance imaging, MRI], con o sin medio de contraste)</p> <p>Se cobrará un Copago separado por cada zona del cuerpo escaneada como parte de un procedimiento de imágenes.</p> <p>Se aplica únicamente a los Copagos en dólares:</p> <p>En los casos en que la tarifa negociada sea menor que su Copago, usted solamente pagará la tarifa negociada.</p>	<p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p>
<p>Servicios para Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos</p> <p>Las Visitas al Consultorio como Paciente Ambulatorio incluyen, pero no se limitan a:</p> <p>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</p> <p>Todos los Demás Tratamientos para Pacientes Ambulatorios incluyen, pero no se limitan a:</p> <p>Hospitalización Parcial/Tratamiento Diurno de metal muy Tratamiento Altamente Intensivo para Pacientes Ambulatorios</p> <p>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</p> <p>Terapia Conductual Intensiva</p> <p>Los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos, cuando son autorizados para personas adultas específicas que solicitan a un tribunal civil la creación de un acuerdo voluntario de la ley CARE o de un plan CARE ordenado por un tribunal, están cubiertos a un costo compartido de cero, excepto los medicamentos de venta con receta.</p> <p>Los Servicios para Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos para Pacientes Ambulatorios en el Ámbito Escolar están cubiertos sin deducible, Coaseguro, Copago ni ningún otro requisito de costo compartido.</p> <p><b>Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California.</b></p>	<p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p>
<p>Interrupción del Embarazo (Médica/con medicamentos y quirúrgica)</p> <p>Los métodos y procedimientos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos 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 en el beneficio de Servicios de Atención Preventiva y Planificación Familiar según lo especificado en el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información.</p>	<p>Sin cargo</p>
<p>Vasectomía</p>	<p>Sin cargo</p>

## Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

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 <b>www.myuhc.com</b> o llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación.	Copago de \$15
Refracciones de la Vista	Copago de \$15

**Nota: Los Beneficios con cantidades Porcentuales de Copago se basan en la Cantidad Permitida o en 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.

- En el caso de los Beneficios de la Red por Servicios de Atención de la Salud Cubiertos prestados por un Proveedor de la Red, excepto por sus obligaciones de costo compartido, usted no es responsable de ninguna diferencia entre las Cantidades Permitidas y la cantidad que factura 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 en situaciones que no sean de Emergencia de parte de Médicos fuera de la Red que no hayan cumplido con los criterios de aviso y consentimiento, o en el caso de las necesidades médicas imprevistas o de urgencia que surjan en el momento en que se preste un Servicio no Auxiliar para el cual se haya dado aviso y consentimiento según se describe a continuación**, usted no es responsable de las cantidades que excedan su Copago, Coaseguro o deducible, que se basan en la Cantidad Reconocida según se define en el *Comprobante Combinado de Cobertura y Divulgación de Información*, y el proveedor fuera de la Red no puede 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, tal como 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 contractuales 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 cantidades que usted 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:**

**En el caso de los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos que no sean 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 (incluidos los Servicios no Auxiliares que hayan cumplido con los criterios de aviso y consentimiento, pero surgen necesidades médicas urgentes en el momento en que se prestan los servicios), 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[i][1][A] de la Ley del Seguro Social) y cualquier otro establecimiento especificado por la Secretaría.

**AVISO IMPORTANTE:** En el caso de los Servicios Auxiliares, los Servicios no Auxiliares prestados sin previo aviso y consentimiento, y los Servicios no Auxiliares para necesidades médicas imprevistas o de urgencia que surjan en el momento en que se preste un servicio para el que se haya dado aviso y consentimiento, usted no es responsable de las cantidades que excedan su Copago, Coaseguro o deducible correspondientes, y un Médico fuera de la Red no puede 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 (IDR)*.

**AVISO IMPORTANTE:** Usted no es responsable de las cantidades que excedan su Copago, Coaseguro o deducible correspondientes, y un proveedor fuera de la Red no puede facturárselas.

**Por 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 (IDR).

**AVISO IMPORTANTE:** Usted no es responsable de las cantidades que excedan su Copago, Coaseguro o deducible, que se basan en las tarifas que se aplicarían si el servicio fuera prestado por un proveedor de la Red, y un proveedor fuera de la Red no puede 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 indicados anteriormente 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 la 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](http://www.myuhc.com)**

©2025 United HealthCare Services, Inc.  
PCA1692900379098\_002  
TYF, TYH, TYP  
Fecha de vigencia: 07/01/2025