

**X. MONTO MÁXIMO DE COPAGO POR FAMILIA DEL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN**

En esta cobertura, hay un límite en el monto de copagos por familia que USTED debe pagar por los servicios médicos incluidos en cada período de inscripción. Es SU responsabilidad estar al tanto de cuánto ha pagado por los servicios médicos incluidos y proporcionar pruebas al Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, en inglés). En CHIP, se le notificará el monto máximo de copago y se le proporcionará un formulario simplificado que USTED puede usar para llevar un registro del monto que ha pagado.

USTED debe notificar a CHIP cuando haya pagado el monto máximo de copago de la cobertura. Cuando USTED le notifique a CHIP que ya ha alcanzado el monto máximo de copago, CHIP emitirá una nueva tarjeta de asegurado para cada NIÑO de SU familia. La nueva tarjeta de asegurado servirá para que médicos y prestadores de servicios médicos participantes sepan que deben eximirlo de hacer copagos durante el resto del período de inscripción del NIÑO.

**XI. ANEXO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS**

Estos servicios de salud, siempre que se consideren necesarios desde el punto de vista médico, deben prestarse en el entorno más adecuado y menos restrictivo en el que puedan prestarse con seguridad; deben prestarse al nivel más adecuado de servicios que se pueda prestar sin riesgos y, de omitirse, afectarían de manera adversa la salud mental o física del asegurado o la calidad de la atención recibida.

La atención médica de emergencia está incluida en la cobertura de CHIP y debe proporcionarse de acuerdo con **la sección VII, D. Servicios de emergencia**. Consulte la **sección II, Definiciones**, para ver la definición de "emergencia y estado de emergencia" y la definición de "servicios de emergencia y atención médica de emergencia" para determinar si existe un estado de emergencia.

No hay una cobertura máxima de por vida para los beneficios y servicios; sin embargo, sí se aplican limitaciones de 12 meses, del período de inscripción o de por vida para determinados servicios, como se especifica en el siguiente cuadro. Los copagos se aplican hasta que la familia alcanza el monto máximo de copago del período de inscripción específico. Los copagos no se aplican a los servicios preventivos o a la asistencia relacionada con el embarazo.

| Beneficio incluido  | Limitaciones  | Copagos*                            |
|---|---|-------------------------------------|
| <p><b>Servicios de hospital para la rehabilitación y la atención general y aguda de pacientes internados</b></p> <p>Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de médicos o profesionales de la salud</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización para la atención médica que no es de emergencia y la atención tras la estabilización de una situación de</li> </ul> | <p>Copago de \$75 por admisión.</p> |

Anexo B

| Beneficio incluido  | Limitaciones  | Copagos* |
|---|---|----------|
| <p>en hospitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comida y estadía en habitación semiprivada (o en habitación privada si es médicamente necesario, según lo certifique el médico adjunto).</li> <li>▪ Atención de enfermería general.</li> <li>▪ Atención de enfermería especializada cuando sea necesaria desde el punto de vista médico.</li> <li>▪ Unidad de cuidados intensivos (ICU, en inglés) y servicios relacionados.</li> <li>▪ Comidas y dietas especiales del paciente.</li> <li>▪ Quirófano, sala de recuperación y otras salas de tratamiento.</li> <li>▪ Anestesia y su administración (componente técnico del centro).</li> <li>▪ Vendajes quirúrgicos, bandejas, yesos y férulas.</li> <li>▪ Fármacos, medicamentos y productos biológicos.</li> <li>▪ Sangre o productos de la sangre que no se proporcionan sin cargo al paciente, y su administración.</li> <li>▪ Rayos X, diagnóstico por imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro).</li> <li>▪ Servicios de laboratorio y de patología (componente técnico del centro).</li> <li>▪ Pruebas diagnósticas con máquinas (electroencefalograma, electrocardiograma, etc.).</li> <li>▪ Terapia de inhalación y servicios de oxígeno.</li> <li>▪ Radiación y quimioterapia.</li> <li>▪ Acceso a hospitales o centros perinatales de nivel III designados por el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS, en inglés) que cumplan con niveles equivalentes</li> </ul> | <p>emergencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización para servicios de médicos y en centros, de la red o fuera de la red, para la madre y el recién nacido, después de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones o después de 96 horas tras un parto por cesárea sin complicaciones.</li> </ul> |          |

Anexo B

| Beneficio incluido   | Limitaciones | Copagos* |
|--|--------------|----------|
| <p>de atención médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de médicos y en centros, de la red o fuera de la red, para la madre y el recién nacido, durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones o 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.</li> <li>▪ Servicios en hospitales, prestados por médicos y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental.</li> <li>▪ Servicios de hospitalización relacionados con (a) abortos espontáneos y (b) embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero). Los servicios de hospitalización relacionados con abortos espontáneos y embarazos no viables incluyen, entre otros:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C, en inglés);</li> <li>- medicamentos administrados por el profesional médico;</li> <li>- ultrasonidos;</li> <li>- examen histológico de muestras de tejido.</li> </ul> </li> <li>▪ Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para tratamientos médicamente necesarios de anomalías craneofaciales que requieren cirugía. Además, deben ser prestados como parte de un plan de tratamiento propuesto y detallado con claridad para tratar lo siguiente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- labio leporino o paladar hendido;</li> <li>- malformaciones graves craneofaciales</li> </ul> </li> </ul> |              |          |

Anexo B

| Beneficio incluido  | Limitaciones   | Copagos*        |
|---|--|-----------------|
| <p>causadas por trauma, esqueléticas o congénitas; o</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- asimetría facial grave causada por defectos de huesos, enfermedades sindrómicas de nacimiento, o crecimiento de tumores o su tratamiento.</li> <li>▪ Implantes quirúrgicos.</li> <li>▪ Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos.</li> <li>▪ Los servicios para pacientes internados para mastectomía y reconstrucción de mama incluyen:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada;</li> <li>- cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;</li> <li>- tratamiento de las complicaciones físicas que puedan surgir de las mastectomías y tratamientos de linfedemas.</li> </ul> </li> <li>▪ Los implantes están incluidos en la cobertura de servicios para pacientes internados y ambulatorios. No se contabilizan para el límite durante el período de 12 meses del equipo médico duradero (DME, en inglés).</li> </ul> |  |                 |
| <p><b>Centros de servicios de enfermería especializada (incluyen hospitales de rehabilitación)</b></p> <p>Estos servicios incluyen los siguientes, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comida y estadía en habitación semiprivada.</li> <li>▪ Servicios regulares de</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización y receta médica.</li> <li>▪ Limitados a 60 días durante un período de 12 meses.</li> </ul> | <p>Ninguno.</p> |

Anexo B

| Beneficio incluido  | Limitaciones  | Copagos*  |
|---|---|---|
| <p>enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de rehabilitación.</li> <li>▪ Suministros médicos, y uso de dispositivos y equipo proporcionados por el centro.</li> </ul>  |   |   |
| <p><b>Servicios de hospital, hospital de rehabilitación integral, clínica (incluye centro de salud) y centro de atención médica para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes servicios brindados en el consultorio o en la sala de emergencias de un hospital, en una clínica o en un centro de atención médica, en un departamento de emergencias de un hospital o en ámbitos de atención médica para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rayos X, diagnóstico por imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico).</li> <li>▪ Servicios de laboratorio y de patología (componente técnico).</li> <li>▪ Pruebas diagnósticas con máquinas.</li> <li>▪ Servicios en centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios.</li> <li>▪ Fármacos, medicamentos y productos biológicos.</li> <li>▪ Yesos, férulas y vendajes.</li> <li>▪ Servicios preventivos de salud.</li> <li>▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</li> <li>▪ Diálisis renal.</li> <li>▪ Servicios respiratorios.</li> <li>▪ Radiación y quimioterapia.</li> <li>▪ Sangre o productos de la sangre que no se proporcionan sin cargo al paciente, y la administración de tales productos.</li> <li>▪ Servicios en centros y servicios médicos relacionados, como</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización y receta médica previas.</li> </ul> | <p>Copago de \$10 por medicamentos genéricos.<br/>Copago de \$35 por medicamentos de marca.</p> |

Anexo B

| Beneficio incluido  | Limitaciones | Copagos* |
|---|--------------|----------|
| <p>anestesia, asociados con la atención dental, cuando se prestan en un centro quirúrgico certificado para pacientes ambulatorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios para pacientes ambulatorias relacionados con (a) abortos espontáneos y (b) embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero). Los servicios para pacientes ambulatorias relacionados con abortos espontáneos o embarazos no viables incluyen, entre otros, los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C, en inglés);</li> <li>- medicamentos administrados por el profesional médico;</li> <li>- ultrasonidos;</li> <li>- examen histológico de muestras de tejido.</li> </ul> </li> <li>▪ Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para tratamientos médicamente necesarios de anomalías craneofaciales que requieren cirugía. Además, deben ser prestados como parte de un plan de tratamiento propuesto y detallado con claridad para tratar lo siguiente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- labio leporino o paladar hendido;</li> <li>- malformaciones graves craneofaciales causadas por trauma, esqueléticas o congénitas; o</li> <li>- asimetría facial grave causada por defectos de huesos, enfermedades sindrómicas de nacimiento o crecimiento de tumores</li> </ul> </li> </ul> |              |          |

Anexo B

| Beneficio incluido  | Limitaciones  | Copagos*  |
|---|---|---|
| <p>o su tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implantes quirúrgicos.</li> <li>▪ Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos.</li> <li>▪ Servicios para pacientes ambulatorios prestados en un hospital o centro de atención médica para pacientes ambulatorios para mastectomía y reconstrucción de mama, según corresponda desde el punto de vista clínico, incluidos los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada;</li> <li>- cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;</li> <li>- tratamiento de las complicaciones físicas que puedan surgir de las mastectomías y tratamientos de linfedemas.</li> </ul> </li> <li>▪ Los implantes están incluidos en la cobertura de servicios para pacientes internados y ambulatorios. No se contabilizan para el límite durante el período de 12 meses del equipo médico duradero (DME, en inglés).</li> </ul> |   |   |
| <p><b>Médico/servicios profesionales para pacientes externos</b></p> <p>Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda exámenes preventivos para niños y servicios médicos preventivos (que incluyen, entre otros, exámenes de vista, audición y vacunas).</li> <li>▪ Consultas presenciales al médico, servicios para</li> </ul>   | <p>[Requires][May require][Does not require] autorización para servicios de especialidad.</p> | <p>Copago de \$20 por consultas presenciales.</p> |

Anexo B

| Beneficio incluido  | Limitaciones | Copagos* |
|---|--------------|----------|
| <p>pacientes internados y ambulatorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de laboratorio, rayos X, diagnóstico por imágenes y de patología, que incluyen el componente técnico o la interpretación profesional.</li> <li>▪ Medicamentos, materiales y productos biológicos administrados en el consultorio del médico.</li> <li>▪ Inyecciones, pruebas o suero para la alergia.</li> <li>▪ Componente profesional (para pacientes internados y ambulatorios) de los servicios quirúrgicos, incluidos los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- cirujanos y cirujanos auxiliares para procedimientos quirúrgicos, incluida la atención médica de seguimiento correspondiente;</li> <li>- administración de anestesia por parte de un médico (que no sea cirujano) o un enfermero anestesiólogo titulado (CRNA, en inglés);</li> <li>- segundas opiniones quirúrgicas;</li> <li>- cirugía el mismo día que se la piden en un hospital sin pasar la noche;</li> <li>- procedimientos diagnósticos invasivos, como exámenes endoscópicos.</li> </ul> </li> <li>▪ Servicios de médicos prestados en el hospital (incluidos los componentes técnicos y de interpretación brindados por médicos).</li> <li>▪ Los servicios de médicos y de profesionales para mastectomía y reconstrucción de la mama incluyen los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- todas las etapas de</li> </ul> </li> </ul> |              |          |



Anexo B

| Beneficio incluido  | Limitaciones | Copagos* |
|---|--------------|----------|
| <p>la reconstrucción de la mama afectada;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;</li> <li>- tratamiento de las complicaciones físicas que puedan surgir de las mastectomías y tratamientos de linfedemas.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de médicos, que participan y que no participan en la red, para la madre y el recién nacido, durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones o 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.</li> <li>▪ Servicios que son necesarios desde el punto de vista médico prestados por médicos para brindar apoyo a un dentista que brinda servicios dentales a un asegurado con cobertura de CHIP, como anestesia general o sedación intravenosa.</li> <li>▪ Servicios de médicos relacionados con (a) abortos espontáneos y (b) embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero). Los servicios de médicos relacionados con abortos espontáneos o embarazos no viables incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C, en inglés);</li> <li>- medicamentos administrados por el profesional médico;</li> <li>- ultrasonidos;</li> <li>- examen histológico de muestras de tejido.</li> </ul> </li> <li>▪ Servicios de ortodoncia</li> </ul> |              |          |

Anexo B

| Beneficio incluido   | Limitaciones   | Copagos*        |
|--|--|-----------------|
| <p>prequirúrgicos o posquirúrgicos para tratamientos médicamente necesarios de anomalías craneofaciales que requieren cirugía. Además, deben ser prestados como parte de un plan de tratamiento propuesto y detallado con claridad para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- labio leporino o paladar hendido;</li> <li>- malformaciones graves craneofaciales causadas por trauma, esqueléticas o congénitas; o</li> <li>- asimetría facial grave causada por defectos de huesos, enfermedades sindrómicas de nacimiento o crecimiento de tumores o su tratamiento.</li> </ul> |  |                 |
| <p><b>Servicios en centros de maternidad</b></p>   | <p>Se incluyen en la cobertura los servicios de parto ofrecidos por un centro de maternidad certificado. Se limitan a los servicios del centro (p. ej., trabajo de parto y parto).</p> | <p>Ninguno.</p> |
| <p><b>Servicios prestados por enfermeros parteros con certificación o por médicos en un centro de maternidad certificado</b></p>   | <p>Se incluyen en la cobertura los servicios prenatales, de parto y de posparto prestados en un centro de maternidad certificado.</p>  | <p>Ninguno.</p> |
| <p><b>DME, dispositivos protésicos y suministros médicos descartables</b></p> <p>Los servicios incluidos en la cobertura incluyen DME (equipo que puede resistir el</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización y receta médica previas.</li> <li>▪ Límite de \$20,000</li> </ul>                      | <p>Ninguno.</p> |

Anexo B

| Beneficio incluido   | Limitaciones   | Copagos*        |
|--|--|-----------------|
| <p>uso reiterado y sirve, principal y habitualmente, para un propósito médico; no suele ser útil para personas que no tengan una enfermedad, una lesión o una discapacidad; y es adecuado para su uso en el hogar), entre los que se encuentran los dispositivos y los suministros médicamente necesarios e indispensables para una o más actividades de la vida diaria y adecuados para ayudar en el tratamiento de un problema médico, lo que incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abrazaderas y otros aparatos ortóticos.</li> <li>▪ Dispositivos dentales.</li> <li>▪ Dispositivos protésicos, como ojos, extremidades, frenillos y prótesis mamarias externas.</li> <li>▪ Anteojos y lentes de contacto protésicos para controlar enfermedades oftalmológicas graves.</li> <li>▪ Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos.</li> <li>▪ Aparatos auditivos.</li> <li>▪ Los implantes están incluidos en la cobertura de servicios para pacientes internados y ambulatorios. No se contabilizan para el límite durante el período de 12 meses del DME.</li> <li>▪ Suministros médicos descartables para diagnósticos específicos, incluidos los suplementos dietarios y fórmulas especiales recetadas</li> </ul> | <p>durante un período de 12 meses para DME, dispositivos protésicos, dispositivos y suministros médicos descartables (los implantes, equipos y suministros para diabéticos no se cuentan para alcanzar este límite).</p> |                 |
| <p><b>Servicios médicos comunitarios y en el hogar</b></p> <p>Servicios brindados en el hogar y en la comunidad, que incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infusión en el hogar.</li> <li>▪ Terapia respiratoria.</li> <li>▪ Visitas de enfermería</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización y receta médica previas.</li> <li>▪ Los servicios no pretenden remplazar al cuidador del NIÑO</li> </ul>                 | <p>Ninguno.</p> |

Anexo B

| Beneficio incluido   | Limitaciones  | Copagos*   |
|--|---|--|
| <p>privada (enfermeros titulados [RN, en inglés], auxiliares de enfermería con licencia [LVN, en inglés]).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visitas de enfermeros especializados, como se define para propósitos de atención médica a domicilio (podrían incluir RN o LVN).</li> <li>▪ Atención médica a domicilio, cuando forma parte de un plan de atención médica durante el período en que han sido aprobadas las visitas especializadas.</li> <li>▪ Terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional.</li> </ul> | <p>ni brindarle alivio a dicho cuidador.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las visitas de enfermeros especializados se ofrecen de forma intermitente y no pretenden ofrecer servicios de enfermería especializada las 24 horas.</li> <li>▪ Los servicios no pretenden remplazar los servicios de centro de enfermería o los servicios para pacientes internados brindados durante las 24 horas.</li> </ul>   |  |
| <p><b>Servicios de salud mental para pacientes internados</b></p> <p>Servicios de salud mental, incluidos los servicios por trastornos mentales graves, prestados en hospitales psiquiátricos independientes, unidades psiquiátricas de hospitales generales para problemas agudos y centros administrados por el estado, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pruebas neuropsicológicas y psicológicas.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización previa para servicios que no son de emergencia.</li> <li>▪ No requiere una orden médica del prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés).</li> <li>▪ Cuando un tribunal competente solicita servicios psiquiátricos para pacientes internados según las estipulaciones de los capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas, en relación con las internaciones en centros psiquiátricos ordenadas por el</li> </ul> | <p>Copago de \$75 para pacientes internados.</p> |

| Beneficio incluido   | Limitaciones  | Copagos*  |
|--|---|---|
|  | <p>tribunal, la sentencia judicial funciona como una determinación vinculante de necesidad médica. Toda modificación o finalización de los servicios debe presentarse ante el tribunal con competencia en la materia que se determinará.</p>  |   |
| <p><b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Servicios de salud mental, incluidos los servicios por trastornos mentales graves, brindados de manera externa; por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las consultas pueden hacerse en diversos lugares de la comunidad (por ejemplo, en escuelas y en el hogar) o en centros administrados por el estado.</li> <li>▪ Pruebas neuropsicológicas y psicológicas.</li> <li>▪ Manejo de medicamentos.</li> <li>▪ Tratamiento diurno de rehabilitación.</li> <li>▪ Servicios de tratamiento residencial.</li> <li>▪ Servicios subagudos para pacientes ambulatorios (hospitalización parcial o tratamiento diurno de rehabilitación).</li> <li>▪ Entrenamiento de habilidades (desarrollo psicoeducativo de habilidades).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización previa.</li> <li>▪ No requiere una orden médica del PCP.</li> <li>▪ Cuando un tribunal competente solicita servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios según las estipulaciones de los capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas, en relación con las internaciones en centros psiquiátricos ordenadas por el tribunal, la sentencia judicial funciona como una determinación vinculante de necesidad médica. Toda modificación o finalización de los servicios debe presentarse ante el tribunal con</li> </ul> | <p>Copago de \$20 por consultas presenciales.</p> |

Anexo B

| Beneficio incluido | Limitaciones  | Copagos* |
|--------------------|---|----------|
|                    | <p>competencia en la materia que se determinará.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un profesional en salud mental calificado/servicios comunitarios (QMHP-CS, en inglés), como lo define el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas en el Código Administrativo de Texas (TAC, en inglés), título 25, parte I, capítulo 412, subcapítulo G, división 1, §412.303(48). Los QMHP-CS deben ser profesionales médicos que trabajan a través de una autoridad local de salud mental contratada por el DSHS de Texas o por alguna otra entidad contratada por el DSHS de Texas. Los QMHP-CS deben trabajar bajo la supervisión de un médico o un profesional en salud mental con licencia y deben prestar servicios de acuerdo con las normas del DSHS de Texas. Estos servicios incluyen el entrenamiento en habilidades para grupos o una persona (que pueden ser componentes de intervenciones, </li> </ul> |          |

Anexo B

| Beneficio incluido   | Limitaciones  | Copagos*  |
|--|---|---|
|  | <p>como tratamiento diurno y servicios en el hogar), educación del paciente y de la familia, y servicios de crisis.</p>   |   |
| <p><b>Servicios de tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados</b></p> <p>Los servicios de tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados y residenciales, que incluyen desintoxicación y estabilización de crisis, y programas de rehabilitación residencial las 24 horas.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización previa para servicios que no son de emergencia.</li> <li>▪ No requiere una orden médica del PCP.</li> </ul> | <p>Copago de \$75 para pacientes internados.</p>  |
| <p><b>Servicios de tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios de tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de prevención e intervención que son ofrecidos por profesionales médicos y no médicos, como detección, evaluación y órdenes médicas por trastornos de dependencia química.</li> <li>▪ Servicios intensivos para pacientes ambulatorios.</li> <li>▪ Hospitalización parcial.</li> <li>▪ Servicios intensivos para pacientes ambulatorios, que se definen como servicio organizado no residencial que ofrece terapia estructurada para grupos o una persona, servicios educativos y entrenamiento para manejarse en la vida,</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización previa.</li> <li>▪ No requiere una orden médica del PCP.</li> </ul>   | <p>Copago de \$20 por consultas presenciales.</p> |

Anexo B

| Beneficio incluido  | Limitaciones  | Copagos*                    |
|---|---|-----------------------------|
| <p>que dura, como mínimo, 10 horas por semana durante de 4 a 12 semanas, pero menos de 24 horas al día.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicio de tratamiento para pacientes ambulatorios, que se define como un servicio que ofrece, por lo menos, una o dos horas por semana de terapia estructurada individual o grupal, servicios educativos y entrenamiento para manejarse en la vida.</li> </ul>   |   |                             |
| <p><b>Servicios de rehabilitación</b></p> <p>Servicios de habilitación (el proceso de ofrecer al niño los medios para alcanzar las metas importantes del desarrollo adecuadas para su edad, por medio de la terapia o del tratamiento) y de rehabilitación, que incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</li> <li>▪ Evaluación del desarrollo.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización y receta médica previas.</li> </ul>   | Ninguno.                    |
| <p><b>Servicios de centros paliativos</b></p> <p>Los servicios incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuidados paliativos, que incluyen servicios médicos y de apoyo, para niños que tienen seis meses de vida o menos, para brindarles a los pacientes comodidad en los últimos meses y semanas de vida.</li> <li>▪ Los servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con la enfermedad terminal, no se verán afectados por recibir servicios de centros paliativos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización y receta médica.</li> <li>▪ Los servicios se aplican al diagnóstico de centros paliativos.</li> <li>▪ Hasta un máximo de 120 días, con 6 meses de esperanza de vida.</li> <li>▪ Los pacientes que eligen los servicios de cuidados paliativos pueden cancelarlos en cualquier momento.</li> </ul> | Ninguno.                    |
| <p><b>Servicios de emergencia, incluidos los servicios</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not</li> </ul>  | Copago de \$75 por atención |



Anexo B

| <b>Beneficio incluido</b>  | <b>Limitaciones</b>   | <b>Copagos*</b>   |
|--|---|---|
| <p><b>de emergencia en hospital y los servicios de médicos y de ambulancia</b></p> <p>La cobertura médica no puede exigir una autorización como condición de pago para las situaciones de emergencia ni para el trabajo de parto y el parto.</p> <p>Entre los servicios incluidos en la cobertura se encuentran los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de emergencia basados en la definición de problema médico de emergencia según el criterio de una persona prudente.</li> <li>▪ Servicios en la sala del departamento de emergencias del hospital, servicios auxiliares y servicios de médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, brindados por profesionales de servicios médicos de la red y fuera de la red.</li> <li>▪ Exámenes médicos de detección.</li> <li>▪ Servicios de estabilización.</li> <li>▪ Acceso a hospitales o centros de trauma de nivel I y II designados por el DSHS de Texas que tienen que cumplir con niveles equivalentes de atención para brindar servicios de emergencia.</li> <li>▪ Transporte de emergencia, por tierra, aire o agua.</li> <li>▪ Servicios dentales de emergencia, limitados a fractura o dislocación de la mandíbula, daño traumático a los dientes, eliminación de quistes.</li> </ul> | <p>require] autorización para servicios de posestabilización.</p>   | <p>en sala de emergencias en casos que no son una emergencia.</p> |
| <p><b>Trasplantes</b></p> <p>Entre los servicios incluidos en la cobertura se encuentran los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Según las pautas</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización.</li> </ul> | <p>Ninguno.</p>   |

Anexo B

| Beneficio incluido   | Limitaciones   | Copagos*  |
|--|--|---|
| <p>actualizadas de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés), todos los trasplantes de órganos y tejidos humanos no experimentales, y todas las formas de trasplantes de córnea, médula ósea y células madre periféricas no experimentales, incluidos los gastos médicos del donante.</p>   |  |   |
| <p><b>Servicios para el cuidado de la vista</b></p> <p>Entre los servicios incluidos en la cobertura se encuentran los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un examen ocular para determinar la necesidad y la receta médica de lentes correctivos por período de 12 meses, sin autorización.</li> <li>▪ Un par de anteojos no protésicos por cada período de 12 meses.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La cobertura médica puede limitar razonablemente el costo de los armazones y lentes.</li> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización para lentes de protección y de policarbonato siempre que sean necesarios desde el punto de vista médico como parte de un plan de tratamiento para enfermedades de los ojos incluidas en la cobertura.</li> </ul> | <p>Copago de \$20 por consultas presenciales.</p> |
| <p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Los servicios incluidos en la cobertura no requieren receta médica y se limitan a la subluxación vertebral.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización para un límite de 12 consultas por período de 12 meses (más allá del número de servicios o modalidades prestados en una consulta).</li> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización para consultas adicionales.</li> </ul>  | <p>Copago de \$20 por consultas presenciales.</p> |

Anexo B

| Beneficio incluido  | Limitaciones  | Copagos*        |
|---|---|-----------------|
| <p><b>Programa para dejar de fumar</b></p> <p>Se cubre hasta el límite de \$100 durante un período de 12 meses por un programa aprobado por la aseguradora.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Requires][May require][Does not require] autorización.</li> <li>▪ La aseguradora define lo que es un programa aprobado por el seguro.</li> <li>▪ Pueden estar sujetos a requisitos de la lista de medicamentos (<i>formulary</i>, en inglés)</li> </ul> | <p>Ninguno.</p> |
| <p><b>[Value-added Services]</b></p>  |   | <p>Ninguno.</p> |

\*Los copagos no se aplican a los servicios preventivos o a la asistencia relacionada con el embarazo.

## EXCLUSIONES

- Tratamientos de infertilidad o servicios reproductivos para pacientes internados o ambulatorios que no sean servicios de atención prenatal o para el parto, y atención relacionada con enfermedades, dolencias o anomalías relacionadas con el sistema reproductivo.
- Medicamentos anticonceptivos recetados únicamente para la atención de la salud reproductiva preventiva y primaria (es decir, no podrán recetarse para planificación familiar).
- Artículos de comodidad personal, incluidos, entre otros, kits de cuidado personal proporcionados en el momento de la admisión hospitalaria, el teléfono, la televisión, las fotografías de recién nacidos, las comidas para los invitados del paciente y otros artículos que no sean necesarios para el tratamiento específico de la enfermedad o lesión.
- Procedimientos o servicios médicos o quirúrgicos, u otros procedimientos o servicios de atención médica, experimentales o en investigación, que no suelen utilizarse o aceptarse en la comunidad médica. Esta exclusión es una determinación adversa, y una organización revisora independiente podría revisarla (como se describe en la sección D, Revisión externa por parte de una organización revisora independiente). Tratamientos o evaluaciones requeridos por terceros, incluidos, entre otros, los relacionados con escuelas, lugares de trabajo, autorizaciones para vuelos, campamentos, seguros de salud o tribunales.
- Dispositivos dentales con fines que sean solo cosméticos.
- Servicios de enfermería privada, siempre que estén destinados a pacientes internados o se presten en un centro de enfermería especializada.
- Dispositivos mecánicos de sustitución de órganos, incluidos, entre otros, corazones artificiales.
- Servicios y suministros hospitalarios siempre que el confinamiento tenga fines de diagnóstico, a menos que la compañía aseguradora los autorice con anterioridad.
- Mamografías y exámenes de próstata preventivos.
- Cirugía optativa para corregir la vista.
- Procedimientos gástricos para la pérdida de peso.
- Cirugía cosmética y servicios con fines solo cosméticos.
- Los servicios fuera de la red no están autorizados por la compañía aseguradora, excepto cuando se trata de atención médica de emergencia y servicios prestados por médicos para madres y recién nacidos, durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones o 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.
- Servicios, suministros, sustitutos de comidas o suplementos proporcionados para el control de peso o el tratamiento de la obesidad, excepto los servicios asociados con el tratamiento de la obesidad mórbida como parte de un plan de tratamiento aprobado por la cobertura médica.
- Medicamentos recetados para bajar o aumentar de peso.
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia.
- Vacunas solo para viajes al extranjero.
- Atención de rutina de los pies, como el cuidado higiénico (la atención de rutina de los pies no incluye el tratamiento de lesiones o complicaciones de la diabetes).
- Diagnóstico y tratamiento de esguinces del pie, pies débiles o planos, y la extracción o la extirpación de callos, callosidades y uñas de los pies (esto no se aplica a la extracción de

Anexo B

raíces de uñas ni al tratamiento quirúrgico de las afecciones subyacentes a los callos, las callosidades o las uñas encarnadas).

- Reemplazo o cambio de dispositivos protésicos o de equipo médico duradero por mal uso, descuido o pérdida, cuando lo confirme el asegurado o el proveedor.
- Calzado corrector ortopédico.
- Artículos para su comodidad.
- Medicamentos de venta libre.
- Ortótica que tenga principalmente fines atléticos o recreativos.
- Atención de custodia (atención para asistir al niño en las actividades de la vida diaria, como ayuda para caminar, acostarse y levantarse cuando está en la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño, preparación de dietas especiales y supervisión de la medicación que suele tomar por su cuenta o que suele darle uno de los padres. Este tipo de atención no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado). Esta exclusión no se aplica a los servicios de cuidados paliativos.
- Servicios de limpieza.
- Servicios en centros públicos y atención de problemas médicos que las leyes federales, estatales o locales requieran que se traten en centros públicos, o atención prestada bajo la custodia de autoridades legales.
- Servicios o suministros proporcionados por enfermeros que no requieran conocimientos ni entrenamiento de enfermería.
- Entrenamiento y terapia para la vista.
- El reembolso de los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla recibidos en la escuela no está incluido en la cobertura, excepto cuando lo solicite un médico o PCP.
- Costos no médicos de donantes.
- Gastos incurridos como donante de órganos siempre que el receptor no tenga esta misma cobertura médica.
- Servicios prestados fuera de Estados Unidos y sus territorios (incluidos Puerto Rico, las Islas Vírgenes Estadounidenses, la Mancomunidad de las Islas Marianas del Norte, Guam y Samoa Estadounidense).

**DME/SUMINISTROS**

| SUMINISTROS                   | INCLUIDO | EXCLUIDO | COMENTARIOS/ASEGURADOS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO   |
|-------------------------------|----------|----------|--|
| Vendas Ace                    |          | X        | Excepción: Si se proporcionan y facturan a través de la clínica o la agencia de atención en el hogar, están incluidas en la cobertura como suministros incidentales. |
| Alcohol, para frotar          |          | X        | Suministro de venta libre.   |
| Alcohol, hisopos (diabéticos) | X        |          | El suministro de venta libre no está incluido en la cobertura, a menos que se proporcione una  |

Anexo B

| SUMINISTROS                                  | INCLUIDO | EXCLUIDO | COMENTARIOS/ASEGURADOS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO  |
|--|----------|----------|---|
|  |          |          | receta durante la dispensación.   |
| Alcohol, hisopos                             | X        |          | Solo están incluidos cuando se reciben con terapia intravenosa o kits/suministros de vía central.   |
| Epinefrina Ana-Kit                           | X        |          | Kit de autoinyección utilizado por pacientes que tienen reacciones alérgicas graves a las picaduras de abeja.   |
| Cabestrillo para el brazo                    | X        |          | Dispensado como parte de la consulta presencial.  |
| Attends (pañales)                            | X        |          | Limitados a los niños de 4 años o más, solo cuando están recetados por un médico y cuando se usan para proporcionar atención para un diagnóstico incluido en la cobertura, como se indique en un plan de tratamiento. |
| Vendas                                       |          | X        |   |
| Termómetro basal                             |          | X        | Suministro de venta libre.  |
| Baterías: iniciales                          | X        | .        | Para artículos de DME incluidos en la cobertura.  |
| Baterías: repuesto                           | X        |          | Para artículos de DME incluidos en la cobertura cuando la sustitución es necesaria debido al uso normal.  |
| Betadine                                     |          | X        | Ver suministros de terapia intravenosa.   |
| Libros                                       |          | X        |   |
| Clinitest                                    | X        |          | Para el control de la diabetes.   |
| Bolsas de colostomía                         |          |          | Ver los suministros de ostomía.   |
| Dispositivos de comunicación                 |          | X        |   |
| Gel anticonceptivo                           |          | X        | Suministro de venta libre. Los anticonceptivos no están incluidos en la cobertura.  |
| Molde de la cabeza y del cráneo              |          | X        |   |
| Dispositivos dentales.                       | X        |          | Se limita a los dispositivos dentales utilizados para el tratamiento de anomalías craneofaciales que requieren una intervención quirúrgica.   |
| Suministros para diabéticos                  | X        |          | Solución para calibrar el monitor, jeringas de insulina, agujas, lancetas, dispositivo de punción y tiras de glucosa.   |
| Pañales/ropa interior para la incontinencia/ | X        |          | Limitados a los niños de 4 años o más, solo cuando están recetados por un médico y cuando se usan para proporcionar atención para un  |

Anexo B

| SUMINISTROS  | INCLUIDO | EXCLUIDO | COMENTARIOS/ASEGURADOS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO  |
|--|----------|----------|---|
| Chux   |          |          | diagnóstico incluido en la cobertura, como se indique en un plan de tratamiento.  |
| Diafragma  |          | X        | Los anticonceptivos no están incluidos en la cobertura.   |
| Diastix  | X        |          | Para controlar la diabetes.   |
| Dieta, especial                                      |          | X        |   |
| Agua destilada                                       |          | X        |   |
| Suministros para vendas/ vía central                 | X        |          | Jeringas, agujas, Tegaderm, hisopos con alcohol, hisopos o pomada de Betadine, cinta adhesiva. Muchas veces estos artículos se dispensan en un kit que incluye todos los artículos necesarios para el cambio de vendas.   |
| Suministros para vendas/decúbito                     | X        |          | Solo están incluidos en la cobertura si recibe atención domiciliaria incluida para la atención de heridas.  |
| Suministros de vendas/terapia intravenosa periférica | X        |          | Solo están incluidos en la cobertura si recibe terapia intravenosa en el hogar.   |
| Suministros para vendajes/otro                       |          | X        |   |
| Máscara antipolvo                                    |          | X        |   |
| Moldes de oreja                                      | X        |          | Hechos a medida, después de la cirugía del oído interno o medio.  |
| Electrodos   | X        |          | Solo están incluidos en la cobertura si se utilizan con DME que esté incluido.  |
| Suministros para enemas                              |          | X        | Suministro de venta libre.  |
| Suministros de nutrición enteral                     | X        |          | Los suministros necesarios (por ejemplo, bolsas, tubos, conectores, catéteres, etc.) podrían estar incluidos en la cobertura. Los productos de nutrición enteral no están incluidos en la cobertura, excepto los recetados para trastornos metabólicos hereditarios, la insuficiencia o la enfermedad de las estructuras que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado o la malabsorción debido a una enfermedad. |
| Parches oculares                                     | X        |          | Incluido en la cobertura para pacientes con ambliopía.  |
| Fórmula  |          | X        | Excepción: Incluida en la cobertura solo para trastornos metabólicos hereditarios crónicos,   |

| SUMINISTROS | INCLUIDO | EXCLUIDO | COMENTARIOS/ASEGURADOS<br>ESTIPULACIONES DEL CONTRATO  |
|-------------|----------|----------|--|
|             |          |          | <p>insuficiencia o enfermedad de las estructuras que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado o la malabsorción debido a una enfermedad (se espera que dure más de 60 días cuando la receta un médico y la autoriza la compañía aseguradora). La documentación del médico para justificar la receta médica de la fórmula debe incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de un trastorno metabólico, disfagia que conduce a la necesidad médica de una dieta líquida, presencia de una gastrostomía o enfermedad que produce una malabsorción que requiere un producto nutricional necesario desde el punto de vista médico.</li> </ul> <p>No está incluida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La fórmula para los asegurados que pueden subsistir con una dieta correspondiente para su edad.</li> <li>• La fórmula que tradicionalmente se usa para alimentar bebés.</li> <li>• La fórmula en forma de postre instantáneo (excepto para clientes con disfunción motora orofaríngea documentada que reciben más del 50% de su ingesta calórica diaria de este producto).</li> <li>• La fórmula usada en casos con un diagnóstico primario de incapacidad para progresar, incapacidad para aumentar de peso o falta de crecimiento, o para bebés menores de doce meses, a menos que se documente la necesidad médica y se cumplan otros criterios, enumerados anteriormente.</li> </ul> <p>No están incluidos los espesantes de alimentos, los alimentos para bebés u otros productos alimenticios habituales que puedan licuarse y utilizarse con un sistema enteral que <i>no</i> sean necesarios desde el punto de vista médico, más allá de que estos productos alimenticios regulares se consuman por vía oral o parenteral.</p> |
| Guantes     |          | X        | Excepción: Vendajes para vías centrales o  |



Anexo B

| SUMINISTROS                                    | INCLUIDO | EXCLUIDO | COMENTARIOS/ASEGURADOS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO  |
|--|----------|----------|---|
|  |          |          | atención de heridas proporcionados por agencias de atención en el hogar.  |
| Agua oxigenada                                 |          | X        | Suministro de venta libre.  |
| Artículos de higiene                           |          | X        |   |
| Compresas para incontinencia                   | X        |          | Limitadas a los niños de 4 años o más, solo cuando están recetadas por un médico y cuando se usan para proporcionar atención para un diagnóstico incluido en la cobertura, como se indique en un plan de tratamiento. |
| Suministros para bombas de insulina (externas) | X        |          | Los suministros (por ejemplo, los equipos de infusión, el depósito de jeringas y las vendas, etc.) pueden estar incluidos en la cobertura si la bomba está incluida.  |
| Kits de irrigación, atención de heridas        | X        |          | Solo están incluidos en la cobertura si se utilizan durante la atención domiciliaria incluida para la atención de heridas.  |
| Kits de irrigación, urinarios                  | X        |          | Incluidos en la cobertura de pacientes con un catéter urinario permanente.  |
| Suministros para terapia intravenosa           | X        |          | Tubos, filtros, cartuchos, portasueros, hisopos con alcohol, agujas, jeringas y cualquier otro material necesario para la terapia intravenosa en el hogar.  |
| Lubricante K-Y                                 |          | X        | Suministro de venta libre.  |
| Dispositivo de punción                         | X        |          | Limitado a un solo dispositivo.   |
| Lancetas                                       | X        |          | Incluidas en la cobertura para personas con diabetes.   |
| Eyector de medicamentos                        | X        |          |   |
| Agujas y jeringas/diabetes                     |          |          | Ver suministros para diabéticos.  |
| Agujas y jeringas/intravenosa y vía central    |          |          | Ver suministros para terapia intravenosa y vendas/vía central.  |
| Agujas y jeringas/otro                         | X        |          | Pueden estar incluidas en la cobertura si se administra un medicamento intramuscular o subcutáneo incluido en el hogar.   |
| Solución salina normal                         |          |          | Ver solución salina, normal.  |

| SUMINISTROS                                | INCLUIDO | EXCLUIDO | COMENTARIOS/ASEGURADOS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO   |
|--|----------|----------|--|
| Novopen                                    | X        |          |  |
| Suministros de ostomía                     | X        |          | Los artículos que pueden estar incluidos en la cobertura incluyen: cinturón, funda, bolsas, oblea, placa frontal, inserto, barrera, filtro, junta, tapón, kit/manguito de irrigación, cinta, preparación de la piel, adhesivos, kits de drenaje, extracción de adhesivos y desodorante para bolsa.<br>Los artículos que no están incluidos en la cobertura incluyen: tijeras, aromatizadores de ambiente, limpiadores, guantes de goma, gasas, fundas, jabones y lociones. |
| Nutrición parenteral/ suministros          | X        |          | Los suministros necesarios (por ejemplo, tubos, filtros, conectores, etc.) pueden estar incluidos en la cobertura cuando la aseguradora ha autorizado la nutrición parenteral.   |
| Solución salina, normal                    | X        |          | Puede estar incluida en la cobertura en los siguientes casos:<br>a) cuando se usa para diluir medicamentos para ratamientos con nebulizadores;<br>b) cuando forma parte de la atención en el hogar incluida para la atención de heridas;<br>c) cuando se usa para la irrigación de un catéter urinario permanente.   |
| Funda para muñón                           | X        |          |  |
| Calcetines para muñón                      | X        |          |  |
| Catéteres de aspiración                    | X        |          |  |
| Jeringas                                   |          |          | Ver agujas/jeringas.   |
| Cinta                                      |          |          | Ver suministros de vendas, suministros de ostomía, suministros de terapia intravenosa.   |
| Suministros de traqueotomía                | X        |          | Las cánulas, los tubos, las tiras, los soportes, los kits de limpieza, etc., pueden estar incluidos.   |
| Toallitas íntimas                          |          |          | Pañales/ropa interior para la incontinencia/Chux.  |
| Bota de Unna                               | X        |          | Puede estar incluida en la cobertura cuando se usa para la atención de heridas en el hogar. Cargo incidental cuando se aplica durante una consulta presencial.   |
| Catéteres urinarios externos y suministros |          | X        | Excepción: Incluidos en la cobertura para hombres con incontinencia cuando la lesión de la uretra prohíbe el uso del catéter permanente indicado por el PCP y aprobado por la compañía   |

Anexo B

| SUMINISTROS                                    | INCLUIDO | EXCLUIDO | COMENTARIOS/ASEGURADOS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO   |
|--|----------|----------|--|
|  |          |          | aseguradora.   |
| Catéteres urinarios, permanentes y suministros | X        |          | Incluidos el catéter, la bolsa de drenaje con el tubo, la bandeja de inserción, el kit de irrigación y la solución salina normal, si es necesaria. |
| Urinario, intermitente                         | X        |          | Incluidos los suministros necesarios para la cateterización intermitente o permanente.   |
| Kit de análisis de orina                       | X        |          | Cuando se determine que es necesario desde el punto de vista médico.   |
| Suministros de urostomía                       |          |          | Ver los suministros de ostomía.  |