



Basic Health™

# Manual para Miembros 2012

Efectivo del 1 de enero al 30 de junio de 2012

**Nota:** Si está inscrito en Basic Health mediante el programa federal Crédito Tributario de Cobertura Médica (HCTC), Apéndice B de este manual (y la información referenciada allí) se aplica a usted.



Basic Health™

N° de identificación de Basic Health \_\_\_\_\_

N° de identificación de plan de salud \_\_\_\_\_

N° de teléfono de plan de salud \_\_\_\_\_

Basic Health: De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. 1-800-660-9840  
Los usuarios de TTY pueden llamar a este número mediante el Servicio de Retransmisión de Washington marcando el 711.

# Información de contacto

	Horario de servicio al cliente	Números telefónicos de servicio al cliente	Sitio web
<b>Basic Health</b>	Lun – Vie. 8 a.m. – 5 p.m.	1-800-660-9840 TTY: 7-1-1	<a href="http://www.basichealth.hca.wa.gov">www.basichealth.hca.wa.gov</a>
<b>Servicio de Recaudación Interna</b> (para solicitar información sobre el impuesto federal a los ingresos)	Lun – Vie.	1-800-829-1040	<a href="http://www.irs.gov">www.irs.gov</a>
<b>Programa de Crédito Tributario de Cobertura Médica (HTC)</b>	Lun – Vie. 5 a.m. – 5 p.m.	1-866-628-4282 (TTY: 1-866-626-4282)	<a href="http://www.irs.gov">www.irs.gov</a> (palabra clave: HCTC)
<b>Columbia United Providers, Inc.</b>	Lun – Vie. 8 a.m. – 5 p.m.	1-800-315-7862 ó 360-891-1520  TDD: 1-866-287-9962	<a href="http://www.cuphealth.com">www.cuphealth.com</a>
<b>Community Health Plan of Washington</b>	Lun – Vie. 8 a.m. – 5 p.m.	1-800-440-1561 TTY: 7-1-1	<a href="http://www.chpw.org">www.chpw.org</a>
<b>Group Health Cooperative</b>	Lun – Vie. 8 a.m. – 5 p.m.	1-888-901-4636 TTY: 1-800-833-6388	<a href="http://www.ghc.org">www.ghc.org</a>
<b>Molina Healthcare of Washington, Inc.</b>	Lun. – Vie. 8 a.m. – 5 p.m.	1-800-869-7165 TTY: 1-877-665-4629	<a href="http://www.molinahealthcare.com">www.molinahealthcare.com</a>

Los pagos de la prima vencen en el día 5 del mes, antes del mes real de cobertura. El monto y la fecha de vencimiento se muestran en la factura de cada mes. Su factura se envía aproximadamente seis semanas previas al mes a ser cubierto por ese pago. Por ejemplo: la factura para la cobertura de agosto se envía a mediados de junio y el pago vence el 5 de julio.

Basic Health	Direcciones postales
Pagos de primas	P.O. Box 34270 Seattle, WA 98124-1270
Correspondencia General	P.O. Box 42683 Olympia, WA 98504-2683
Apelaciones Basic Health (ver página 18)	P.O. Box 42690 Olympia, WA 98504-2690

Si tiene alguna pregunta acerca de...	Comuníquese con...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Agregados y/o eliminaciones de cobertura</b></li> <li>• <b>Cambios de dirección</b></li> <li>• <b>Cambios de ingreso</b></li> <li>• <b>Su prima mensual</b></li> <li>• <b>Su factura de Basic Health</b></li> <li>• <b>Reembolsos</b></li> </ul>	<p>Basic Health al 1-800-660-9840 para hablar con un representante de Basic Health o visite <b>www.basicealth.hca.wa.gov</b>.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Una factura para atención médica</b></li> <li>• <b>Elección de un proveedor</b></li> <li>• <b>Servicios cubiertos</b></li> <li>• <b>Servicios recibidos de proveedores</b></li> <li>• <b>Período de espera</b></li> </ul>	<p>Su plan de salud. (Vea el número de teléfono en la página anterior).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Su atención médica</b></li> <li>• <b>Derivaciones a especialistas</b></li> </ul>	<p>Su proveedor de atención primaria.</p>

### Cuando nos llame o nos escriba...

Incluya su nombre, número de identificación de Basic Health, dirección y número telefónico para ubicarlo de día. Asegúrese de anotar la fecha de la llamada, el nombre de la persona con quien habló y la organización que contactó. Si tiene Basic Health a través de su empleador, una agencia de atención en el hogar, o un patrocinador financiero, comuníquese primero con su representante (normalmente, su representante de patrocinador financiero o funcionario de nómina). Su representante puede tener la información que necesita o quizá deba saber acerca del cambio que está realizando.

A fin de obtener este documento en otro formato (como Braille o audio), llame al Coordinador de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) al 360-923-2714. Los usuarios de TTY pueden llamar este número mediante el Servicio de Retransmisión de Washington marcando el 711.

## Conserve las *Alertas de Miembros* y otras actualizaciones aquí

*Las Alertas de Miembros* son actualizaciones importantes a este *Manual para Miembros* y son una forma que Basic Health proporciona una notificación oficial de cambios de programa. Recibirá estos en forma periódica, normalmente, con su estado de cuenta mensual. Conserve estas actualizaciones a mano, junto con este *Manual para Miembros* y otra información que reciba de Basic Health, a fin de tener la información necesaria para aprovechar al máximo su cobertura de Basic Health.

# Tabla de contenidos

<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>	¿Qué sucede si no informo un cambio de ingresos?.....	10
<b>Capítulo Uno:</b>		¿Qué sucede si no pago el monto que debo?.....	11
<b>Elegibilidad para Programas de Basic Health</b> .....	<b>2</b>	Penalidades legales .....	11
Inscripción de Familia .....	2	<b>Capítulo Cuatro:</b>	
Primas .....	2	<b>Suspensión, retiro y reinscripción</b> .....	<b>12</b>
Basic Health <i>Plus</i> .....	3	Suspensión .....	12
Programa de Beneficios por Maternidad ...	3	Retiro .....	12
Basic Health para trabajadores de cuidado personal .....	3	Retiro del empleador, patrocinador financiero o cobertura de agencia de atención en el hogar.....	13
Basic Health para padres de crianza temporal .....	3	Reinscripción.....	13
Basic Health mediante su empleador, patrocinador financiero o agencia de atención en el hogar.....	3	Reinscripción después de retiro de cobertura de Medicaid .....	13
Crédito Tributario de Cobertura Médica (HCTC).....	3	<b>Capítulo Cinco:</b>	
<b>Capítulo Dos:</b>		<b>Derechos, responsabilidades y privacidad</b> .....	<b>14</b>
<b>Lineamientos sobre ingresos</b> .....	<b>4</b>	Derechos de los miembros Basic Health .	14
Cómo se calcula su ingreso .....	4	Consentimiento informado .....	14
Tabla de ingreso bruto.....	5	Instrucciones por anticipado .....	14
Tabla de ingreso contable .....	6	Privacidad.....	15
<b>Capítulo Tres:</b>		Información de salud personal .....	15
<b>Realización de cambios y mantenimiento de elegibilidad</b> .....	<b>7</b>	Información de cuenta .....	15
Cambio de planes de salud .....	7	Responsabilidades de los miembros de Basic Health .....	15
Cambios de dirección.....	7	<b>Capítulo Seis:</b>	
Vida de dependientes lejos de su hogar....	8	<b>Quejas, reclamos y apelaciones</b> .....	<b>17</b>
Fuera del condado .....	8	Quejas contra su plan de salud.....	17
Fuera del estado.....	8	Cosas para saber si un servicio médico es negado... hay límites de tiempo.....	17
Cambios de familia.....	8	Para solicitar una audiencia Basic Health	18
Cuando la cobertura comienza para familiares adicionales .....	9	Reclamos contra Basic Health.....	18
Cambios de ingreso.....	9	Apelaciones a Basic Health .....	18
Informe de cambios de ingresos.....	10		
Recertificación .....	10		

(continuación)

# Tabla de contenidos *(continuación)*

<b>Capítulo Siete:</b>		<b>Apéndice A:</b>	
<b>Planes de salud y proveedores.....</b>	<b>20</b>	<b>Programa de beneficios .....</b>	<b>25</b>
Cómo funcionan los planes de salud .....	20	<b>Apéndice B:</b>	
¿Cuándo comienza mi cobertura? .....	20	<b>Crédito Tributario de Cobertura</b>	
Tarjetas de identificación .....	20	<b>Médica (HCTC) – Basic Health.....</b>	<b>37</b>
El derecho a oponerse a determinados		<b>Apéndice B-1:</b>	
servicios .....	20	<b>Indios americanos,</b>	
Proveedor de atención primaria (PCP).....	20	<b>nativos de Alaska.....</b>	<b>41</b>
Servicios de atención médica para		<b>Apéndice C:</b>	
mujeres .....	21	<b>Definiciones de Términos.....</b>	<b>42</b>
<b>Capítulo Ocho:</b>		<b>Índice .....</b>	<b>46</b>
<b>Servicios cubiertos y</b>			
<b>costos de miembros .....</b>	<b>22</b>		
Atención de emergencia.....	22		
Período de espera de condición			
preexistente .....	22		
Atención de maternidad .....	22		
Cuando termina su embarazo.....	23		
Costos de Miembros .....	23		
Si recibe una factura por			
servicios cubiertos .....	24		
Si un tercero es responsable de su lesión			
o enfermedad .....	24		

# Introducción

Basic Health ofrece cobertura de calidad y bajo costo a personas elegibles que viven en el estado de Washington. Es un programa del estado administrado por la Autoridad de Atención Médica del Estado de Washington (HCA). La HCA tiene contrato con planes de salud para ofrecer la cobertura Basic Health y Basic Health *Plus*. Cada plan de salud trabaja con hospitales, clínicas, farmacias, médicos y otros proveedores para prestar servicios a los miembros de Basic Health y Basic Health *Plus*.

Si alguno de los miembros de su familia está inscrito en Basic Health *Plus* o el Programa de Beneficios por Maternidad, usted habrá recibido una *Guía de Basic Health Plus y el Programa de Beneficios por Maternidad*, con información específica sobre esos programas. Si no recibió esta guía, llame a Basic Health al 1-800-660-9840.

Debe presentar a Basic Health la información necesaria para determinar su elegibilidad continua para el programa. También debe proporcionar a su plan de salud toda la información necesaria para procesar reclamos, incluso registros médicos.

Debe seguir sus reglas del plan de salud para obtener los beneficios descritos en este manual. Las reglas pueden variar entre los planes de salud. Asegúrese de leer los materiales de su plan de salud para ver los detalles y llame al plan si tiene dudas sobre sus beneficios.

**Este manual es su “certificado de cobertura”.**

Describe lo que cubre Basic Health, lo que no cubre y las reglas a seguir cuando use su cobertura. Este manual está sujeto a las leyes del estado que rigen Basic Health (Capítulos 70.47 RCW y 182-22, 182-24, 182-25 WAC). Si existe algún conflicto entre este manual y la ley o regla, la ley o regla prevalecerá.

**Conserve este Manual para Miembros a mano y léalo cuando tenga dudas sobre sus beneficios.**

Basic Health puede enviar otros documentos importantes, como *Alertas de Miembros* y abrir materiales de inscripción. Estos pueden incluir actualizaciones a este manual. Consérvelas siempre con su *Manual para Miembros*.

Si usted está inscrito en Basic Health como un inscrito de Crédito Tributario de Cobertura Médica (HCTC), lea primero el Apéndice B de este manual, que empieza en la página 37.

A lo largo de este manual, “usted” en general hace referencia al suscrito principal en la cuenta de Basic Health o a un adulto que estará leyendo y hará referencia a la información de cobertura en nombre de un niño inscrito.

# Capítulo Uno: Elegibilidad para Programas de Basic Health

Para ser elegible para Basic Health subvencionada, usted debe:

- Ser residente del estado de Washington;
- Ser ciudadano estadounidense o no ciudadano calificado;
- Tener de 19 a 64 años de edad;
- Tener un ingreso familiar bruto de 200% o menos de los Lineamientos de Ingresos Federales;
- Tener ingreso familiar contable de 0 a 133% de los Lineamientos de Ingresos Federales;
- No ser elegible para Medicaid ni recibir Medicaid ni otra asistencia médica administrada por la Autoridad de Atención Médica;
- No ser elegible para Medicare sin costo o adquirido;
- No ser estudiante a tiempo completo que haya recibido una visa temporal para estudiar en los Estados Unidos;
- No estar institucionalizado al momento de inscripción y
- No estar inscrito en el Programa de Atención Médica de Washington.

Los programas específicos pueden tener requisitos de elegibilidad adicionales. Basic Health está también disponible para personas elegibles para el Crédito Tributario de Cobertura Médica (HCTC) mediante el Servicio de Recaudación Interna (Internal Revenue Service, IRS), sea que cumplan o no con los criterios antes citados.

Los familiares que deben estar enumerados como dependientes en su cuenta (incluso si no están inscritos para cobertura) incluyen los siguientes:

- **Su cónyuge que vive en la misma casa y no está legalmente separado de usted.**
- **Su niño, menor de 26, incluso su hijastro, niño legalmente adoptado y un niño colocado en su hogar para adopción o bajo su tutela legal, menor de 26 años.**
- **Un niño en su custodia bajo un acuerdo de tutela informal firmado por los padres del niño y le permite obtener la atención médica para el niño. Debe proporcionar una copia del acuerdo de tutela y un comprobante de que provee al menos**

**el 50% de la manutención para niño. No puede enumerar un niño que está en su hogar bajo un acuerdo de cuidado temporal.**

- **Su niño, hijastro, niño legalmente adoptado o dependiente legal de cualquier edad que no puede cuidarse a sí mismo debido a una discapacidad. Debe proporcionar una prueba de discapacidad. Si el dependiente con una discapacidad no es su hijo biológico o adoptado, también debe proporcionar una prueba de su tutela legal.**

Los familiares que no son elegibles para cobertura en su cuenta pueden inscribirse en forma separada. Por ejemplo: un niño que llega a los 26 años y no es discapacitado. Este familiar debe completar una solicitud separada de Basic Health.

## Inscripción familiar

Las personas pueden solicitar el programa Basic Health, Basic Health *Plus*, Programa de Beneficios por Maternidad u otros programas para ellos y sus familiares calificados. Usted y sus familiares pueden inscribirse en programas diferentes. Por ejemplo: puede inscribirse en Basic Health, su cónyuge en el Programa de Beneficios por Maternidad y su hijo en Basic Health *Plus*.

## Primas

**Los pagos de la prima vencen el día 5 del mes, antes del mes real de cobertura. El monto y la fecha de vencimiento se muestran en la factura de cada mes.** Su factura se envía aproximadamente a las seis semanas previas al mes a ser cubierto por ese pago. Por ejemplo: la factura para la cobertura de agosto se envía a mediados de junio y el pago vence el 5 de julio.

Si toda la prima no se paga en forma puntual, Basic Health le enviará un aviso tardío. Este aviso incluirá la factura para el monto vencido (llamado el saldo atrasado) y la prima para la cobertura del mes siguiente. Basic Health debe recibir el pago para cada mes vencido a la fecha de vencimiento proporcionada o su cobertura se suspenderá durante un mes. El

pago parcial o los cheques que no pueden ser procesados (por ejemplo: fondos insuficientes o falta de una firma) se considerará falta de pago y puede ocasionarle la pérdida de su cobertura. Para obtener más información, consulte la página 12.

## Basic Health *Plus*

Este programa de Autoridad de Atención Médica (HCA) es para niños menores de 19 años. Con Basic Health *Plus*, los niños recibirán cobertura de atención médica adicional, como atención odontológica, atención oftalmológica y terapia física. Los niños inscritos en Basic Health *Plus* reciben servicios mediante el mismo plan de salud que le provee de cobertura Basic Health.

Su familia deberá cumplir con los lineamientos de ingresos de Basic Health *Plus*, disponibles en <http://hrsa.dshs.wa.gov/Eligibility/OVERVIEW/MedicalOverview.htm>. Los niños deben ser sus dependientes legales, vivir en su hogar y contar con estos requisitos:

- **Menores de 19 años.**
- **Ciudadanos estadounidenses o inmigrantes que han vivido legalmente en los Estados Unidos durante cinco años.**
- **No están inscritos en ningún otro plan de atención administrado, incluso TRICARE.**
- **No han recibido subsidios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) del Departamento de Servicios Sociales y de Salud.**

Para algunos servicios de Basic Health *Plus*, como atención odontológica y oftalmológica, el estado paga al proveedor directamente.

Si deseara transferir la cobertura de su hijo de Basic Health a Basic Health *Plus*, llame al 1-800-660-9840 o visite nuestro sitio web ([www.basichealth.hca.wa.gov](http://www.basichealth.hca.wa.gov)) para solicitar una solicitud de Basic Health *Plus*.

## Programa de Beneficios por Maternidad

Este programa HCA proporciona a las mujeres embarazadas una cobertura completa por maternidad, en general, mediante los mismos proveedores y plan de salud elegido para cobertura de Basic Health. Consulte las páginas 22 y 23 para obtener más información sobre la cobertura de maternidad.

## Basic Health para trabajadores de cuidado personal

Si está trabajando para DSHS como un trabajador de cuidado personal y cumple con los lineamientos de ingresos de Basic

Health, puede pagar incluso menos para la cobertura Basic Health.

Para obtener más información o para pedir una solicitud de trabajador de cuidado personal, llame al 1-800-660-9840 o consulte el sitio web de Basic Health.

## Basic Health para padres de crianza temporal

Si tiene una licencia de padre de crianza temporal actual emitida por DSHS, puede ser elegible para tasas de prima inferiores mediante nuestro programa de padres de crianza temporal. Para obtener más información o para pedir una solicitud de padre de crianza temporal, llame al 1-800-660-9840 o visite nuestro sitio web.

Los padres de crianza temporal autorizados en su familia pueden calificar para cobertura incluso si han superado los límites de ingresos para Basic Health. Consulte el cuadro en la página 5 para lineamientos sobre ingresos.

## Basic Health mediante su empleador, patrocinador financiero o agencia de atención en el hogar

Empleadores, agencias de atención en el hogar y patrocinadores financieros pueden inscribir a sus empleados o miembros patrocinados en Basic Health. Su empleador o patrocinador paga su prima, pero puede cobrar parte de ésta de usted. Su contacto principal con Basic Health será mediante su empleador o patrocinador.

Si su empleador, agencia de atención en el hogar o patrocinador financiero no paga la prima puntualmente o si no califica más para cobertura mediante éstas, se le puede retirar. Si se retira toda su organización, Basic Health le ofrecerá cobertura individual. Sin embargo, puede tener una interrupción en la cobertura.

## Crédito por impuesto de cobertura de salud

Si está inscrito en Basic Health mediante el programa federal Crédito Tributario de Cobertura Médica (HCTC), lea el Apéndice B de este manual. Si no está inscrito en HCTC-Basic Health, pero considera que puede calificar, llame al 1-866-628-4282 o visite [www.irs.gov](http://www.irs.gov) (palabra clave: HCTC).

# Capítulo Dos:

## Lineamientos sobre ingresos

Para ser elegible para Basic Health y recibir un subsidio para su prima mensual, BH revisará su ingreso de dos maneras.

En primer lugar, para recibir un subsidio, el ingreso bruto de su familia debe ser de 200% o inferior a los Lineamientos de Ingresos Federales (FIG). Usaremos su ingreso familiar bruto para determinar su participación de su prima mensual. Para obtener más información sobre ingreso familiar bruto, consulte la Tabla de Ingreso Bruto en la página 5.

Si su ingreso familiar bruto es de 200% o inferior a FIG, luego determinaremos su ingreso contable. Para ser elegible para Basic Health, su ingreso contable familiar debe ser de 133% o inferior a FIG. Usamos el proceso siguiente para determinar el ingreso contable de su familia:

$$((\text{Sueldos} + \text{Empleo independiente neto}) - \text{Desestimar Ingreso ganado}) + \text{Ingreso no ganado} - \text{Deducciones} = \text{Ingreso contable}$$

Consulte la página 6 para las definiciones, una tabla de ingresos y un ejemplo de ingreso contable.

### Cómo se calcula su ingreso

Basic Health requiere talones de pago actual y una copia de su Formulario IRS 1040 para el año fiscal más reciente, con todos los programas presentados. Observaremos su ingreso desde ambas fuentes y usaremos el que le ofrezca la mejor imagen de su ingreso.

En caso que no pueda proveer la documentación IRS (no se le solicitó presentar una declaración de impuestos), usaremos su documentación de ingresos más reciente, a menos que su ingreso sea estacional. Si Basic Health determina que su ingreso es estacional, usaremos un promedio de su ingreso sobre varios meses. Quizá necesitemos que proporcione más documentos.

Si informa empleo independiente o ingreso por rentas, Basic Health usará un promedio de 12 meses de ese ingreso, a menos que haya tenido el negocio o propiedad de renta durante menos de 12 meses. Cuando calcule su ingreso de empleo independiente, Basic Health no deducirá la depreciación ni amortización y quizá no deduzca el uso comercial de su hogar. Una pérdida neta de este cálculo no se usará para compensar otras fuentes de ingresos (una pérdida es igual a cero).

Si paga por cuidado de niños o por el cuidado de un dependiente discapacitado, a fin de que usted o su cónyuge pueda trabajar o ir al colegio, puede tener permitido deducir gastos, hasta un máximo de \$1,025 por mes por niño o dependiente discapacitado. Requerimos que presente una prueba demostrando el monto que pagó y a quién. (Esto no se contará si se paga al padre o padrastro del niño o a otro dependiente del suscriptor principal). Si los gastos fueran por el cuidado de un dependiente discapacitado, solicitaremos que proporcione los documentos de la discapacidad y prueba de que el dependiente no puede cuidarse por sí solo y si el cuidado es durante el horario escolar, prueba de que no puede asistir a escuelas públicas.

La tabla en la página 5 muestra las bandas de ingresos usadas para determinar la elegibilidad y las primas mensuales de su familia hasta junio de 2012. Después del 30 de junio de 2012, llame al 1-800-660-9840 o visite nuestro sitio web ([www.basichealth.hcawa.gov](http://www.basichealth.hcawa.gov)) para obtener más información. Para encontrar su banda de ingreso, su tamaño de familia y su ingreso mensual **bruto** familiar (antes de impuestos y otras deducciones).

La información en los capítulos 2 a 4 no se aplica a los miembros HCTC-Basic Health.

Tabla de ingreso bruto								
	Número de personas en su familia							Marca de Ingreso
	1	2	3	4	5	6	7	
Ingreso bruto mensual	\$0 - \$589.87	\$0 - \$796.79	\$0 - \$1,003.70	\$0 - \$1,210.62	\$0 - \$1,417.54	\$0 - \$1,624.45	\$0 - \$1,831.37	<b>A</b>
	589.88 - 907.49	796.80 - 1,225.83	1,003.71 - 1,544.16	1,210.63 - 1,862.49	1,417.55 - 2,180.83	1,624.46 - 2,499.16	1,831.38 - 2,817.49	<b>B</b>
	907.50 - 1,134.37	1,225.84 - 1,532.29	1,544.17 - 1,930.20	1,862.50 - 2,328.12	2,180.84 - 2,726.04	2,499.17 - 3,123.95	2,817.50 - 3,521.87	<b>C</b>
	1,134.38 - 1,270.49	1,532.30 - 1,716.16	1,930.21 - 2,161.83	2,328.13 - 2,607.49	2,726.05 - 3,053.16	3,123.96 - 3,498.83	3,521.88 - 3,944.49	<b>D</b>
	1,270.50 - 1,406.62	1,716.17 - 1,900.04	2,161.84 - 2,393.45	2,607.50 - 2,886.87	3,053.17 - 3,380.29	3,498.84 - 3,873.70	3,944.50 - 4,367.12	<b>E</b>
	1,406.63 - 1,542.74	1,900.05 - 2,083.91	2,393.46 - 2,625.08	2,886.88 - 3,166.24	3,380.30 - 3,707.41	3,873.71 - 4,248.58	4,367.13 - 4,789.74	<b>F</b>
	1,542.75 - 1,678.87	2,083.92 - 2,267.79	2,625.09 - 2,856.70	3,166.25 - 3,445.62	3,707.42 - 4,034.54	4,248.59 - 4,623.45	4,789.75 - 5,212.37	<b>G</b>
	1,678.88 - 1,815.09	2,267.80 - 2,451.78	2,856.71 - 3,088.48	3,445.63 - 3,725.18	4,034.55 - 4,361.88	4,623.46 - 4,998.58	5,212.38 - 5,635.28	<b>H</b>
<b>Límites de Ingreso de padres de crianza temporal*</b>								
	1,815.10 - 2,268.84	2,451.79 - 3,064.70	3,088.49 - 3,860.57	3,725.19 - 4,656.43	4,361.89 - 5,452.30	4,998.59 - 6,248.16	5,635.29 - 7,044.03	<b>I</b>
	2,268.85 - 2,722.59	3,064.71 - 3,677.62	3,860.58 - 4,632.65	4,656.44 - 5,587.68	5,452.31 - 6,542.71	6,248.17 - 7,497.74	7,044.04 - 8,452.78	<b>J</b>

\*I y J corresponden sólo a padres de crianza temporal autorizados

Válido hasta el 30 de junio de 2012

La información en los capítulos 2 a 4 no se aplica a los miembros HCTC-Basic Health.

## Definiciones de Ingreso

Sueldos	Sueldos brutos para suscriptor y cónyuge
Ingreso por empleo independiente neto	Ingreso relativo al negocio y gastos de empleo independiente o ingreso por renta
Desestimar ingreso ganado	Cincuenta por ciento de los sueldos combinados y empleo independiente neto ((Sueldos + Empleo independiente neto) x 50%)
Ingreso no ganado	Otros ingresos no enumerados para suscriptor y cónyuge solamente
Deducción(es)	Gastos de cuidado de niños hasta \$1,025 por mes por dependiente elegible

## Tabla de ingreso contable

Tamaño de la familia	133% Máx. ingreso mensual contable	133% Máx. ingreso anual contable
1	\$1,207	\$14,484
2	\$1,630	\$19,564
3	\$2,054	\$24,645
4	\$2,477	\$29,726
5	\$2,901	\$34,806
6	\$3,324	\$39,887
7	\$3,747	\$44,967

Fuente = Registro Federal 2011 Vol. 76, No. 13, 20 de enero de 2011, pp. 3637-3638

## Ejemplo de Ingreso Contable

Una familia de tres con sueldos mensuales brutos de \$2,600, ingresos mensuales no ganados de \$200 y gastos de cuidado de niños de \$500 mensual tiene un ingreso contable de \$1,000 mensual.	
\$2,600	Sueldos brutos
-\$1,300	Menos desestimación de ingreso ganado
\$1,300	Subtotal
+\$200	Ingreso no ganado adicional
\$1,500	Subtotal
-\$500	Menos gastos de cuidado de niño
\$1,000	Ingreso Contable Total

La información en los capítulos 2 a 4 no se aplica a los miembros HCTC-Basic Health.

# Capítulo Tres: Realización de cambios y mantenimiento de elegibilidad

Los cambios a su cuenta podrían afectar su cobertura de Basic Health. Informe cambios a Basic Health dentro de los plazos observados en este capítulo. Puede usar el *Formulario de Cambio* incluido con su factura mensual, a fin de realizar algunos cambios de cuenta. Para obtener otros formularios, llame al 1-800-660-9840 o visite nuestro sitio web. También puede escribir a Basic Health a la dirección que se muestra en la página ii.

Si no está inscrito mediante su empleador o un patrocinador financiero, asegúrese de que el patrocinador sepa también acerca de los cambios en su ingreso o familia, pues puede afectar el monto que paga por su cobertura. Comuníquese con su patrocinador financiero, empleador o funcionario de nómina si tiene preguntas.

## Cambio de planes de salud

La inscripción abierta es el momento de cada año cuando puede modificar su plan de salud (si hay más de un plan disponible en su área), excepto según se observa en otra parte en esta sección. Durante la inscripción abierta, Basic Health le enviará información sobre cualquier cambio a su cobertura y le informará sobre los planes de salud en su área y sus primas mensuales. Se le notificará antes de cada inscripción abierta y se le dará instrucciones determinadas para la realización de cambios.

Aparte de cambiar los planes de salud durante la inscripción abierta, sólo puede hacerlo bajo condiciones determinadas. Éstas se explican más adelante en este capítulo. No puede modificar los planes de salud porque su proveedor ya no está con su plan de salud. (Se puede hacer una excepción en algunos casos si puede probar que necesita continuar un curso actual de tratamiento con un proveedor específico). Cuando modifica planes de salud, recuerde que cada plan de salud tiene contratos con proveedores diferentes y tiene su propia lista de

medicamentos con receta. Llame al plan de salud o a su proveedor para averiguar si su proveedor tiene contrato con el plan de salud que está considerando. Si toma algún medicamento con receta, comuníquese con el plan de salud para ver si estarán cubiertos.

Si modifica planes de salud, cualquier servicio que tenga aprobado bajo su plan de salud anterior deberá ser revisado y aprobado nuevamente por su nuevo plan de salud. Además, su deducible y máximo por cuenta propia comenzará nuevamente. Consulte su plan de salud para obtener más información.

Basic Health hará lo mejor para asegurarse que su plan de salud está disponible a lo largo del año. No obstante, si su plan de salud no está disponible, se le solicitará elegir uno de los planes en su condado. Si sólo permanece un plan de salud, se le asignará a ese plan.

También puede cambiar su plan de salud si la Autoridad de Atención Médica (HCA) impone una sanción o sanciones no determinadas en su plan de salud, pero sólo si otro plan de salud está disponible en el área de servicio donde vive. Si esto ocurre, Basic Health se lo notificará. Es posible que no se le solicite cambiar planes de salud, pero si elige hacerlo, Basic Health lo ayudará con este cambio en sus planes de salud. Si tiene permiso para modificar los planes de salud porque HCA ha impuesto una sanción en su plan de salud, su deducible anual y máximo por cuenta propia no comenzará nuevamente.

## Cambios de dirección

Debe presentar a Basic Health su dirección nueva dentro de los 30 días del cambio. Puede comunicarse con Basic Health al 1-800-660-9840, completar y devolver el *Formulario de Cambio* incluido con su factura o escribir a Basic Health a PO Box 42683, Olympia, WA 98504-2683. Incluya su número de identificación de Basic Health, su nombre, dirección

La información en los capítulos 2 a 4 no se aplica a los miembros HCTC-Basic Health.

y condado nuevos, su dirección antigua y su nuevo número telefónico. Asegúrese de informar si su dirección nueva es permanente o temporal (inferior a tres meses) y si su dirección postal es diferente de su dirección.

Si se muda fuera del estado de Washington, se le retirará de Basic Health. Si se muda de su área de servicio del plan de salud, deberá seleccionar un nuevo plan de salud. Si su plan de salud actual está todavía disponible para usted, pero podría costar más o tiene opciones de plan que no estaban disponibles antes de mudarse, puede solicitar un cambio de plan. Mientras espera ser transferido a su nuevo plan de salud, necesitará seguir usando su plan de salud anterior para todo, excepto los servicios de emergencia. Cuando cambia planes de salud, su deducible y máximo por cuenta propia comenzarán nuevamente.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Basic Health verifica dos veces las direcciones con el servicio postal de los Estados Unidos, por lo que debe asegurarse de presentar todo cambio de dirección con su correo postal.

## Vida de dependientes lejos de su hogar

Si su dependiente vive lejos de su hogar, como se describe anteriormente, Basic Health cubrirá sólo la atención de emergencia mientras el dependiente está fuera del estado o se encuentra en un condado que no presta servicios por su plan de salud. Los servicios de rutina se programarán cuando el dependiente esté en el hogar.

### Fuera del condado

Si su niño vive en un condado diferente, quizá deba elegir un plan de salud que provea servicio a tanto su condado de hogar como al condado donde vive el dependiente. Cuando sea necesario, Basic Health permite que su dependiente se inscriba en un plan de salud diferente bajo una cuenta separada, para que el dependiente pueda recibir servicios en el condado donde él vive. Se le enviará una factura separada para su cuenta.

### Fuera del estado

Si su niño es residente del estado de Washington, pero vive lejos de su hogar parte del tiempo (para asistir a la universidad, por ejemplo), puede ser elegible para recibir la cobertura de Basic Health siempre que permanezca como residente del estado de Washington y regrese al estado de Washington durante recesos programados. Quizá se le solicite proporcionar prueba de matrícula fuera del estado o que la residencia del niño sea en el estado de Washington.

## Cambios de familia

Los familiares elegibles pueden inscribirse en Basic Health durante la inscripción abierta. Recibirá la información que le diga cómo inscribir a un familiar en ese momento.

Los familiares pueden agregarse, eliminarse o inscribirse en otros momentos durante el año, basados en los lineamientos que aparecen más adelante, al completar y presentar un *Formulario de Cambios de Familia*. Agregar, inscribir o eliminar un familiar puede cambiar su prima mensual. Basic Health le enviará la confirmación escrita de cualquier cambio a su cuenta. Además, si el número de familiares que vive en su hogar disminuye, quizá ya no sea elegible para Basic Health.

Si no informa cambios a su cuenta en el período de tiempo requerido, se le puede retirar. Para realizar cualquier cambio a su familia, llame al 1-800-660-9840 o visite el sitio web de Basic Health para solicitar el *Formulario Cambios de Familia*. Cuando notifique a Basic Health de un cambio en el tamaño de su familia (como un nacimiento, casamiento, divorcio o fallecimiento), se le solicitará presentar una prueba de su ingreso actual y residencia del estado de Washington.

- **Pérdida o transferencia de otra cobertura continua:** Si usted o un familiar pierde la cobertura o decide no inscribirse en la cobertura Basic Health porque usted o ellos tenían otra cobertura de atención médica y luego esa persona pierde o desea transferirse de esa cobertura, la solicitud debe recibirse por Basic Health en el plazo de 30 días de la pérdida de cobertura. Debe presentar prueba de las demás coberturas continuas.
- **Inscripción de un nuevo familiar:** Para inscribir a un cónyuge, niño o dependiente nuevo de 19 a 26 años, Basic Health debe recibir la solicitud adecuada dentro de los plazos de tiempo a continuación. De lo contrario, el familiar se contará por tamaño familiar cuando se calcule su prima mensual, pero no tendrá cobertura.
  - **Matrimonio:** Dentro del plazo de 30 días de la fecha de su matrimonio.
  - **Recién nacido o niño recientemente adoptado:** En el plazo de 60 días del nacimiento o colocación para adopción.
  - **Otros dependientes (niños de 19 a 26 años, adultos con discapacidades):** En el plazo de 30 días de la fecha que se convirtieron en sus dependientes o se mudaron a su hogar. Consulte la página 2 para obtener más detalles.
- **Eliminación de un familiar:** Basic Health necesita un aviso de los siguientes cambios dentro de los plazos de tiempo requeridos.

La información en los capítulos 2 a 4 no se aplica a los miembros HCTC-Basic Health.

- **Divorcio o separación:** Debe notificar a Basic Health en el plazo de 30 días del divorcio o separación. Si vuelven a reunirse y están viviendo en la misma casa, debe avisar a Basic Health, por escrito e interrumpiremos la separación de su cuenta.
- **Transferencia de un dependiente a una cuenta separada:** Debe notificar a Basic Health en el plazo de 30 días de la fecha en que la persona ya no es más su dependiente. Un dependiente anterior que es tomado de la cuenta de los padres puede solicitar cobertura en una cuenta separada.

## Cuando la cobertura comienza para familiares adicionales

Si se casa y cumple con los procedimientos explicados en “Cambios de Familia” (arriba), la cobertura para sus nuevos familiares comenzará el primer día del mes posterior a determinar la elegibilidad y a recibir el pago completo.

Su recién nacido o niño adoptado está cubierto desde la fecha de nacimiento o colocación en su hogar si usted o un familiar está inscrito en Basic Health o Basic Health *Plus* y si Basic Health recibe la solicitud para el niño en el plazo de 60 días del nacimiento o colocación. Si Basic Health recibe su solicitud más de 60 días posteriores al nacimiento o colocación del niño, su niño será incluido para tamaño familiar sólo cuando se calcule su prima (esto reduce, normalmente, su prima), pero no tendrá cobertura médica. Para obtener mayor información vea la página 8.

## Cambios de ingreso

Si su ingreso cambia, su prima mensual o elegibilidad para Basic Health también puede cambiar. Debe informar cualquier cambio de ingreso a Basic Health en el plazo de 30 días del final del primer mes con el nuevo ingreso. Debe seguir pagando su prima como se factura hasta que le informemos el nuevo monto de la prima. (Consulte la información adicional en las páginas 10 y 11).

Si comienza a recibir los beneficios por discapacidad del Seguro Social, debe notificar a Basic Health de inmediato. Esto puede afectar su elegibilidad para Basic Health.

Cuando envíe la información de ingresos a Basic Health, use la lista a continuación. Si esta lista se modifica, le enviaremos una actualización. Conserve todas las actualizaciones con este manual.

### **Incluya la prueba de todos los ingresos recibidos de las siguientes fuentes:**

- Salarios, sueldos, comisiones, consejos, estudio de trabajo, estipendios de capacitación o ayudantías, incluidos tiempo extra y bonificaciones
- Empleo independiente
- Propiedad de renta
- Desempleo
- Beneficios de huelga
- Jubilación de Seguro Social, sobreviviente, discapacidad o ingreso suplementario de seguridad (incluido el dinero recibido de niños dependientes)
- Jubilaciones y pensiones
- Manutención o pensión alimenticia para niños
- Beneficios y compensación de seguro por una lesión (que no sea reembolso por una pérdida o costos médicos), incluidas las compensaciones de los trabajadores
- Intereses, dividendos, recibos periódicos de un fondo y regalías
- Ganancias de capital netas a corto plazo
- Beneficios para veteranos y pensiones militares
- Asistencia Pública (Asistencia en efectivo de DSHS)
- Ingreso patrimonial
- Apuestas netas o ganancias de lotería, a menos que las reciba más de un mes antes de solicitar la cobertura
- Todos los demás ingresos que no están especificados en la lista “El ingreso no incluye”, a continuación

### **El ingreso bruto *no* incluye:**

- Ingreso, como sueldos, ganados por niños dependientes (sin embargo, debe incluir las distribuciones de una sociedad, asociación o negocio, incluso si se distribuyen a un niño)
- Ganancias de la venta de propiedad personal, como un automóvil
- Reembolsos de impuestos, donaciones o préstamos
- Ingresos de un familiar que vive en otro hogar, cuando ese ingreso no esté disponible para usted o sus dependientes elegibles
- Becas de universidad, subvenciones, subvenciones en educación VA o becas de investigación
- Beneficios no efectivos (como: cupones para alimentos, almuerzos escolares o vivienda, en lugar de sueldos)
- Pagos por apoyo a la adopción recibidos del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS)

La información en los capítulos 2 a 4 no se aplica a los miembros HCTC-Basic Health.

- Distribuciones de Cuenta de Retiro Individual (IRA)
- Compensación de las víctimas de delito
- Pagos únicos de L&I (Labor e Industrias)
- Ganancias de capital a largo plazo

### Informe de cambios de ingresos

Envíe un *Formulario de Informe de Ingreso Familiar*, junto con una prueba de los ingresos actuales y la documentación IRS para el año impositivo más actual. Puede obtener este formulario al llamar al 1-800-660-9840 o visitar nuestro sitio web. (Consulte "Recertificación" para IRS aceptable y documentación de ingreso).

- Incluya prueba de gastos por cuidado del niño hasta \$1,025 por niño, si el cuidado del niño era necesario para que ambos padres puedan trabajar o asistir a la escuela

Basic Health le enviará un *Resumen de Elegibilidad Personal*. Mostrará todos los cambios a su cuenta que afectan su prima mensual o elegibilidad para el programa. Puede incluir una factura por un monto adicional que debe pagar como consecuencia del cambio.

### Recertificación

La ley estatal requiere que Basic Health revise en forma periódica los ingresos y la elegibilidad de los miembros para este programa. Esto se llama "recertificación". Bajo este proceso, los miembros de Basic Health deben enviar prueba de ingresos, beneficios y residencia en el estado de Washington. Ser seleccionado para la recertificación no significa que Basic Health considere que nos ha dado la información incorrecta. Es un requisito legal para todos nuestros miembros. Si tiene que esperar a la cobertura de Basic Health porque el programa está completo, puede recibir la recertificación poco después del inicio de su cobertura.

Si obtiene un aviso de recertificación, Basic Health debe recibir toda la documentación solicitada a la fecha de vencimiento proporcionada. De lo contrario, usted y sus familiares cubiertos perderán su cobertura durante al menos 12 meses. Si vuelve a solicitar Basic Health al término de 12 meses, deberá proporcionar prueba de ingreso y elegibilidad en ese momento. Incluso si es elegible, si Basic Health está completo, deberá esperar hasta que haya espacio disponible.

Para completar su recertificación, debe enviar todo lo siguiente:

- **Prueba de que vive en el estado de Washington.**
- **Una copia de uno de lo siguiente** para el año fiscal más actual:
  - Su Formulario IRS 1040 (formulario de impuesto federal a los ingresos) y todos los programas
  - Documento IRS de su declaración, si no tiene copia de su Formulario IRS 1040
  - Una declaración firmada y con fecha que declara que no era necesario que presente una declaración de impuestos
- **Copias de comprobantes de pagos** durante los últimos 30 días para usted y su cónyuge.
- **Prueba escrita de todos los demás ingresos y beneficios** recibidos por su familia por los últimos 30 días.
- **Si es empleado independiente o tiene ingreso por renta**, una copia de todos los formularios y programas comerciales presentados con IRS, una copia completa de sus programas K-1 (si corresponden). Si no se le solicitó presentar una declaración de impuestos o si ha estado en negocios durante menos de 12 meses, debe completar y presentar un Formulario de Informe de Empleo Independiente / Ingreso por renta.

Le enviaremos más detalles cuando lo seleccionemos para la recertificación.

### ¿Qué sucede si no informo un cambio en ingresos?

Basamos su prima mensual en parte de su ingreso. Debe informar todos los cambios de su ingreso a Basic Health. Verificamos con otras fuentes para asegurarnos que esta información es correcta. Si observamos que no ha informado un cambio de ingresos, debe pagar la diferencia entre la prima que pagó y la prima que debería haber pagado.

Si esto sucede, Basic Health le enviará un aviso que muestra el monto que creemos debe al estado. Si cree que no debe el monto que se muestra en ese aviso, debe seguir las instrucciones en el aviso. Si no responde o si no puede probar que el monto del ingreso que nos informó era correcto, Basic Health le facturará el monto adeudado.

La información en los capítulos 2 a 4 no se aplica a los miembros HCTC-Basic Health.

## ¿Qué sucede si no pago el monto que debo?

Si le mandan una factura, debe pagar según en el programa de pagos proporcionado. Si no paga su factura completa en forma puntual, perderá su cobertura Basic Health. (Consulte la página 12 para obtener más información). Si no vuelve a pagar el monto total, su cuenta se enviará a una agencia de cobranza y también deberá pagar todas las tarifas cobradas por la agencia de cobranza.

## Penalidades legales

Basic Health puede facturarle por dos veces el monto adeudado si usted:

- Proporciona en forma intencional información de ingresos errónea o falsa.
- Retiene información sobre ingresos.

Si proporciona en forma intencional información falsa o errónea o retiene información, Basic Health podría iniciar acciones legales, tales como:

- Procesamiento por falso testimonio.
- Retiro inmediato de vuelta a la fecha en que su cobertura podría haber sido afectada. Esto significa que le facturaremos por el costo total de su cobertura de salud desde esa fecha.

Además, si su plan de salud pagó por los servicios durante un tiempo que estaba inscrito mediante fraude, se le puede demandar el pago de su plan de salud.

La información en los capítulos 2 a 4 no se aplica a los miembros HCTC-Basic Health.

# Capítulo Cuatro:

## Suspensión, retiro y reinscripción

### Suspensión

Si usted (o su patrocinador financiero o empleador, si está inscrito mediante uno) no paga su prima en forma puntual, perderá la cobertura durante un mes (suspensión). Si su prima se paga por completo a la fecha de vencimiento en su aviso de suspensión, será reinscrito para el mes próximo. Si pierde la cobertura por un mes, todavía contará cualquier pago que haya hecho a su deducible y máximos realizados por cuenta propia.

### Retiro

Para interrumpir la cobertura Basic Health o Basic Health *Plus* para usted, un familiar o toda su familia, llame al 1-800-660-9840 o escriba a Basic Health, PO Box 42683, Olympia, WA 98504-2683. Debe incluir:

- Su nombre y número de identificación de Basic Health.
- El nombre de cada persona que desea retirar.
- La razón por la que desea el retiro (en especial si se debe a otros seguros, Medicare o Medicaid).
- La fecha que desea que la cobertura termine. Debemos recibir su solicitud para realizar el retiro al menos 10 días antes del primer día del mes que desea finalice la cobertura.

#### **No es más elegible para Basic Health y será retirado si usted:**

- Deja el estado de Washington sin planes de regresar o si se ha ido durante más de tres meses consecutivos.
- Es elegible para cobertura gratuita o adquirida Medicare, sin importar si tiene realmente cobertura Medicare.
- Es elegible para Medicaid o comienza a recibir asistencia médica administrada por HCA. Si es elegible para otra cobertura, será transferido a esa cobertura.

- Inscribirse en Washington Health
- Recibir ingresos sobre los lineamientos de ingresos de Basic Health.

Si es retirado porque es no elegible (como se describe anteriormente) y sus circunstancias cambian, puede solicitar nuevamente la cobertura Basic Health, pero deberá esperar hasta que haya espacio disponible.

#### **Será retirado de Basic Health y no se le permitirá regresar durante al menos 12 meses si usted:**

- Es suspendido por no efectuar pago tres veces en un período de 12 meses o no se reinscribe el mes siguiente a la suspensión de un mes.
- Se le factura el monto de Basic Health que ha pagado de más por su cobertura y no paga el monto según el programa de facturación proporcionado. (Consulte: "¿Qué sucede si no informo un cambio de ingresos?" en la página 10).
- No proporciona los documentos que solicita Basic Health para verificar su elegibilidad o ingreso.
- Participa en cualquier abuso, conducta impropia intencional o fraude contra Basic Health o su plan de salud o sus proveedores, o provee información a sabiendas a Basic Health que es falsa o errónea.
- Retiene en forma intencional la información solicitada, como un cambio en los ingresos o tamaño familiar.

#### **También se le puede retirar de Basic Health si usted:**

- Intencionalmente pone en riesgo la seguridad o propiedad de Basic Health o su plan de salud o su personal, proveedores, pacientes o visitas.
- Se niega a cumplir con los procedimientos o tratamientos recomendados por su proveedor y determinados por su director médico del plan de salud para que sean esenciales para su salud o la salud de su niño y se le informó mediante su plan de salud que no existe otro tratamiento disponible.

La información en los capítulos 2 a 4 no se aplica a los miembros HCTC-Basic Health.

- Reiteradamente no paga los copagos, coseguros u otros requisitos de pagos compartidos en forma puntual.
- Participa en conductas erróneas intencionales. Esto incluye la retención de su información de plan de salud que tiene sobre un tercero legalmente responsable o rechazo a ayudar a que su plan de salud cobre de ese tercero legalmente responsable.

Estas condiciones para la pérdida de cobertura también se aplican a los familiares inscritos en su cuenta Basic Health.

Los familiares inscritos en Basic Health *Plus* o el Programa de Beneficios por Maternidad pueden permanecer en estos programas siempre que sean elegibles, incluso si su cobertura se suspende durante un mes o si se le retira de Basic Health por falta de pago de su prima requerida.

Si su cobertura finaliza, recibirá una notificación por escrito de la razón y la fecha de finalización de su cobertura.

## Retiro del empleador, patrocinador financiero o cobertura de agencia de atención en el hogar

Si tiene cobertura Basic Health por su empleador, quizá pueda continuar su cobertura mediante la Ley federal de Reconciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado (COBRA). Bajo COBRA, puede continuar la cobertura por hasta 18 meses. No obstante, deberá pagar el costo total de esa cobertura, incluso cualquier participación de prima que haya sido pagada por su empleador. Comuníquese con su empleador para averiguar si califica para la cobertura COBRA.

Si no es más elegible para cobertura de empleador, agencia de atención en el hogar o patrocinador financiero, pero todavía califica para Basic Health individual, Basic Health le ofrecerá cobertura a su propia cuenta. Si recibe una oferta nuestra, debe informarnos de inmediato si desea transferirse a su propia cuenta. Si es así, debe pagar la prima por su cobertura continuada.

## Reinscripción

El proceso de reinscripción depende de la razón de finalización de su cobertura de Basic Health y la cantidad de tiempo desde que tuvo su última cobertura. Cuando solicita nuevamente Basic Health, quizá deba enviar una nueva solicitud, prueba de ingresos y residencia y prueba de otra cobertura continua.

En general, cuando se retira de Basic Health, debe esperar al menos 12 meses antes de poder volver a inscribirse y quizá deba tener que esperar hasta tener espacio disponible. Sin embargo, la espera de 12 meses de reinscripción puede ser dejada sin efecto si:

- Se retiró para otra cobertura y volvió a solicitar Basic Health en el término de 30 días de perder otra cobertura continua (se le solicitará proporcionar prueba de otra cobertura continua).
- Se mudó fuera del estado, luego se mudó de vuelta para quedarse.
- Se le retiró porque no era más elegible para cobertura de Basic Health, pero ahora es elegible de nuevo.

Incluso si se deja sin efecto la espera para reinscripción de 12 meses, si Basic Health está completa, tendrá que esperar hasta que haya espacio disponible.

## Reinscripción después de retirarse de la cobertura de Medicaid

Si deja Basic Health por cobertura Medicaid (por ejemplo: Healthy Options, SSI o Disability Lifeline Medical Care Services) y luego pierde la cobertura Medicaid, puede ser elegible para reinscribirse en Basic Health sin esperar a que haya espacio disponible. Debe solicitar inscripción en Basic Health en el período de 30 días de perder Medicaid. Cuando vuelve a solicitar Basic Health quizá se le pida enviar una solicitud nueva, prueba de ingreso, copia de su IRS 1040 y todos sus programas para el año fiscal más actual y prueba de su residencia en el estado de Washington.

La información en los capítulos 2 a 4 no se aplica a los miembros HCTC-Basic Health.

# Capítulo Cinco: Derechos, responsabilidades y privacidad

## Derechos de los miembros de Basic Health

Como miembro de Basic Health, tiene derecho a:

- Obtener avisos comprensibles o que se le explique e interprete los materiales.
- Recibir información puntualmente sobre su plan de salud.
- Obtener respuestas educadas, rápidas de su plan de salud y Basic Health.
- Ser tratado con respeto.
- Tener protegida su privacidad por Basic Health, su plan de salud y sus proveedores.
- Obtener información sobre todos los servicios médicos cubiertos por Basic Health.
- Seleccionar su plan de salud y su proveedor de atención primaria entre los planes de salud disponibles y sus redes contratadas. Todos los familiares cubiertos deben estar inscritos en el mismo plan de salud.
- Recibir la atención médica adecuada, congruente con el Apéndice A de este manual, sin discriminación independientemente de su estado o condición de salud, sexo, origen étnico, raza, estado marital o religión.
- Obtener todos los servicios y suministros cubiertos necesarios médicamente enumerados en el Programa de Beneficios de Basic Health, sujeto a los límites, exclusiones y pagos compartidos descritos en el Apéndice A.
- Participar en las decisiones sobre su atención médica y la de su hijo, incluso tener una franca discusión de opciones de tratamiento adecuados o médicamente necesarios, sin importar costos ni cobertura.
- Obtener atención médica sin una larga demora.
- Rechazar tratamiento y conocer los resultados posibles del rechazo, incluso si su rechazo puede tener como consecuencia el retiro de Basic Health.
- Esperar que los registros y conversaciones suyas y de su hijo con los proveedores se mantenga en forma confidencial.

- Obtener una segunda opinión de otro proveedor en su plan de salud cuando no está de acuerdo con el plan de tratamiento recomendado por el proveedor inicial.
- Realizar una queja sobre el plan de salud o los proveedores y recibir una respuesta puntual.
- Presentar una apelación con su plan de salud o Basic Health si no está conforme con sus decisiones (Consulte páginas 17 a 19).
- Recibir una revisión de la decisión de apelación de Basic Health, si no está de acuerdo con la misma.
- Cambiar su proveedor de atención primaria (llame a su plan de salud para solicitar asistencia).

## Consentimiento informado

**Usted tiene el derecho a prestar su consentimiento para tratamiento o atención.** Asegúrese de preguntar a su proveedor sobre los efectos adversos de atención de usted o de su niño. Tiene derecho a conocerlos y prestar su consentimiento antes de obtener la atención.

## Instrucciones por anticipado

Las instrucciones por anticipado colocan sus opciones de atención médica por escrito. Puede también nombrar a alguien para que hable por usted si no le es posible hablar por usted mismo. Antes de firmar dicho documento, hable con un abogado o asesor legal. La ley estatal de Washington tiene dos tipos de instrucciones por anticipado:

- 1. Poder extendido para atención médica.** Esto nombra a otra persona para que tome decisiones médicas por usted si no fuera capaz de tomarlas usted mismo
- 2. Una instrucción para los médicos (testamento vital).** Un documento que informa a su médico lo que quiere y no quiere que se haga si tiene una condición terminal o está inconsciente en forma permanente.

## Privacidad

### Información de salud personal

La Autoridad de Atención Médica (HCA) no divulgará ninguna información de salud personal que se proporcione en forma oral, electrónica o por escrito a cualquiera, que no sea usted o su plan de salud sin la previa autorización escrita.

### Información de la cuenta

Sin su permiso escrito, HCA no puede divulgar los detalles de cuenta personal, como elegibilidad, inscripción, prima mensual o pago a cualquiera, que no sea usted o su plan de salud.

Excepciones:

- Si su empleador, agencia de atención en el hogar o patrocinador financiero paga su prima, se puede divulgar información limitada a su representante. Solicite detalles a su representante.
- La información sobre un niño menor dependiente se divulgará a ambos padres.
- Su información se compartirá con Medicaid para determinar la elegibilidad para esa cobertura y elegibilidad continua para Basic Health. Si es elegible para Medicaid, será transferido a esa cobertura.
- Proporcionar información a agencia judicial.

Si desea que otra persona (como un amigo o familiar) acceda o realice cambios a su cuenta, debe enviar permiso escrito a Basic Health. Asegúrese de firmar y colocar la fecha a su carta e incluya el nombre de la persona, su relación con usted y la información que desea divulgar o los cambios que ésta puede realizar. Sólo se divulgará la información que usted especifique. También deberá avisarnos si este permiso es para un período de tiempo específico o por todo el tiempo que esté inscrito en Basic Health. Cuando esta persona llama, necesitará su número de identificación de Basic Health y se le solicitará otra información de identificación.

La notificación de privacidad de HCA está disponible a pedido al llamar al 360-923-2822 o en línea en [www.hca.wa.gov](http://www.hca.wa.gov).

## Responsabilidades de los miembros de Basic Health

Como miembro de Basic Health, usted y/o sus dependientes inscritos tienen la responsabilidad de:

- Comprender Basic Health.
- Enviar los documentos y formularios solicitados informando los cambios que pueden afectar su prima o su elegibilidad en forma adecuada y rápida, como un cambio de dirección o un cambio en el estado o ingreso familiar. (Lea los capítulos dos y tres para conocer las instrucciones y los plazos de tiempo).
- Elija un único plan de salud en su área para todos los familiares cubiertos.
- Elija un proveedor de atención primaria de su plan de salud antes de recibir los servicios.
- Trabaje con su plan de salud para ayudar a obtener cualquier pago de terceros para atención médica.
- Avise a su plan de salud sobre cualquier fuente externa de cobertura o pago de atención médica, como cobertura de seguro para un accidente.
- Avise a su proveedor de atención primaria o al de su hijo sobre los problemas médicos y formule preguntas sobre las cosas que no comprende.
- Decida si desea recibir tratamiento, procedimiento o servicio.
- Obtenga los servicios médicos de (o coordinados por) su proveedor de atención primaria o el de su hijo, excepto en una emergencia o en el caso de una derivación.
- Obtenga una derivación de su proveedor de atención primaria antes de que usted o su hijo vayan a un especialista.
- Pague copagos completos al momento del servicio.
- Pague sus primas de Basic Health completas antes de la fecha de vencimiento.
- Pague su deducible y coseguro completo cuando vencen.
- No participe de fraude ni abuso al tratar con Basic Health, Basic Health *Plus*, el Programa de Beneficios por Maternidad, su plan de salud, su proveedor de atención primaria u otros proveedores.
- Cumpla con sus citas y sea puntual o llame al consultorio del proveedor cuando usted o su hijo estén retrasados o no puedan cumplir con la cita.

- Que el familiar conserve la tarjeta de identificación médica en todo momento o téngalas usted si sus hijos son chicos.
- Notifique al proveedor de atención primaria o al plan de salud en el plazo de 24 horas o lo más pronto que sea razonablemente posible sobre cualquier servicio de emergencia proporcionado fuera del plan de salud.
- Use sólo su plan de salud seleccionado y su proveedor de atención primaria para coordinar los servicios para las necesidades médicas de su familia.
- Cumpla con todas las solicitudes de información, incluso las solicitudes para registros médicos o información sobre cobertura, antes de la fecha solicitada.
- Coopere con su proveedor de atención primaria y sus proveedores derivados al seguir los procedimientos o tratamientos recomendados.
- Trabaje con su plan de salud y sus proveedores para aprender cómo mantenerse saludable.

# Capítulo Seis:

## Quejas, reclamos y apelaciones

Si tiene algún reclamo o apelación sobre los servicios de su plan de salud, sus proveedores o beneficios, comuníquese con su plan de salud directamente. Puede encontrar los números gratuitos en el interior de la tapa de este libro. Si no está de acuerdo con la determinación de su inelegibilidad para Crédito Tributario de Cobertura Médica (HCTC), comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente HCTC para obtener más información. (Consulte el Apéndice B para la información de contacto HCTC). Si tiene una queja sobre una acción tomada por Basic Health, llame al 1-800-660-9840. Si llama a Basic Health o a su plan de salud, asegúrese de anotar la fecha de la llamada, el nombre de la persona con quien habló y si la persona tenía Basic Health u otro plan de salud.

Su plan de salud debe presentar la información sobre su proceso de quejas y apelaciones:

- Cuando se inscribe.
- Anualmente y/o siempre que haya un cambio al proceso de queja o apelación.
- Cuando el plan de salud le envía un aviso del rechazo de un beneficio o servicio, o un aviso de una decisión de apelación.

### Quejas contra su plan de salud

Usted tiene el derecho a presentar una queja o apelación con su plan de salud si no está conforme con la forma que lo tratan o si le han negado un servicio médico. El plan le ayudará a presentar una queja o una apelación.

Las quejas y reclamos pueden ser sobre:

- Un problema con el consultorio de su médico,
- La recepción de una factura de parte de su médico o
- Cualquier otro problema que usted pueda tener en obtener atención médica.

Su plan de salud debe avisarle por teléfono o por carta que han recibido su reclamo o queja en el plazo de cinco días hábiles. El plan debe abordar sus preocupaciones en el período de 30 días.

### Cosas para saber si un servicio médico es negado... hay límites de tiempo.

Una **negación** es cuando su plan de salud no autoriza o no paga por un servicio que usted o su médico solicitaron. Cuando su plan de salud niega un servicio, le enviará una carta sobre el servicio rechazado. A través de la carta también se le informará sobre sus derechos si usted o sus médicos no están de acuerdo con la decisión del plan. Después de recibir una carta de negación, tiene 90 días para solicitar una apelación de la decisión del plan. En el plazo de 5 días hábiles, el plan responderá por escrito diciéndole que recibió su solicitud.

Una **apelación** es cuando solicita al plan de salud revisar su caso porque no está de acuerdo con la negación. Con consentimiento por escrito, puede tener a alguien que apele en su nombre. Sólo tiene 10 días para solicitar una apelación si quiere seguir recibiendo un servicio que ya recibe mientras el plan revisa su decisión. Su plan revisará y decidirá su apelación en el periodo de 14 días. Su plan debe informarle si necesita más tiempo (hasta 30 días) para tomar una decisión. El plan debe obtener su permiso por escrito para tomarse más de 30 días para tomar una decisión. En cualquier caso, una decisión de apelación debe prepararse en el plazo de 45 días.

NOTA: Si sigue recibiendo un servicio durante el proceso de apelación y pierde la apelación, podría tener que pagar los servicios que recibió.

**¿Es urgente?** Por condiciones médicas urgentes, usted o su médico pueden solicitar una revisión o audiencia expedita (rápida). Si su condición médica lo demanda, se tomará una decisión sobre su atención dentro de las 72 horas. Para solicitar una apelación expedita, avise a su plan por qué necesita una decisión más rápida. Si su plan de salud rechaza su solicitud, su apelación será revisada en los mismos plazos de tiempo descritos anteriormente. Su plan debe hacer los esfuerzos razonables para ofrecerle un aviso rápido verbal si niega su solicitud de una apelación expedita. Su plan debe proveer una notificación por escrito en el plazo de 2 días calendario de su decisión.

**Si está en desacuerdo** con la decisión de la apelación, del plan, tiene el derecho de solicitar a Basic Health una audiencia dentro de los 90 días.

Una **audiencia** es cuando le solicita a Basic Health que revise su caso después de que su plan le rechazó su apelación. **NO SOLICITE** una audiencia a Basic Health antes de obtener la decisión del plan sobre su apelación.

### Para solicitar una audiencia Basic Health:

- Llame a la Oficina de Audiencias Administrativas ([www.oah.wa.gov](http://www.oah.wa.gov)) al 1-800-583-8271, o envíe una carta a: P.O. Box 42489, Olympia, Washington, 98504-2489
- Informe a la Oficina de Audiencias Administrativas sobre la razón para la audiencia, qué servicio fue rechazado; la fecha en la que fue rechazado; y la fecha en la que la apelación fue negada. Además, asegúrese de brindar su nombre, dirección y número de teléfono.
- Puede hablar con un abogado o conseguir otra persona que lo represente en la audiencia. Si necesita ayuda para encontrar un abogado llame a la línea NW Justice CLEAR al 888-201-1014, los días de semana de 9:15 a.m. a 12:15 p.m., y martes de 3:30 p.m. a 6:15 p.m., o visite <http://www.nwjustice.org/>

Después de la audiencia, la Oficina de Audiencias Administrativas le enviará una carta con su decisión. Si está en desacuerdo con la decisión de la audiencia, tiene el derecho de solicitar a su plan una revisión de su caso por una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés). Una IRO es un grupo de médicos que no trabajan para su plan. Tiene 180 días para llamar a su plan y solicitar una revisión de parte de una IRO después de recibir la carta OAH.

Si todavía no está de acuerdo con la decisión de la IRO, puede hacer que la Junta de Apelaciones revise su caso. Sólo tiene 21 días para solicitar que la Junta de Apelaciones revise la decisión de la IRO después de recibir la carta de decisión IRO. La decisión de la Junta de Apelaciones es final. Puede solicitar una revisión de la Junta de Apelaciones:

- Llamando al 1-877-351-0002 (sólo TTD: 360-664-6178), o
- escribiendo a Board of Appeals (Junta de Apelaciones) a P.O. Box 45803 Olympia, WA 98504-5803.

### Reclamos contra Basic Health

Si tiene un reclamo o desea una explicación de una acción que Basic Health ha tomado en su cuenta, escriba a Basic Health a PO Box 42683, Olympia, WA 98504-2683 o llame al 1-800-660-9840. Un representante intentará resolver su tema.

### Apelaciones a Basic Health

Si no está de acuerdo con una decisión de Basic Health, como cálculo de su prima, ajuste o penalidad de prima, cambio de plan de salud, rechazo de elegibilidad de Basic Health o pérdida de cobertura de Basic Health puede presentar una apelación por escrito a Basic Health en el plazo de 30 días de notificación de la decisión. Escriba a Basic Health Appeals (Apelaciones Basic Health), PO Box 42690, Olympia, WA 98504-2690, afirmando que desea presentar una apelación. Su carta debe incluir su nombre, dirección, número de identificación de Basic Health, un número telefónico para ubicarlo de día, un resumen de la decisión que está apelando y un resumen que explique por qué cree que la decisión era incorrecta. También debe incluir copias de cualquier evidencia que ayudará a explicar o probar que la decisión debería cambiarse. Si su apelación no se recibe en el plazo de 30 días de la notificación de la decisión, perderá el derecho de apelar esa decisión.

En su apelación, puede solicitar explicar en persona o por teléfono por qué considera que la decisión fue incorrecta y debería modificarse. Asegúrese de avisarnos si necesitará un intérprete y, si es así, el idioma y dialecto que habla. Además, avísenos si necesitará alguna ayuda debido a discapacidad.

Basic Health confirmará que su apelación fue recibida. Si ha solicitado explicar su apelación por teléfono o en persona, nuestro Departamento de Apelaciones se comunicará para programar una conferencia. La conferencia se grabará para garantizar un registro adecuado y se le interrogará al igual que se le brindará la oportunidad de explicar su punto de vista. Deberá estar preparado para ofrecer información detallada para respaldar su opinión de que la decisión era errada.

Se revisará su apelación con detenimiento y Basic Health le enviará por correo una notificación por escrito de la decisión en el plazo de 60 días de recibir su apelación. Si necesita más tiempo para la investigación de su apelación, se le notificará por escrito y se establecerá una fecha de la decisión.

Si no está de acuerdo con la decisión de Basic Health en su apelación, puede solicitar otra revisión más de esa decisión en forma verbal o por escrito a: Basic Health Appeals, PO Box 42690, Olympia, WA 98504-2690. Basic Health debe recibir su solicitud para revisión en el plazo de 30 días de la fecha del aviso de decisión de apelación. Deberá explicar que está solicitando una revisión de la decisión de apelación de Basic Health. Debe proporcionar evidencia adicional por escrito para mostrar por qué considera que la decisión de apelación fue incorrecta. Además, proporcione un resumen de la decisión que está refutando, por qué considera que la decisión fue incorrecta y un número de teléfono para ubicarlo de día. Además, la solicitud

debe incluir toda la evidencia que no ha sido proporcionada todavía y en la que se basará para explicar por qué cree que Basic Health actuó de manera incorrecta. Si su solicitud de revisión no se recibe en el plazo de 30 días de la notificación de la decisión, perderá su derecho de revisión.

La Ofician de Audiencias Administrativas revisará las decisiones de apelación de Basic Health con relación al retiro por no efectuar pago. Un funcionario presidente nombrado por el Administrador de la Autoridad de Atención Médica revisará las decisiones de apelación de Basic Health en todas las demás opciones, basado en el registro de la apelación y cualquier evidencia enviada. Asegúrese de incluir toda la información que desea sea considerada. El funcionario presidente puede comunicarse con usted para más información, pero en general no se le ofrecerá una oportunidad de explicar en persona ni por teléfono en este punto del proceso. La HCA le notificará por escrito la decisión final.

Puede elegir alguien, incluso un abogado o proveedor, para que le preste servicios de representante personal para actuar en su nombre en la apelación. Basic Health debe recibir el consentimiento por escrito de su parte que le permita que esta persona pueda representarlo antes de que la persona pueda actuar en su nombre. Comuníquese con Basic Health para obtener más información.

# Capítulo Siete:

## Planes de salud y proveedores

### Cómo funcionan los planes de salud

Todos los planes de salud ofrecen los mismos beneficios básicos y requieren que usted elija un proveedor de atención primaria (PCP) para coordinar o proveer su atención. Los costos, proveedores e instalaciones, medicamentos con receta cubiertos y prácticas de derivación pueden diferir por plan de salud.

Cada plan de salud contrata a varios proveedores e instalaciones (conocido como la red de proveedor del plan de salud). Su plan de salud puede derivarlo a un especialista o instalación fuera de la red del plan de salud si usted o su hijo necesitan un proveedor o un hospital no disponible dentro de su red del plan de salud. Debe obtener la aprobación de su plan de salud para recibir tratamiento de un proveedor o en una instalación no disponible mediante su red de proveedores del plan, excepto en una emergencia (consulte la página 22).

Algunos planes de salud pueden contratar con grupos de proveedores llamados subredes. **Esto puede restringir su opción de proveedores.** Se le puede solicitar que consulte con especialistas o use las instalaciones, como hospitales en la misma subred que su PCP. Esto significa que incluso si su proveedor se encuentra en su red de proveedor de plan de salud, los servicios del proveedor pueden no estar disponibles para usted, a menos que el proveedor también esté en la misma subred que su PCP.

Para asegurarse de que está cubierto, llame al plan de salud o a su PCP para averiguar si su PCP puede derivarlo a un proveedor con esa red de proveedor de plan de salud, o si su PCP puede derivarlo sólo al grupo de proveedores seleccionado dentro del plan de salud.

### ¿Cuándo comienza mi cobertura?

Basic Health le notifica por escrito cuando está vigente su cobertura. Anote la fecha de vigencia de cobertura que aparece en esa carta. Basic Health no cubrirá ningún servicio recibido antes del inicio de su cobertura.

### Tarjetas de identificación

Después de inscribirse en Basic Health, su plan de salud le enviará sus tarjetas de identificación para usted y sus familiares inscritos. Algunos planes de salud requieren que elija un PCP antes de emitir su tarjeta de identificación. La tarjeta tiene información importante, incluso el número para llamar si está hospitalizado o tiene preguntas. Si necesita atención antes de recibir la tarjeta, comuníquese con el plan de salud al número listado en el interior de la tapa de este manual. Recuerde conservar su carta de confirmación de inscripción de Basic Health. Puede servir de identificación temporal hasta que reciba su tarjeta.

### Derecho a oponerse a determinados servicios

Los planes de salud patrocinados religiosamente, proveedores de atención médica o empleadores tienen el derecho de no proporcionar beneficios ni servicios para la finalización de embarazo ni otros servicios a los que se oponen debido a creencias religiosas o temas de consciencia. Si su plan de salud o empleador se opone a proporcionar un servicio específico que se proporciona normalmente, se le notificará cómo recibir este servicio en particular de otro proveedor, sin costo adicional para usted. Comuníquese con su plan de salud para obtener más información.

Si se opone a tener cobertura para la finalización de embarazos u otros servicios, puede notificarlo por escrito a Basic Health. No se le proveerán beneficios por esos servicios. No obstante, su prima no se modificará.

### Proveedor de atención primaria (PCP)

Cada familiar cubierto debe inscribirse en el mismo plan de salud, pero puede seleccionar un PCP diferente dentro de su plan de salud. Excepto en una emergencia, su PCP y personal proveerá o coordinará toda su atención médica, incluso las derivaciones a especialistas. Los proveedores de

atención primaria pueden ser familiares o médico generalista, internista, pediatras u otros proveedores aprobados por su plan de salud. Usted puede modificar su PCP durante el año. Comuníquese con su plan de salud para conocer los detalles sobre el cambio de proveedores o para una lista actualizada de proveedores. También puede comunicarse con un proveedor que esté considerando encontrar si el proveedor tiene contrato con su plan de salud para cobertura Basic Health. Cuando llama a un proveedor, asegúrese de mencionar el nombre de su plan de salud y Basic Health, y pregunte si el proveedor acepta pacientes nuevos.

Para estar cubierto por su plan de salud, su PCP debe proporcionar todos los servicios de atención médica, a menos que:

- PCP lo derive a otro proveedor (en la mayoría de los casos, la derivación debe estar aprobada por su plan de salud);
- Usted necesite atención de emergencia, según se describe en la página 22; o
- Se autoderive para obtener servicios de atención médica para mujeres (ver abajo) o atención quiropráctica cubierta con un proveedor que tiene contrato con su plan de salud.

Si tiene dudas, llame a su plan de salud al número listado en el interior de la tapa de este manual.

## Servicios de atención médica para mujeres

Los siguientes servicios de atención médica para mujeres están cubiertos por Basic Health sin derivación del PCP ni autorización previa de plan de salud:

- Atención de maternidad, incluido atención prenatal, parto y atención postnatal.
- Exámenes ginecológicos de rutina.
- Examen y tratamiento de trastornos del sistema reproductivo femenino, excepto lo específicamente excluido en el Apéndice A de este manual.
- Otros problemas de salud descubiertos y tratados durante el curso de una visita de atención médica para mujeres, siempre que el tratamiento esté dentro del alcance de práctica del proveedor, y el servicio proporcionado no esté excluido.

**Puede buscar estos servicios de cualquier proveedor de atención médica para mujeres quienes tienen contrato con su plan de salud. Los servicios ofrecidos por los hospitales o centros quirúrgicos ambulatorios pueden requerir una autorización previa de su plan de salud.** Además, cualquier servicio de seguimiento no relacionado directamente con la atención de maternidad, exámenes ginecológicos de rutina o trastornos del sistema reproductivo femenino puede requerir una derivación y autorización previa de su plan de salud.

# Capítulo Ocho:

## Servicios cubiertos y costos de miembros

La lista de servicios cubiertos bajo Basic Health, llamada el “Programa de Beneficios” está en el Apéndice A de este manual. Si tiene alguna consulta sobre una condición médica en particular o beneficio Basic Health, comuníquese con su plan de salud directamente al número listado en el interior de la tapa de este manual.

### Atención de emergencia

La atención de emergencia está cubierta durante las 24 horas del día, los siete días de la semana. (Consulte la página 43 para la definición de “emergencia”). Para recibir los beneficios de atención de emergencia, es importante seguir estos pasos:

- **Dependiendo de la gravedad del problema, vaya directamente a la sala de emergencias más cercana, llama al 911 o llame a su PCP.**
- **Si ingresa a un hospital o a otra instalación de atención médica, llame (o que una amigo, familiar o miembro del personal llame) a su plan de salud o PCP en el plazo de 24 horas o tan pronto como sea razonablemente posible.**
- **Consulte (o que lo derive) su PCP para atención de seguimiento.**

**Importante:** Si no sigue estas instrucciones y el proveedor factura por un monto superior al que su plan de salud podría pagar a un proveedor contratado, quizá deba pagar el saldo. Si se determina que el caso no es una emergencia (sea que sigue o no las instrucciones), será responsable de todos los costos.

### Período de espera de condición preexistente

Los inscritos en Basic Health no están sujetos a un periodo de espera de condición preexistente.

### Atención de maternidad

Si usted o un familiar están embarazadas, llame de inmediato al 1-800-660-9840. Enviaremos por correo una *Solicitud de Beneficios por Maternidad* para que la complete y la envíe.

**Basic Health sólo cubre servicios de maternidad durante 30 días después de que un proveedor médico confirme el embarazo, a menos que solicite el Programa de Beneficios por Maternidad.** Este programa HCA provee cobertura total de maternidad y le permite recibir atención mediante el mismo plan de salud que elija para su cobertura Basic Health. Cuando elija un proveedor para su atención de maternidad, asegúrese de que el PCP celebre contrato con su plan de salud seleccionado para proporcionar los servicios del Programa de Beneficios por Maternidad mediante Basic Health.

El Programa de Beneficios por Maternidad incluye los siguientes beneficios **sin costo** durante el embarazo y durante dos meses posteriores a la finalización de su embarazo:

- Atención prenatal
- Servicios de apoyo a la maternidad
- Atención odontológica
- Trabajo parto y parto
- Planificación familiar
- Terapia física
- Atención posparto
- Transporte a citas
- Educación sobre el parto
- Administración de caso de maternidad)

La HCA determina la elegibilidad para el Programa de Beneficios por Maternidad basado en su criterio de elegibilidad. La información sobre este programa está disponible en un folleto separado llamado *Una Guía para Basic Health Plus y el Programa de Beneficios por Maternidad*. Este documento se enviará a su nombre cuando se inscriba en el Programa de Beneficios por Maternidad.

**No deje de pagar sus primas de Basic Health hasta la fecha efectiva para su inscripción en el Programa de Beneficios por Maternidad.** Una vez inscrito en el Programa de Beneficios por Maternidad, no tendrá primas mensuales ni copagos y continuará recibiendo su atención de su plan de salud elegido mediante Basic Health. Todavía debe pagar las primas mensuales por cualquier otro familiar inscrito en Basic Health.

Si no cumple con los requisitos de ciudadanía para el Programa de Beneficios por Maternidad, puede ser elegible para otros programas HCA que cubren la atención de maternidad. Para recibir estos beneficios, debe informar su embarazo a Basic Health.

**Si no solicita el Programa de Beneficios por Maternidad, Basic Health no cubrirá el costo de cualquier servicio de maternidad más allá de los 30 días posteriores a la confirmación del embarazo por un proveedor médico.**

**Los servicios de maternidad estarán cubiertos por Basic Health si HCA lo encuentra inelegible** para la cobertura de maternidad. Consulte el Apéndice A para obtener más información sobre la cobertura de maternidad para aquellos que son inelegibles para el Programa de Beneficios por Maternidad.

### Cuando termina su embarazo

Debe notificar a Basic Health al 1-800-660-9840 tan pronto como finalice su embarazo. Le enviaremos por correo una solicitud para agregar a su recién nacido a su cuenta de Basic Health. Para evitar una interrupción en la cobertura, Basic Health debe recibir su solicitud completa para agregar a su recién nacido en el plazo de 60 días del nacimiento de su hijo.

Su cobertura médica Basic Health se reanudará cuando sus beneficios de maternidad finalicen **sólo si** sus primas familiares Basic Health (si existieran) han sido pagadas mientras estaba inscrito en el Programa de Beneficios por Maternidad. Por ejemplo: si tiene un cónyuge y/o dependiente(s) inscrito en Basic Health y son retirados por no efectuar pago mientras está cubierto por el Programa de Beneficios por Maternidad, su cobertura continuará hasta dos meses posteriores a la finalización de su embarazo. En ese punto, perderá su cobertura y usted y su familia (excepto los niños inscritos en Basic Health *Plus*) no podrán volver a inscribirse en Basic Health durante 12 meses. Incluso, si Basic Health está completa en ese momento, deberá esperar hasta que haya espacio disponible.

Si el familiar de la persona embarazada es un niño inscrito en Basic Health *Plus*, no es necesario que solicite el Programa de Beneficios por Maternidad, aunque debe notificar a Basic Health

del embarazo. Sus beneficios de maternidad estarán cubiertos mediante Basic Health *Plus*. Para continuar con la cobertura del recién nacido, usted o su hija deben notificar a Basic Health en el plazo de 60 días desde la finalización de su embarazo al completar y devolver el *Formulario de Cambios de Familia* o el *Formulario de Cambio* incluido con su estado de cuenta. Para seguir con la cobertura para su recién nacido, su hija también debe inscribirse en su propia cuenta.

### Costos de Miembro

Excepto por los inscritos Indios americanos y nativos de Alaska, según se define en el Apéndice B-1, cada miembro en Basic Health es responsable de compartir el costo de cobertura, de la siguiente manera:

**Copago:** Un monto de dólar fijo que paga cuando recibe servicios específicos. En la mayoría de los casos, esto será \$15, excepto por los medicamentos con receta y las visitas a la sala de emergencias.

**Deducible** – El monto que paga antes de que su plan de salud empiece a pagar por los servicios cubiertos. Usted es responsable de pagar el primer monto de \$250 de determinados costos médicos cubiertos antes de que su plan de salud pague el coseguro de 80%. El deducible de \$250 debe cumplirse todos los años calendarios para cada familiar inscrito en Basic Health. **Su deducible no se aplica a su máximo por cuenta propia.** Puede recibir una factura de su plan de salud y/o su proveedor.

**Coseguro** – Para determinados servicios, usted será responsable de pagar el 20% del costo. Su plan de salud paga el 80% restante. Puede recibir una factura de su plan de salud y/o su proveedor.

**Máximo por cuenta propia** – Sus costos de coseguro se aplican a su máximo por cuenta propia de \$1,500 por persona, por año calendario. Cuando llega al máximo por cuenta propia, no es necesario que pague más costos de coseguro para los beneficios y servicios cubiertos recibidos durante ese año. Su plan de salud pagará 100% del coseguro para todos los beneficios y servicios cubiertos. El máximo por cuenta propia de \$1,500 se aplica a cada familiar inscrito en Basic Health.

**Si cambia planes de salud en cualquier momento durante el año, el monto que ha pagado a su deducible y máximo por cuenta propia para los familiares cubiertos empezará otra vez con su nuevo plan de salud.**

**Consulte el “Programa de Beneficios” en la página 25.**

## Si recibe una factura por servicios cubiertos

Si recibe atención de un proveedor que tiene contrato con su plan de salud, el proveedor normalmente facturará al plan de salud directamente.

Recibirá una factura del proveedor que le proporcionó servicios que requiere un deducible y un coseguro. En la mayoría de los casos, su plan de salud primero enviará una Explicación de Beneficios (EOB) que contiene la explicación del servicio que recibió, cuál es el monto permitido para ese servicio, cuál es el plan de salud que se pagó y lo que tuvo que pagar. La EOB también proveerá información sobre cuánto ha pagado a su deducible y máximo por cuenta propia. El proveedor o la instalación donde recibió los servicios luego le enviará una factura. Debe pagar al proveedor o instalación directamente. Si recibe una factura, pero no ha recibido aún una EOB o si tiene preguntas sobre su factura, comuníquese con el consultorio del proveedor o su plan de salud.

En algunos casos, puede recibir una factura de un proveedor o instalación que no tiene contrato con su plan de salud, o de un proveedor que no sabe sobre su cobertura de Basic Health. (Cuando completa información para su proveedor, asegúrese de enumerar el plan de salud que proporciona cobertura, no Basic Health). Si recibe una factura por los servicios que considera están cubiertos por Basic Health, pero aún no han sido facturados a su plan de salud, envíe la factura directamente a su plan de salud a la dirección en su tarjeta de identificación. (Llame a su plan de salud al número que figura en el interior de la tapa de este manual para obtener más detalles). Se pueden rechazar los beneficios si su plan de salud recibe la factura más de 12 meses posteriores a la fecha que recibió los servicios.

## Si un tercero es responsable de su lesión o enfermedad

Usted o su representante deben notificar a su plan de salud si su proveedor cobra al plan de salud por el tratamiento de una lesión o enfermedad de la cual es responsable otra persona u organización (por ejemplo: una caída, accidente automovilístico o un accidente en el trabajo). La otra persona u organización responsable de su lesión o enfermedad se llama el "tercero".

Usted debe, hasta el nivel que conoce, notificar a su plan de salud de inmediato, por escrito, de todo lo que se detalla a continuación:

- Los hechos de la lesión o enfermedad, incluidos nombre y dirección de un tercero que cree puede ser responsable de la lesión o enfermedad.

- El nombre y la dirección de la compañía de seguros del tercero.
- El nombre y la dirección de cualquier abogado que estará representando al tercero.
- Si planea presentar un reclamo o una demanda contra el tercero, el nombre y la dirección de la persona que lo estará representando.
- Aviso por anticipado adecuado de cualquier juicio, audiencia o convenio posible de su reclamo contra el tercero.
- Cualquier cambio en su condición o lesión.
- Cualquier información adicional solicitada razonablemente por el plan de salud.

Si presenta un reclamo o acción legal contra un tercero responsable, debe buscar la recuperación de los beneficios pagados por su plan de salud.

Después de haber sido compensado totalmente por todos los daños experimentados como consecuencia del accidente, su plan de salud tiene derecho a rembolsar hasta el monto de los beneficios del plan de salud que pagó, de toda recuperación que haya recibido. Usted debe pagar al plan de salud sólo el monto restante después de haber sido compensado completamente de todos sus daños (incluso dolor y sufrimiento y sueldos perdidos), hasta el monto de los beneficios pagados.

Si su plan de salud busca recuperar los beneficios directamente de terceros, debe cooperar completamente y no hacer nada para afectar el derecho de recuperación de su plan de salud. Su plan de salud puede entablar demanda contra el tercero en su nombre o puede unirse como parte en una demanda o reclamo que haya presentado. No se le pedirá a su plan de salud que pague todos los costos legales que usted incurra y no será necesario que usted pague los costos legales incurridos por su plan de salud. No obstante, su plan de salud puede acordar compartir el costo si éste decide estar representado por su abogado.

Basic Health lo puede retirar por conducta inadecuada intencional si usted:

- Retiene de su plan de salud la información que posee sobre un tercero legalmente responsable.
- Rechaza ayudar a su plan de salud a cobrar a ese tercero legalmente responsable.

# Apéndice A:

## Programa de Beneficios

Este “Programa de Beneficios” enumera los beneficios para los miembros de Basic Health. Los servicios están sujetos a todas las disposiciones de este “Programa de Beneficios” incluso las limitaciones, exclusiones, deducibles, coseguros y copagos. Excepto a lo que se estipula de otra manera específicamente, todos los servicios y beneficios bajo Basic Health deben ser proporcionados, solicitados o autorizados por el plan de salud o sus proveedores contratados. Incluso si su proveedor autoriza un servicio, su plan de salud también puede necesitar autorizar previamente la atención.

Los servicios aparte de aquellos enumerados en este “Programa de Beneficios” pueden proporcionarse a criterio exclusivo del plan de salud mediante la administración médica del plan de salud o programa de administración de casos si la provisión del servicio tendrá como consecuencia un costo total inferior por cuenta propia al plan de salud. Los servicios adicionales pueden estar sujetos a copagos, deducibles, coseguros y limitaciones.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios enumerados o no está seguro si un servicio está cubierto, deberá llamar al Departamento de Servicio al Cliente del plan de salud.

### I. Servicios, suministros o intervenciones médicamente necesarios

Basic Health provee cobertura para los servicios, suministros o intervenciones que de otra manera están incluidos como un “servicio cubierto” conforme se establece en la Sección II, que no están excluidos y son médicamente necesarios. Un servicio cubierto es “médicamente necesario” si es recomendado por su proveedor de tratamiento y su director médico o proveedor elegido de su plan de salud y si se cumplen con todas las condiciones siguientes:

- A. El propósito del servicio, suministro o intervención es tratar una condición médica.
- B. Es el nivel más adecuado de servicio, suministro o intervención considerando los posibles beneficios y el daño al paciente.
- C. Se sabe que el nivel de servicio, suministro o intervención es eficaz en la mejora de los resultados en salud.
- D. El nivel de servicio, suministro o intervención recomendado para esta condición es rentable en comparación con intervenciones alternativas, incluida la no intervención.
- E. Para las intervenciones nuevas, la eficacia se determina por evidencia científica. Para las intervenciones existentes, la eficacia se determina primero por evidencia científica, luego por normas profesionales y finalmente por opinión de expertos.

Una “intervención” de salud es un artículo o servicio entregado o realizado principalmente para tratar (es decir: prevenir, diagnosticar, detectar, tratar o paliar) una condición médica (es decir: afección, enfermedad, lesión, defecto genético o congénito, embarazo o una condición biológica o psicológica que se encuentra fuera del rango normal de edad adecuada para la variación humana), o para mantener o restaurar la capacidad funcional. Para los objetivos de esta definición de “necesidad médica” una intervención de salud significa no sólo la intervención en sí, sino también la condición médica y las indicaciones del paciente para las cuales ésta se aplica.

“Eficaz” significa que se espera razonablemente que la intervención, suministro o nivel de servicio produzca los resultados pretendidos y tener los beneficios esperados que compensan los posibles efectos dañinos.

Una intervención, suministro o nivel de servicio pueden ser indicados médicamente, si bien no son un beneficio cubierto ni cumplen con las normas de esta definición de “necesidad médica”. Su plan de salud puede optar por cubrir las intervenciones, suministros o servicios que no cumplen con esta definición de “necesidad médica”. Sin embargo, el plan de salud no tiene la obligación de hacerlo.

“Proveedor de tratamiento” significa un proveedor de atención médica que ha evaluado personalmente al paciente.

Los “resultados en salud” son resultados que afectan el estado de salud, según se mide por la duración o calidad (principalmente según se percibe por el paciente) de la vida de una persona.

Una intervención se considera nueva si todavía no es de uso extendido para la condición médica y las indicaciones del paciente que se consideran.

Las “intervenciones nuevas” para las que no se condujeron ensayos clínicos debido a razones epidemiológicas (es decir: enfermedades raras o nuevas o poblaciones huérfanas) se evaluarán sobre la base de las normas profesionales de atención u opinión experta (ver “intervenciones existentes” a continuación).

La “evidencia científica” consiste principalmente de ensayos clínicos controlados que demuestran en forma directa o indirecta el efecto de la intervención sobre los resultados en salud. Si los ensayos clínicos controlados no están disponibles, se pueden utilizar los estudios observacionales que demuestran una relación causal entre la intervención y los resultados en salud. Los estudios observacionales controlados parcialmente y la serie clínica no controlada pueden ser sugestivos, pero no demuestran por sí mismos una relación causal, a menos que la magnitud del impacto observado supere cualquier cosa que pueda ser explicada por la historia natural de la condición médica o las posibles tendencias experimentales.

Para las “intervenciones existentes”, la evidencia científica debe considerarse primero y, en la máxima medida posible, deberían ser las bases para las determinaciones de la “necesidad médica”. Si no hay evidencia científica disponible, se deberán considerar las normas profesionales de atención. Si las normas profesionales de atención no existen o están desactualizadas o son contradictorias, las decisiones sobre las intervenciones existentes deberán basarse en la opinión de expertos. Dar prioridad a la evidencia científica no significa que la cobertura de intervenciones existentes deba negarse en ausencia de evidencia científica concluyente. Las intervenciones existentes pueden cumplir con la definición de Basic Health de “necesidad médica” en ausencia de evidencia científica si existe una sólida convicción de eficacia y beneficio expresados mediante normas de atención profesionales actualizadas y consistentes o, en ausencia de dichas normas, una opinión de expertos convincente.

Un nivel de servicio, suministro o intervención se considera “rentable” si los beneficios y daños relativos a los costos representan un uso económicamente eficiente de recursos para pacientes con esta condición. En la aplicación de este criterio a un caso en particular, serán determinantes las características del paciente individual. Rentable no significa necesariamente precio más bajo.

## II. Servicios cubiertos

Los siguientes servicios están cubiertos cuando son médicamente necesarios. Todos los servicios, suministros e intervenciones están sujetos al copado, deducible y coseguro correspondiente. (Consulte la Sección III. Copagos, deducibles y coseguro).

### A. Atención hospitalaria

Los siguientes servicios hospitalarios están cubiertos:

1. Habitación semi privada y pensión, incluidas las comidas. Habitación privada y dietas especiales y servicios de enfermería general.
2. Servicios hospitalarios, incluido el uso de sala de cirugía e instalaciones relacionadas, unidad de cuidados intensivos y servicios, habitación de trabajo de parto y parto cuando se es elegible para los beneficios por maternidad de Basic Health, anestesia, radiología, laboratorio y otros servicios de diagnóstico.
3. Atención normal del recién nacido luego del parto mientras está en una instalación contratada cuando no es elegible para cobertura bajo el beneficio “Atención de maternidad”. Los servicios cubiertos incluyen, si bien no se limitan a, servicios de laboratorio y enfermería.
4. Medicamentos y medicinas administradas mientras está hospitalizado.
5. Enfermería de labor especial.
6. Vendajes, yesos, equipamientos, servicios de oxígeno y terapia de radiación e inhalación.

Si un miembro es hospitalizado en una instalación no contratada, el plan de salud tiene derecho a solicitar transferencia del miembro a una instalación del plan de salud contratado a expensas del plan de salud, cuando la condición del miembro es lo suficientemente estable para permitir una transferencia segura.

Si el miembro se niega a una transferencia a una instalación contratada, todos los demás costos incurridos durante la hospitalización son responsabilidad del miembro.

Los artículos de comodidad personal, como teléfono, bandejas para huéspedes y televisión no están cubiertos.

## B. Atención médica y quirúrgica

Los siguientes servicios médicos y quirúrgicos están cubiertos. El plan de salud puede requerir que se provean determinados servicios médicos y quirúrgicos en base de pacientes ambulatorios.

1. Servicios quirúrgicos.
2. Servicios de radiología, medicina nuclear, ecografías, laboratorio y otros servicios de diagnóstico.
3. Vendajes, yesos y uso de habitación de yeso. Anestesia y servicios de oxígeno relacionados con la anestesia.
4. Sangre, componentes de la sangre y fracciones (como plasma, plaquetas, células concentradas y albúmina) y su administración.
5. Visitas de proveedor, incluidos el diagnóstico y el tratamiento en el hospital, instalación ambulatoria; o consultorio, consultas, tratamiento y segundas opiniones por los PCP del miembro o por un proveedor de derivación. Atención normal del recién nacido luego del parto mientras está en una instalación contratada cuando no es elegible para cobertura bajo el beneficio "Atención de maternidad". Los servicios cubiertos incluyen, si bien no se limitan a, servicios de laboratorio y exámenes de rutina del recién nacido.

Los productos farmacéuticos que normalmente son o podrían formar una parte intrínseca de la visita del proveedor (paciente hospitalizado o ambulatorio) están cubiertos como parte de la visita del proveedor.

6. Terapia de radiación. Quimioterapia.
7. Servicios ambulatorios y de hospitalización quiroprácticos, ocupacionales y de terapia física cubiertos sólo para tratamiento posquirúrgico de cirugía de articulación reconstructiva cuando se reciben dentro de un año posterior a la cirugía. Está cubierto un máximo combinado de 12 visitas por año calendario, pero no más de seis visitas para atención quiropráctica. El diagnóstico u otros procedimientos de imagen solamente para la determinación de servicios de terapia no están cubiertos. Los servicios quiroprácticos cubiertos pueden derivarse o auto derivarse a proveedores contratados.
8. Los medicamentos con receta y las medicinas, según se definen en "Beneficio de farmacia".
9. Los servicios de planificación familiar proporcionados por el PCP del miembro o proveedor de atención médica de la mujer. También están cubiertos los suministros y dispositivos anticonceptivos (como, sin limitarse a, dispositivos intrauterinos, diafragmas, tapas cervicales y agentes progestacionales de larga duración) determinados como los más adecuados por el PCP o proveedor de atención médica de la mujer para ser usados por el miembro. Los suministros de venta libre como condones y espermaticidas sólo están cubiertos cuando forman parte del protocolo del plan de salud a criterio del plan de salud. La esterilización electiva está cubierta.

## C. Atención de maternidad

Para las embarazadas que son miembros de Basic Health y elegibles para asistencia médica mediante la Autoridad de Atención Médica (HCA), Basic Health sólo cubre los servicios de atención de maternidad durante un período que no supere los 30 días posteriores al diagnóstico del embarazo.

Los siguientes servicios de atención de maternidad están cubiertos para los miembros que se determinan inelegibles para la asistencia médica mediante HCA. Estos servicios no están sujetos a copagos, coseguros o deducibles: diagnóstico de embarazo, atención prenatal completo después de confirmar el embarazo, parto, atención de posparto, atención por complicaciones de embarazo, atención preventiva, servicios médicos, servicios de hospital, salas de operaciones u otras salas de procedimientos especiales, servicios de radiología y laboratorio, medicamentos, anestesia, atención normal del recién nacido después del parto como, pero sin limitarse a ello, servicios de enfermería y exámenes de pediatría; además de la terminación del embarazo (incluso la finalización voluntaria del embarazo).

#### D. Dependencia química

Los miembros son elegibles para recibir tratamiento de dependencia química para pacientes ambulatorios y residenciales de un programa de tratamiento aprobado contratado por un plan de salud para un beneficio máximo de \$5,000 en un período de 24 meses calendario consecutivos hasta un máximo de beneficio de por vida de \$10,000. El tratamiento de pacientes ambulatorios y residenciales cubiertos incluye servicios como: evaluación de diagnóstico y educación y asesoramiento organizado individual y grupal. El deducible y coseguro de hospitalización se aplican a los servicios de hospitalización intensivos. Los planes de salud pueden utilizar copagos más bajos, si corresponden, para sesiones de grupo.

(NOTA: El tratamiento solicitado por el tribunal será cubierto sólo si se determina así por el plan de salud para cumplir con la definición de Basic Health de “Necesidad Médica”).

Al determinar el límite de \$5,000, el plan de salud se reserva el derecho de tomar crédito para los beneficios de dependencia química pagados por cualquier otro plan médico grupal en nombre del miembro durante los primeros 24 meses calendarios consecutivos previos. Al determinar el límite de por vida de \$10,000, el plan de salud se reserva el derecho de tomar crédito para los beneficios de dependencia química pagados bajo Basic Health a nombre del miembro desde el 1 de enero de 1988.

#### E. Servicios de salud mental

Los servicios de salud mental están cubiertos de la siguiente manera:

La atención hospitalaria en un hospital participante u otra instalación autorizada adecuada aprobada por el plan de salud está totalmente cubierta (sujeta al deducible y coseguro).

La atención ambulatoria, incluso el asesoramiento familiar e individual está cubierto sujeto a un copago de \$15 por visita para sesiones individuales. Los planes de salud pueden utilizar copagos más bajos, si corresponden, para sesiones de grupo. Las visitas para el único propósito de administración de medicamentos están cubiertas como las visitas de otro proveedor.

(NOTA: El tratamiento solicitado por el tribunal será cubierto sólo si se determina así por el plan de salud para cumplir con la definición de Basic Health de “Necesidad Médica”).

#### F. Trasplantes de órganos

Están cubiertos los servicios relativos al trasplante de órganos, incluso las tarifas de la instalación y profesionales para alojamiento hospitalario, pruebas de diagnóstico y exámenes, cirugía y atención de seguimiento. El deducible, coseguro y copago aplican por servicio específico. (Consulte la Sección III. Copagos, deducibles y coseguro). Este beneficio incluye los gastos de donantes cubiertos.

Están cubiertos los trasplantes de corazón, corazón y pulmón, hígado, médula ósea, incluso el rescate de célula madre periférica, cornea, hígado y páncreas y riñón cuando se cumple con la definición de Basic Health de “Necesidad Médica”.

**Destinatario de trasplante de órganos:** Todos los servicios y suministros relativos al trasplante de órganos para el miembro que recibe el órgano, incluso el transporte desde y hacia la instalación designada por el plan de salud (más allá de esa distancia el miembro en general debería viajar para la mayoría de los servicios de hospital) están cubiertos de acuerdo con el idioma de beneficio de trasplante siempre que el miembro haya sido aceptado en el programa de trasplante de la instalación que lo trata y continúa cumpliendo con el protocolo recetado del programa.

**Donante de trasplante de órganos:** Los gastos médicos iniciales del donante relativos a la cosecha de órganos, al igual que los costos de tratar las complicaciones que se derivan directamente de los procedimientos, están cubiertos **siempre que el destinatario sea miembro del plan de salud** y siempre que el donante no sea elegible para dicha cobertura bajo ningún otro plan de salud ni programa financiado por el gobierno.

Los inscritos en Basic Health no están sujetos a un periodo de espera de condición preexistente.

## G. Atención de emergencia

Una emergencia es un problema de salud grave o repentino que necesita tratamiento de inmediato. No hay tiempo de llamar a su médico.

Una “Emergencia” se define como:

“El comienzo agudo y emergente de un síntoma o síntomas, incluso dolor agudo, que conduciría a un lego prudente que actúa en forma razonable a creer que existe una condición de salud que requiere atención médica inmediata, si el no proporcionar atención médica resultara en discapacidad grave de las funciones corporales o disfunción grave de una parte del cuerpo u órgano, o podría poner en riesgo grave la salud de la persona”.

El plan de salud se reserva el derecho de determinar si los síntomas indican una emergencia médica. Una desintoxicación aguda está cubierta hasta 72 horas.

1. **Emergencia del área en servicio.** En caso de que el miembro experimente una emergencia médica, debe buscarse atención de un proveedor contratado por el plan de salud. Si, como resultado de dicha emergencia, el miembro no puede usar un proveedor contratado por el plan de salud, el miembro puede obtener los servicios de emergencia de proveedores de atención médica no contratados. La atención de seguimiento debe proporcionarse o aprobarse por el plan de salud por anticipado. En el caso de una hospitalización de emergencia, el miembro, o la persona que asume la responsabilidad por el miembro, debe notificar al plan de salud en el plazo de 24 horas de admisión, o tan pronto después como sea razonablemente posible. Si el miembro no cumple con los requerimientos de notificación, la cobertura se limitará a lo que podría ser pagadero por el plan de salud para que el proveedor que contrata el plan de salud cumpla los requerimientos de notificación. El miembro será financieramente responsable por todo saldo remanente.
2. **Emergencia del área fuera de servicio.** El plan de salud solventará el costo de la atención de emergencia del área fuera de servicio para las condiciones cubiertas. En el caso de una hospitalización de emergencia, el miembro o la persona que asume la responsabilidad por el miembro debe notificar al plan de salud en el plazo de 24 horas de admisión, o tan pronto después como sea razonablemente posible. Si el miembro no cumple con los requerimientos de notificación, la cobertura se limitará a lo que podría ser pagadero por el plan de salud para que el proveedor que contrata el plan de salud cumpla los requerimientos de notificación. El miembro será financieramente responsable por todo saldo remanente.

El plan de salud podrá, a su criterio, nombrar un asesor donde sea necesaria atención en el área fuera de servicio, quien tendrá la autoridad para controlar la atención prestada y podrá realizar las recomendaciones referentes al plan de tratamiento. El plan de salud de otra manera podrá garantizar la información que considere necesaria referente a la atención médica y la hospitalización ofrecida al miembro para lo que se solicita un pago.

3. **Transferencia y atención de seguimiento.** Si un miembro es hospitalizado en una instalación no contratada, el plan de salud se reserva el derecho de solicitar la transferencia del miembro a una instalación de contratada por el plan de salud, cuando la condición del miembro sea lo suficientemente estable para permitir una transferencia segura. Si el miembro no acepta la transferencia a una instalación contratada, todos los demás costos incurridos durante la hospitalización son responsabilidad del miembro.

La atención de seguimiento que es un resultado directo de la emergencia debe obtenerse de un proveedor contratado por el plan de salud, a menos que un proveedor contratado por el plan de salud haya autorizado por anticipado al miembro a continuar recibiendo la atención de seguimiento de otro proveedor.

4. **Medicamentos con receta.** Los medicamentos con receta comprados en una farmacia o instalación que no son contratados por el plan de salud están cubiertos sujeto al copago aplicable de la farmacia cuando se despachen o receten en conexión con el tratamiento de emergencia cubierto.
5. **Transporte en ambulancia de emergencia.** El transporte en ambulancia médicamente necesario está cubierto en una emergencia o para transferir un miembro cuando está previamente autorizado por el plan de salud.

## H. Beneficios de servicios de enfermería calificados y atención médica en el hogar

Como una alternativa a la hospitalización en una instalación de atención aguda, el plan de salud, a su criterio, puede autorizar beneficios para los servicios de una instalación de servicios de enfermería calificados o una agencia de atención médica en el hogar.

## I. Servicios de hospicio

Los servicios de hospicio están cubiertos.

## J. Servicios de cirugía plástica y reconstructiva

Los servicios de cirugía plástica y reconstructiva (incluso implantes) se proporcionarán sólo bajo las siguientes condiciones:

1. Para corregir un trastorno físico funcional que se deriva de una anomalía o enfermedad congénita;
2. Para corregir un trastorno físico funcional luego de una lesión o cirugía incidental a cirugía cubierta y
3. Para un miembro que recibe beneficios en relación con la mastectomía:
  - a. Reconstrucción de una mama donde se realizó la mastectomía;
  - b. Cirugía y reconstrucción de otra mama para producir una apariencia simétrica, y
  - c. Prótesis (interna y externa) y complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía.

El tratamiento de linfedemas está cubierto. No obstante, los suministros y el equipo médico duradero usado para tratar linfedemas pueden estar cubiertos sólo en determinadas circunstancias. Comuníquese con su plan de salud para la información de cobertura específica.

## K. Atención preventiva

Están cubiertos los servicios de atención preventiva y se proporcionarán conforme se describe en el programa ofrecido por el plan de salud.

## L. Beneficios de farmacia

El plan de salud puede limitar los medicamentos cubiertos mediante el uso de una lista llamada “vademécum”. Cada vademécum de plan de salud incluye todas las clases terapéuticas principales de medicamentos. Los medicamentos que no estén en el vademécum estarán cubiertos si el personal médico del plan de salud determina que ningún medicamento de vademécum es un medicamento aceptable para el paciente.

Además del vademécum recién descrito, cada plan tendrá las cinco clases terapéuticas siguientes de medicamentos cubiertos bajo el primer nivel y sujeto a un copago de \$10; beta antagonistas de acción corta inhalados, esteroides inhalados, broncodilatadores anticolinérgicos inhalados, betabloqueadores para insuficiencia cardíaca grave e inhibidores de coagulación antiplaquetaria para pacientes luego de la colocación de stent intraarterial. El copago del miembro será de \$10, sin importar (o independientemente de) el estado de marca o genérico del medicamento.

Si tiene dudas sobre el beneficio de farmacia, no está seguro de si un medicamento está cubierto o cree que un medicamento que no está en el vademécum debería estar cubierto, llame al departamento de servicio al cliente del plan de salud.

Basic Health cubre los medicamentos de todo tipo, incluso las cremas, ungüentos e inyecciones recetados, a los niveles de copago mostrados. Las recetas no están sujetas a deducible y no se aplicarán al máximo anual por cuenta propia.

Cuando el costo real del medicamento es inferior al copago de \$10, los miembros son sólo responsables del costo del medicamento.

Las recetas están limitadas a una provisión de 30 días.

Los medicamentos para propósitos cosméticos no están incluidos, a menos que cuenten con previa autorización.

(Consulte la tabla a continuación para obtener más información de copago de farmacia).

Nivel 1 – Copago: \$10	Nivel 2 – Copago: 50%
Medicamentos cubiertos:	Medicamentos cubiertos:
<p>Medicamentos genéricos incluidos en el vademécum del plan de salud.</p> <p>Todos los anticonceptivos orales en el vademécum del plan de salud.</p> <p>Los suministros diabéticos, incluidas jeringas y agujas, cintas de prueba para diabetes, lancetas e insulina.</p> <p>Beta antagonistas de acción corta inhalados.</p> <p>Esteroides inhalados.</p> <p>Broncodilatadores anticolinérgicos inhalados.</p> <p>Betabloqueadores para insuficiencia cardíaca grave.</p> <p>Inhibidores de coagulación antiplaquetaria para pacientes después de colocación de stent intraarterial.</p>	<p>Medicamentos de marca en el vademécum del plan de salud.</p>

### M. Oxígeno

El oxígeno estará cubierto cuando sea recetado por un proveedor contratado y cuando esté autorizado por un plan de salud contratado. El plan de salud, a su criterio, puede requerir una evaluación para determinar si la terapia de oxígeno es todavía un tratamiento adecuado antes de autorizar el tratamiento de oxígeno continuado.

La cobertura de oxígeno incluirá la renta de equipo de oxígeno, contenidos de oxígeno y suministros para la entrega de oxígeno.

El oxígeno portátil no está cubierto cuando se provee sólo como un respaldo a un sistema de oxígeno estacional.

El oxígeno no está sujeto a copago ni coseguro y está excluido de la exclusión Equipo médico duradero.

### III. Copagos, deducibles y coseguro

Cada miembro es responsable de pagar un deducible de \$250 por año calendario antes de cubrir algunos beneficios y servicios (ver página 33). Para aquellos servicios con un coseguro, una vez cumplido el deducible, el plan de salud paga el 80% de los cargos autorizados y el miembro paga 20% de los cargos autorizados. Todos los pagos de coseguro se aplicarán al máximo por cuenta propia anual. Por cada miembro, el máximo por cuenta propia es de \$1,500 por año calendario. No se aplicará ningún monto pagado al deducible de \$250 al máximo por cuenta propia. Una vez logrado el máximo por cuenta propia, el plan de salud paga el 100% de todos los servicios y beneficios cubiertos con un coseguro.

El miembro es responsable de pagar todos los copagos requeridos, deducibles y/o coseguros directamente al proveedor de un servicio cubierto, a menos que el plan indique realizar el pago a otra parte. Los copagos, deducibles y coseguros se deben pagar por completo o el servicio puede ser negado o reprogramado.

Sólo se cobrará la participación de costos enumerada específicamente en las tablas siguientes a los miembros por los servicios cubiertos. El proveedor puede cobrar a los miembros una cita perdida si en forma reiterada no cumple con sus citas o con presentar avisos puntuales cuando es necesario cancelar las citas.

## Los beneficios y servicios NO están sujetos a deducible y coseguro

El deducible anual de \$250 y el máximo por cuenta propia de \$1,500 por persona por año calendario NO se aplica a los siguientes servicios y beneficios.

Beneficio y servicio	Responsabilidad de pago del miembro	Notas
Atención preventiva	Sin copago	Incluye pruebas físicas de rutina, vacunas, exámenes PAP, mamografías y otras pruebas y exámenes cuando se proporcionan como parte de la visita de atención preventiva.
Visitas al consultorio	\$15 de copago	El copago es sólo para la visita al consultorio e incluye consultas, visitas ambulatorias de dependencia química y salud mental, cirugías en el consultorio y visitas de seguimiento.  Los copagos no se aplican a la atención preventiva, laboratorio, servicios de radiología, radiación y quimioterapia. Algunos servicios estarán sujetos al coseguro.
<b>Farmacia*</b> Nivel 1  Nivel 2	\$10 de copago (o costo de medicamento, el que sea menor).  50% del costo del medicamento	Provisión de 30 días  El nivel 1 incluye los medicamentos genéricos en la lista de medicamentos preferidos del plan de salud (vademécum).  El nivel 2 incluye los medicamentos de marca en la lista de medicamentos preferidos del plan de salud (vademécum).
Visita a la sala de emergencias	\$100 de copago	No hay copago si es admitido; se aplicará deducible y coseguro de hospital.
Servicios de emergencia fuera del área	\$100 de copago	No hay copago si es admitido; se aplicará deducible y coseguro de hospital.
Atención de urgencia	\$15 de copago	El copago es sólo para la visita al consultorio, cuando se provee en un ámbito de atención de urgencia. El deducible y coseguro se aplican a todos los demás servicios.
Servicios de enfermería calificada, hospicio y atención en el hogar	Sin copago	Cubiertos como una alternativa a la atención hospitalaria a criterio del plan de salud.
Atención de maternidad	Sin copago	Si el miembro es elegible para el Programa de Beneficios por Maternidad, los servicios de maternidad pueden estar cubiertos sólo bajo Basic Health durante 30 días posteriores al diagnóstico del embarazo. Todos los demás servicios de maternidad están cubiertos mediante el Programa de Beneficios por Maternidad administrado por la Autoridad de Atención Médica..
Oxígeno	Sin copago	Incluye equipo y suministros. No sujeto a copagos, coseguro o deducible. Requiere autorización del plan de salud.

\* Los planes de salud diferentes tienen listas diferentes de medicamentos con recetas aprobados (vademécums). Para averiguar si un medicamento específico está cubierto en su beneficio de farmacia, comuníquese con su plan de salud.

## Beneficios y servicios sujetos a deducible y coseguro

Antes de que su plan de salud pague el 80% de coseguro para los siguientes beneficios, usted debe pagar su deducible anual de \$250. Una vez que cumpla con su deducible, todos los pagos de coseguro se aplicarán a su máximo por cuenta propia anual de \$1,500. Los deducibles y los máximos por cuenta propia son por persona, por año. Una vez logrado el máximo por cuenta propia de \$1,500 por persona, el plan de salud paga todos los servicios y beneficios cubiertos con un coseguro. Los miembros son sólo responsables de los copagos para beneficios y servicios, según se muestra en la página 33. Si cambia planes de salud en cualquier momento durante el año, el monto que ha pagado a su deducible y máximo por cuenta propia para los familiares cubiertos empezará con su nuevo plan de salud.

Beneficio y Servicio	Responsabilidad de pago del miembro	Notas
Hospital, paciente hospitalizado	20% de coseguro, se aplica deducible. \$300 de cargo de instalación máximo por admisión.	Los cargos de instalación pueden incluir, pero no se limitan a, habitación y pensión, medicamentos con receta proporcionados mientras está hospitalizado y otros servicios recibidos como paciente hospitalizado. Sin cargos para atención de maternidad o cuando sea admitido nuevamente para la misma condición en el plazo de 90 días. Si el miembro es elegible para el Programa de Beneficios por Maternidad, los servicios de maternidad pueden estar cubiertos sólo bajo Basic Health durante 30 días posteriores al diagnóstico del embarazo. Todos los demás servicios de maternidad están cubiertos mediante el Programa de Beneficios por Maternidad administrado por la Autoridad de Atención Médica. Consulte a continuación "Otros servicios profesionales".
Hospital, paciente ambulatorio	20% de coseguro, se aplica deducible.	
Otros servicios profesionales	20% de coseguro, se aplica deducible.	Incluye servicios recibidos como paciente hospitalizado, incluidos, pero sin limitarse a, cirugías, anestesia, quimioterapia, radiación y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
Salud mental	20% de coseguro; el deducible se aplica al paciente hospitalizado. \$300 de cargo de instalación máximo por admisión.	Los cargos de instalación pueden incluir, pero no se limitan a, habitación y pensión, medicamentos con receta proporcionados mientras está hospitalizado y otros servicios recibidos como paciente hospitalizado. Las visitas de paciente ambulatorio están sujetas a un copago de \$15 (ver "Visitas a consultorio").
Laboratorio	Sin copago ni coseguro para servicios ambulatorios. 20% de coseguro para servicios de laboratorio en hospitales para pacientes hospitalizados.	El deducible se aplica a los servicios con coseguro.
Radiología	20% de coseguro, excepto radiografías y ecografías para pacientes ambulatorios.	El deducible se aplica a los servicios con coseguro.
Servicios de ambulancia	20% de coseguro, se aplica deducible.	Incluye las transferencias aprobadas de una instalación a otra. Sin coseguro si la transferencia es necesaria por el plan de salud.
Terapia quiropráctica, física y ocupacional	20% de coseguro, se aplica deducible.	Hasta un máximo combinado de 12 visitas al año. (De esas, no más de seis pueden ser para atención quiropráctica). Las visitas sólo califican cuando se usan como tratamiento posquirúrgico luego de una cirugía de articulación reconstructiva. Las visitas deben realizarse dentro del plazo del año de la cirugía.
Dependencia química	Se aplica el 20% de coseguro y deducible. \$300 de cargo de instalación máximo por admisión.	Limitado a \$5,000 cada período de 24 meses, \$10,000 de máximo de por vida. Las visitas de paciente ambulatorio están sujetas a un copago de \$15 (ver "Visitas a consultorio").
Trasplantes de órganos	El deducible, coseguro y copago aplican por servicio específico.	No están cubiertos los trasplantes que no estén previamente autorizados o no se realizan en una instalación médica designada por el plan de salud. No se ofrecen beneficios por los cargos relativos a la localización de un donante, como tipificación de tejidos de familiares.

## IV. Limitaciones y exclusiones

### A. Limitaciones

#### 1. **Período de espera de condición preexistente**

Los inscritos en Basic Health no están sujetos a un periodo de espera de condición preexistente.

#### 2. **Desastre mayor o epidémico**

Si se evita que el plan de salud realice algunas de sus obligaciones en el presente en todo o en parte como consecuencia de una epidemia mayor, acto de fuerza mayor, guerra, disturbio civil, orden judicial, conflicto laboral o cualquier otro asunto fuera de su control, el plan de salud realizará un gran esfuerzo de fe para llevar a cabo dichas obligaciones mediante sus proveedores y personal existente y contratado en ese momento. Cuando suceda dicho evento, si el plan de salud no puede cumplir con sus obligaciones, ya sea en forma directa o indirecta mediante sus proveedores contratados, coordinará la provisión de un desarrollo comparable y alternativo.

#### 3. **Coordinación de beneficios**

Los beneficios disponibles bajo Basic Health serán secundarios a los beneficios pagados bajo los términos de cualquier plan de salud y proveen beneficios para un miembro de Basic Health, excepto cuando estén en conflicto el estado de Washington o la legislación federal.

### B. Exclusiones

Los servicios enumerados a continuación no están cubiertos:

1. Los servicios que no cumplen con la definición de Basic Health de "Necesidad médica" para el diagnóstico, tratamiento o prevención de lesiones o enfermedades, o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado, a pesar de que dichos servicios no están específicamente enumerados como exclusiones.
2. Los servicios no proporcionados, solicitados ni autorizados por el plan de salud del miembro o su proveedor contratado, excepto en una emergencia.
3. Los servicios recibidos antes de la fecha de cobertura vigente del miembro.
4. Cuidado domiciliario o de asistencia o curas de reposo para las que no se necesitan una instalación de hospital general de cuidado intensivo. El cuidado de asistencia es el cuidado que no requiere de servicios regulares de profesionales de atención médica o de salud capacitados o relacionados y que está diseñado principalmente para ayudar en las actividades de la vida diaria. El cuidado de asistencia incluye, entre otros: ayuda para caminar, entrar y salir de la cama, bañarse, vestirse, preparación y alimentación de dietas especiales y supervisión de medicamentos que se toman en general en forma independiente.
5. Cargos de Hospital para artículos de comodidad personal o para habitación particular, a menos que sean autorizados por el plan de salud del miembro, o servicios, como teléfonos, televisión y bandejas para huéspedes.
6. Servicios de emergencia en la instalación para condiciones de no emergencia.
7. Cargos por citas perdidas o por no notificar aviso puntual para cancelación de citas. Cargos por completar y copiar formularios o registros.
8. Estudios de sueño, excepto el estudio de sueño inicial autorizado por el plan de salud contratado. Sólo está cubierto un estudio de sueño por miembro por año calendario.
9. Transporte, excepto según se especifica en "Trasplantes de órganos" y "Atención de emergencia".
10. Vacunas, excepto las cubiertas por atención preventiva. Las vacunas que no están cubiertas son para objetivos de viaje, empleo o necesarias debido al lugar donde reside.
11. Implantes, excepto: dispositivos cardíacos, articulaciones artificiales, lentes intraoculares (limitados a los primeros lentes intraoculares luego de la cirugía de cataratas) e implantes como se define en el beneficio "Servicios de cirugía plástica y reconstructiva".
12. Cirugías de cambio de sexo.
13. Investigación o tratamiento de infertilidad o impotencia.
14. Reversión de esterilización.
15. Inseminación artificial.

16. Fertilización in vitro.
17. Anteojos, lentes de contacto (excepto los primeros lentes intraoculares luego de la cirugía de cataratas); exámenes oculares de rutina, excepto cuando se ofrecen como parte de un examen de rutina como “Atención preventiva”.
18. Dispositivos de audición
19. Zapatos ortopédicos y cuidado del pie de rutina.
20. Terapia del habla y recreación.
21. Equipo y suministros médicos no enumerados específicamente en este “Programas de Beneficios”, excepto cuando el miembro está hospitalizado (incluso, pero sin limitarse a: camas de hospital, sillas de rueda y andadores).
22. Servicios dentales, incluso los aparatos de ortodoncia y los servicios por problemas de la articulaciones temporomandibulares, excepto para reparar dientes o mandíbula sanos y naturales por lesión accidental, siempre que la reparación comience en el plazo de los noventa días (90) de la lesión accidental o tan pronto como sea médicamente posible, siempre que el miembro sea elegible para los servicios cubiertos al momento de proveer los servicios.
23. Servicios médicos, medicamentos, suministros o cirugía directamente relacionados con el tratamiento de la obesidad, incluso obesidad mórbida (incluso, pero sin limitarse a: gastroplastía, cinta gástrica o bypass intestinal).
24. Programas de pérdida de peso.
25. Cirugía cosmética, incluso tratamiento de complicaciones de cirugía cosmética, excepto se estipule lo contrario en este “Programa de Beneficios”.
26. Servicios médicos recibidos de o pagados por la Administración de Veteranos o por el gobierno local o estatal, excepto cuando esté en conflicto con el estado de Washington o la legislación o regulación federal o la parte de gastos para servicios médicos pagaderos bajo los términos de cualquier política de seguro que provee pago de los gastos médicos del miembro sin determinación de responsabilidad hasta el punto que el pago pueda resultar en doble recuperación.
27. Condiciones resultantes de actos de guerra (declarados o no).
28. Complicaciones directas que se suscitan de servicios excluidos.
29. Reemplazo de medicamentos robados o perdidos.
30. Evaluación y tratamiento de discapacidades de aprendizaje, incluida la dislexia.
31. Cualquier servicio o suministro que no esté enumerado específicamente como un servicio cubierto, a menos que sea médicamente necesario, recetado por un proveedor contratado y autorizado por anticipado por el plan de salud.

### C. Cambios a servicios y primas cubiertas

Basic Health revisará en forma periódica este “Programa de Beneficios”. Al diseñar y revisar este “Programa de Beneficios”, Basic Health considerará los efectos de ciertos beneficios, copagos, deducibles, coseguros, máximos por cuenta propia, límites y exclusiones a los servicios de atención médica médicamente necesarios, al igual que a los costos de los miembros y al estado. Las prácticas generalmente aceptadas del seguro de salud y las industrias de atención médica administradas también serán tenidas en cuenta.

Basic Health le ofrecerá un aviso escrito de todas las revisiones planificadas de sus primas de Basic Health o el plan de beneficios durante al menos 30 días previos a la fecha efectiva del cambio. Este aviso puede estar incluido en su resumen de prima, materiales de inscripción abiertos u otros correos, o puede ser un aviso por separado. Para los propósitos de esta disposición, el aviso se considerará completo al presentar las revisiones por escrito en el correo de los Estados Unidos, correo postal de primera clase, correo pagado, dirigido a usted a la dirección de correo ofrecida a Basic Health.

# Apéndice B: Crédito Tributario de Cobertura Médica (HCTC) – Basic Health

## Generalidades del Programa

El Crédito Tributario de Cobertura Médica (HCTC) es un crédito tributario de ingreso federal que paga el 80% de la prima del plan de salud para personas elegibles inscritas en “planes de salud calificados”. En el estado de Washington, Basic Health es un plan de salud calificado. Sin embargo, en los materiales de Basic Health, “plan de salud” hace referencia a la compañía que proporciona su cobertura de atención médica (Columbia United Providers, Community Health Plan of Washington, Group Health Cooperative o Molina Healthcare of Washington). Para obtener más información sobre otros planes calificados en Washington, llame al Centro de Servicio al Cliente de HCTC o visite el sitio web de Servicio de Recaudación Interna (IRS) (consulte “Información de contacto HCTC” en la página ii).

## Elegibilidad

Para ser elegible para HCTC, no es necesario que sea elegible para Basic Health. Puede ser elegible si es un trabajador expatriado, está inscrito en un plan de salud calificado (como Basic Health) y:

- Recibe Asignación por Reajuste Comercial (TRA) bajo la Ley de Asistencia para Ajuste del Comercio (TAA) o Asistencia Alternativa para Ajuste del Comercio (ATAA);
- Será elegible de recibir TRA, pero no ha usado aún todos los beneficios de seguro de desempleo; o
- Tiene 55 años o más, recibe beneficios de pensión de Pension Benefits Guaranty Corporation y no tiene derecho a Medicare Parte A.

Para averiguar si es elegible o para inscribirse para el crédito tributario, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de HCTC o visite el sitio web de HCTC (consulte “Información de contacto HCTC” en la página ii).

## Primas

Si usted es elegible para HCTC, puede reclamarlo como un crédito por anticipado para ayudar a pagar sus primas o puede reclamarlo cuando presente su declaración de impuestos federal. En ambos casos, el crédito tributario pagará 80% de su prima HCTC-Basic Health. Usted paga el otro 20%.

Los miembros HCTC-Basic Health reciben la factura por el costo total de su cobertura, más una tarifa administrativa. Las primas se ajustan según la edad, elección de plan de salud y el condado donde se proveen los servicios. Si usted declara un crédito tributario anticipado HCTC para su inscripción en Basic Health, recibirá una factura mensual de IRS. Pagará el IRS que comparte de su prima cada mes y el IRS pagará el Basic Health por su cobertura. **Si no paga su participación de la prima a IRS en forma puntual, el IRS no pagará su prima y perderá la cobertura por un mes.** Puede continuar su cobertura al pagar la prima completa dirigida a Basic Health durante dos meses o solicitar una cobertura subsidiada de Basic Health. Basic Health no puede aceptar su pago directo antes de inscribirse en HCTC-Basic Health.

## Realización de cambios

Los miembros de HCTC-Basic Health deben informar los cambios familiares, cambios de dirección y cambios en su elegibilidad HCTC a Basic Health. Si solicita agregar o eliminar miembros de su cuenta, Basic Health le enviará un aviso de cambio de prima. Debe reenviar ese aviso a IRS. Para avisarnos sobre un cambio a su cuenta, llame al 1-800-660-9840, envíe por fax una carta a 360-923-2910, o envíe una carta a HCTC-Basic Health a PO Box 42703, Olympia, WA 98504-2703. Asegúrese de incluir su número de identificación HCTC-Basic Health en toda la correspondencia.

**Si se muda y su plan de salud actual no está disponible en su área nueva, deberá elegir un plan de salud que preste servicios en su nueva área.** De lo contrario, puede cambiar planes de salud sólo durante la inscripción abierta o cuando se muda y su plan de salud actual le cueste más o cuando un plan de salud que antes no estaba disponible, esté disponible. Se puede hacer una excepción en algunos casos si puede probar que necesita continuar un curso actual de tratamiento con un proveedor específico. Cuando cambie planes de salud, recuerde que cada plan de salud contrata con diferentes proveedores y tiene su lista propia de medicamentos con receta cubiertos. Llame al plan de salud o a su proveedor para averiguar si su proveedor tiene contrato con el plan de salud que está considerando. Si toma algún medicamento con receta, también debe comunicarse con el plan de salud para ver si sus medicamentos estarán cubiertos.

Si vive fuera del estado de Washington, se le solicitará seleccionar un condado dentro de Washington donde recibirá sus servicios médicos. Debe elegir un plan de salud dentro de ese condado. Si se muda, llame a Basic Health al 1-800-660-9840 para analizar si permanecerá con el mismo plan de salud y en el mismo condado de servicio. Si está cubriendo a un niño que está lejos de su hogar y asiste a la universidad, ese niño debe obtener también los servicios de HCTC-Basic mediante el plan de salud y en el condado del estado de Washington que ha elegido. Sólo están cubiertos los servicios de emergencia fuera el área de servicio del plan de salud.

Si modifica planes de salud, cualquier servicio que tenga aprobado bajo su plan de salud anterior deberá ser revisado y aprobado nuevamente por su nuevo plan de salud. Además, su deducible y máximo por cuenta propia comenzarán nuevamente con el nuevo plan de salud. Consulte su plan de salud para obtener más información.

Basic Health está comprometido en garantizar que su plan de salud esté disponible a lo largo de todo el año. No obstante, si su plan de salud no está disponible durante el año, se le solicitará elegir uno de los planes en su condado. Si sólo permanece un plan de salud, se le asignará a ese plan.

Si desea agregar o eliminar a un familiar de su cuenta HCTC-Basic Health, llame a Basic Health. Le enviaremos un aviso de prima mensual actualizado que puede reenviar al programa HCTC. Observe que necesitaremos una firma de alguien de 18 años o más que se agregue a su cuenta. Es importante que se comunique con nosotros antes de que el cambio esté vigente. Debido a que las primas de su cobertura HCTC-Basic Health son pagadas por IRS y HCTC-Basic Health no puede cubrir a un familiar hasta que la prima se reciba del IRS, debe brindar tiempo suficiente.

## Suspensión, retiro y reinscripción

Si Basic Health no recibe su prima de IRS el primer día de cada mes, no tendrá cobertura para ese mes. (Todos los pagos que realice a su deducible y máximos por cuenta propia permanecerán intactos). En este caso, puede pagar el costo total de su propia cobertura. Sin embargo, debido que el no pago de IRS puede significar que no es más elegible para el programa, sólo podrá pagar su propia prima por dos meses antes de que se le retire de su HCTC-Basic Health. Si IRS todavía no le ha notificado la razón por la que no se efectuó el pago de su prima HCTC-Basic Health, llame al Servicio de Atención al Cliente de HCTC al 1-866-628-4282.

También puede se le puede retirar de HCTC-Basic Health si usted:

- Participa en cualquier forma de abuso, conducta impropia intencional o fraude contra Basic Health o su plan de salud o sus proveedores, o provee a Basic Health información a sabiendas que es falsa o errónea;
- Retiene intencionalmente información solicitada para HCTC o Basic Health;
- Plantea un riesgo a la seguridad o propiedad de Basic Health o su plan de salud o su personal, proveedores, pacientes o visitas;
- Se niega a cumplir con los procedimientos o tratamientos recomendados por su proveedor y determinados por su director médico del plan de salud para que sean esenciales para su salud o la salud de su niño y se le informó mediante su plan de salud que no existe otro tratamiento disponible.
- En forma repetida no paga los copagos, coseguros u otros pagos en forma puntual, o
- La retención de su información de plan de salud que tiene sobre un tercero legalmente responsable o rechazo a ayudar a que su plan de salud cobre de ese tercero legalmente responsable.

Si desea retirarse de HCTC-Basic Health, comuníquese con Basic Health. No obstante, si planea cambiar su cobertura HCTC a otro plan de salud calificado, debe comunicarse primero con el Servicio de Atención al Cliente de HCTC.

## Derechos, responsabilidades y privacidad

Toda la información en el Capítulo Cinco (Derechos, responsabilidades y privacidad) se aplica a los miembros de HCTC-Basic Health, excepto según se observa abajo.

- Como miembro HCTC-Basic Health, tiene el derecho de presentar una apelación con su plan de salud o con el programa federal HCTC si no está satisfecho con su decisión.

No tendrá un proceso de apelaciones con Basic Health, a menos que haya pagado el 100% de su prima para el momento en cuestión.

- Como miembro HCTC-Basic Health, no debe proporcionar a Basic Health con información sobre su ingreso.
- Como miembro HCTC-Basic Health, no se le solicita que pague su prima directamente a Basic Health, a menos que sea notificado. El IRS le enviará su prima mensual a Basic Health. Pagará 20% de ese monto directamente al programa HCTC.

## Apelaciones y reclamos HCTC-Basic Health

Si tiene algún reclamo o apelación sobre los servicios de su plan de salud, sus proveedores o beneficios, comuníquese con su plan de salud directamente. Puede encontrar los números gratuitos en el interior de la tapa de este manual. Para más información sobre reclamos con su plan de salud, lea “Reclamos contra su plan de salud” en la página 17.

Si no está de acuerdo con la decisión de que no es elegible para el programa HCTC, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de HCTC.

Si pagó el 100% de su prima de Basic Health y tiene un reclamo contra algo que hizo Basic Health durante el tiempo que pagó su propia prima, vaya a la página 17.

Siempre que llame a algunas de estas organizaciones, asegúrese de anotar la fecha de la llamada, el nombre de la persona con quien habló y si esa persona está en el programa HCTC, su plan de salud o Basic Health.

## Planes de salud y proveedores

Todo el Capítulo Siete se aplica a los miembros HCTC-Basic Health.

## Servicios cubiertos

Los beneficios para los miembros de HCTC-Basic Health son los mismos que para todos los miembros Basic Health (consulte la página 26), con la excepción siguiente:

- HCTC-Basic Health cubre los beneficios por maternidad sin necesitar que solicite el Programa de Beneficios por Maternidad. Los servicios de maternidad cubiertos están enumerados en la página 26.

## Costos de Miembro

Cada miembro inscrito en HCTC-Basic Health compartirá el costo para su cobertura de atención médica. Consulte las secciones “Costos de miembros”, “Si recibe una factura por los servicios cubiertos” y “Si un tercero es responsable de su lesión o enfermedad” en las páginas 23 y 24 para conocer más detalles.

## Derechos de prórroga de cobertura

Si deja Basic Health y solicita cobertura de seguro privado en el estado de Washington su inscripción de HCTC-Basic Health no lo eximirá del uso del plan de salud del cuestionario de salud estándar para la evaluación de candidatos.

## Programa de Beneficios

El Programa de Beneficios en el Apéndice A se aplica a los miembros HCTC-Basic Health, excepto como se observa en “Servicios cubiertos” en la página 39.

### Información de contacto HCTC

Centro de Servicio al Cliente (gratuito):

1-866-628-4282 (TTY: 1-866-626-4282)

Sitio web: [www.irs.gov](http://www.irs.gov) (palabra clave de IRS: HCTC)

# Apéndice B-1:

## Indios americanos y nativos de Alaska

### Generalidades del Programa AI/AN

A partir del 1 de enero de 2011, los miembros de Basic Health inscritos mediante el patrocinador Tribal que tenga contrato con Basic Health puede recibir beneficios de Basic Health sin tener que pagar primas de miembro, copago, deducibles ni coseguro.

### Elegibilidad

Para ser elegible para el programa AI/AN, debe:

- Ser elegible para Basic Health (Consulte la página 2);
- Brindar prueba de su inscripción en una tribu Indio Americana o nativa de Alaska federalmente reconocida. Su patrocinador Tribal lo ayudará a presentar prueba y
- Cumplir con la siguiente definición de “Indio Americano” o “nativo de Alaska:”

*Indio significa toda persona definida en 25 USC 1603(c), 1603(f), o 1679(b), o que se consideró elegible como indio, según 42 CFR 136.12. Esto significa que la persona:*

- (1) Es miembro de una tribu india reconocida federalmente;

- (2) Reside en un centro urbano y cumple uno de los siguientes criterios:

- a. Es miembro de una tribu, banda u otra organización de indios, incluso aquellas tribus, bandas o grupos finalizados desde 1940 y aquellos reconocidos ahora o en el futuro por el estado en el que ahora residen o que son descendientes, en primero o segundo grado de aquel miembro;
- b. Es un esquimal o aleuta u otro nativo de Alaska;
- c. Es considerado por el Secretario del Interior como indio para cualquier propósito; o
- d. Se determinó como indio conforme a las reglamentaciones promulgadas por el Secretario; o

- (3) Es considerado por el Secretario del Interior como indio para cualquier propósito; o

- (4) Es considerado por el Secretario de Salud y Servicios Humanos como indio para objetivos de elegibilidad para los servicios de atención médica para indígenas, incluso como indio de California, esquimal, aleuta u otro nativo de Alaska.

# Apéndice C:

## Definiciones de Términos

### Apelación

Una solicitud formal para el plan de salud o Basic Health para revisar su decisión.

### Área de Servicio

El área geográfica que presta servicios a un plan de salud que provee cobertura para los miembros de Basic Health.

### Audiencia.

Una audiencia es cuando le solicita a Basic Health que revise su caso después de que su plan le rechazó su apelación.

### Autoridad de Atención Médica (HCA)

La agencia estatal responsable de administrar el plan de Basic Health y otros programas de salud adquiridos en forma independiente.

### Banda de Ingreso

Niveles de ingreso A a H, según se enumera en la página 5. Estos se actualizan en julio de cada año. (Busque una notificación de los cambios en mayo). Estos niveles, basados en el ingreso bruto mensual y el tamaño de la familia ayudan a determinar las primas mensuales.

### Basic Health

Un programa de cobertura de atención médica administrado por la Autoridad de Atención Médica (HCA).

### Basic Health Plus

Un programa de la Autoridad de Atención Médica (HCA) para niños menores a 19 años de familias de bajos ingresos. Proporciona beneficios extendidos (como atención dental y oftalmológica). La elegibilidad para Basic Health Plus se determina por HCA.

### Certificado de cobertura

Una descripción de su cobertura y los beneficios de su atención médica. Este manual sirve como certificado de cobertura.

### Condición preexistente

Una enfermedad, lesión o condición para la cual, en los seis meses inmediatamente previos a la fecha de inscripción efectiva del miembro en Basic Health:

- Se recomendó al miembro o recibió tratamiento, asesoramiento o una prueba de diagnóstico;
- Se recetó o recomendó medicamento para el miembro; o
- Existieron síntomas que ocasionarían básicamente que una persona razonablemente prudente busque el diagnóstico médico, la atención o el tratamiento médico.

### Copago

Un monto de dólar fijo que paga cuando recibe servicios específicos. Los copagos no están sujetos a deducibles y no se aplican a su deducible, coseguro ni máximo por cuenta propia.

### Coseguro

Un porcentaje de su pago para determinados servicios después de que paga su deducible anual.

### Declaración de elegibilidad del personal (PES)

El aviso que le envía Basic Health que muestra el estado actual de su cuenta. Usted recibirá un PES cuando haya un cambio en su cuenta. Esta declaración puede incluir una factura para primas adicionales que debe pagar como resultado de un cambio.

**Deducible**

El monto que paga antes de que su plan de salud empiece a pagar por los servicios con coseguro. El deducible no se aplicará a su máximo por cuenta propia.

**Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS)**

La agencia de estado que administra los programas de asistencia pública en el estado de Washington.

**Dependientes**

Igual a familiares.

**Emergencia**

El comienzo agudo y emergente de un síntoma o síntomas, incluso dolor agudo, que conduciría a un lego prudente que actúa en forma razonable a creer que existe una condición de salud que requiere atención médica inmediata, si la falla de proporcionar atención médica resultara en discapacidad grave de las funciones corporales o podría poner en riesgo grave la salud de la persona.

**Especialista**

Un proveedor de medicina especializada, como un cardiólogo o neurocirujano.

**Estudiante**

Una persona inscrita tiempo completo en una escuela secundaria acreditada, universidad, escuela técnica superior o escuela de enfermería, según lo determine el encargado de admisión escolar.

**Explicación de beneficios (EOB)**

Cada plan de salud se debe enviar con una EOB cada vez que recibe los servicios médicos. La EOB es una declaración detallada que explica el o los servicios recibidos, el monto permitido para cada servicio, el monto que le paga el plan de salud y el monto que usted es responsable de pagar. La EOB también rastreará el monto que pagó a su deducible anual de familiar cubierto y su máximo por cuenta propia.

**Familiares**

Los familiares que deben ser enumerados como dependientes en su cuenta (incluso si no están inscritos para cobertura) incluyen los siguientes:

- Su cónyuge que vive en la misma casa y no está legalmente separado de usted.
- Su niño, menor de 26, incluso su hijastro, niño legalmente adoptado y un niño colocado en su hogar para adopción o bajo su tutela legal.
- Su hijo menor de 26 años, inscrito para cobertura y bajo su custodia bajo contrato de tutela informal firmado por los padres del niño y que lo autoriza a obtener atención médica para el niño. Para solicitar cobertura para un niño que vive con usted bajo dicho contrato. Debe proporcionar una copia del acuerdo de tutela y una prueba de que presenta al menos el 50% de la manutención del niño. Si un niño se coloca en su hogar bajo contrato de cuidado temporal, DSHS es por lo general el tutor, por lo tanto usted no estará autorizado a colocar al niño en la lista.
- Su hijo, hijastro, hijo adoptado legalmente u otro dependiente legal de cualquier edad que es incapaz de mantenerse en forma independiente debido a una discapacidad. Debe proporcionar una prueba de discapacidad. Si el dependiente con una discapacidad no es su hijo biológico ni adoptado, también debe proporcionar una prueba de su tutela legal.

Si usted es un inscrito elegible de Crédito Tributario de Cobertura Médica, nombre todos los dependientes que son elegibles para cobertura mediante el programa.

**Incumplimiento**

Incumplimiento de proporcionar la documentación o información solicitada por Basic Health a la fecha de vencimiento.

**Indio americano o nativo de Alaska**

Una persona que cumple con la definición presentada en el Apéndice B-1.

**Ingreso**

Su ingreso bruto familiar (antes de las deducciones).

**Ingreso contable**

El monto de un ingreso mensual familiar usado para determinar la elegibilidad de Basic Health. Este monto se basa en el ingreso familiar bruto después de las desestimaciones adecuadas. Consulte el capítulo 2.

**Inscripción**

El proceso de presentar formularios de solicitud completado, ser determinado elegible y ser aceptado en Basic Health, Basic Health Plus o el Programa de Beneficios por Maternidad.

**Lineamientos sobre ingresos**

Los lineamientos usados para determinar su elegibilidad para Basic Health y Basic Health Plus y sus pagos de prima mensual para la cobertura de Basic Health. Estos lineamientos sobre ingresos cambian anualmente. Para obtener mayor información vea la página 4.

**Máximo por cuenta propia**

El máximo coseguro que deberá pagar cada año para cada familiar cubierto. Sólo los costos de su coseguro se aplican a su máximo por cuenta propia. Después de pagar el máximo por cuenta propia, no debe pagar costos de coseguro para el resto del año calendario.

**Medicare**

El programa de beneficio de salud federal para las personas que tienen 65 y más y para algunas personas con discapacidades. (Si es elegible para cobertura gratuita o adquirida Medicare, no es elegible para Basic Health.)

**Miembro**

Una persona inscrita y que recibe la cobertura de atención médica mediante Basic Health, Basic Health Plus o el Programa de Beneficios por Maternidad.

**Miembro elegible para el Crédito Tributario de Cobertura Médica (o miembro HCTC-Basic Health)**

Una persona o dependiente calificado inscrito en Basic Health y determinado por el Departamento del Tesoro federal para ser elegible para el crédito de impuestos creado por la Ley de Comercio 2002 (P.L. 107-210).

**Nivel**

Una categoría de medicamentos relativa al beneficio de farmacia. Su costo para recetas depende de la categoría (o nivel) de la receta. El nivel 1 es la categoría de recetas que le cuestan lo mínimo.

**Paciente ambulatorio**

Un paciente no hospitalizado que recibe servicios cubiertos lejos del hospital, como en el consultorio del médico o el hogar propio del paciente, o en un departamento para pacientes ambulatorios en el hospital o departamento de emergencia de hospital o centro quirúrgico.

**Paciente hospitalizado**

Un paciente que es admitido por un día o más en una instalación de atención médica y recibe los servicios cubiertos.

**Plan de salud**

Una organización que ofrece cobertura de atención médica y contrata con HCA para ofrecerle atención. Usted selecciona su plan de salud cuando se une a Basic Health.

**Prima**

Su participación del pago mensual para la cobertura de Basic Health.

**Programa de Beneficios por Maternidad**

Este programa de Autoridad de Atención Médica (HCA) incluye todos los beneficios Medicaid, incluidos los beneficios por maternidad, servicios de soporte de maternidad y administración de caso de maternidad. Elegibilidad para el programa determinada por HCA.

**Programa de Salud de Washington**

Un programa de cobertura de atención médica no subsidiado administrado por la Autoridad de Atención Médica (HCA).

**Proveedor**

Un profesional de atención médica (como un médico, enfermera, internista, etc.) o instalación (como un hospital, clínica, etc.).

**Proveedor de atención primaria (PCP)**

Su proveedor de atención médica personal. Su proveedor de atención primaria pueden ser familiares o médico generalista, internista, pediatras u otros proveedores aprobados por su plan de salud. Para recibir beneficios, su proveedor de atención primaria debe proporcionar o coordinar su atención. Si necesita ver a un especialista, su proveedor de atención primaria lo derivará.

**Queja**

Una queja escrita u oral presentada por o en nombre de una persona cubierta a su plan de salud o Basic Health.

**Recertificación**

Revisión periódica de su ingreso y elegibilidad familiar. Durante la recertificación, usted debe presentar su documentación de ingreso actual y de residencia para verificar su elegibilidad y/o nivel de subsidio de prima.

**Reconvencción**

Cuando Basic Health le factura el monto adeudado al estado porque no informó exactamente su ingreso.

**Residente de Washington**

Una persona que reside físicamente y tiene residencia en el estado de Washington. Debe ser residente de Washington para ser elegible para Basic Health. Para considerarse residente de Washington, los miembros que están en forma temporal fuera de Washington por alguna razón:

- Deben probar su intención de regresar al estado de Washington; y
- No deben estar fuera del estado de Washington durante más de tres meses calendario consecutivos.

Los niños dependientes que van a la escuela fuera del estado pueden considerarse residentes si están fuera de un estado durante el año escolar, siempre que su residencia primaria sea en el estado de Washington y que regresen al estado de Washington durante recesos. Los niños dependientes que asisten a la escuela fuera del estado pueden necesitar proveer prueba de que pagaron la matrícula fuera del estado, votaron en Washington y presentaron declaraciones de impuestos usando una dirección de Washington.

Su residencia puede ser un hogar que posee o está adquiriendo o rentando, un refugio u otra locación física donde se hospeda en lugar de una casa o la casa de otra persona.

**Retiro**

Pérdida de cobertura Basic Health sin opción de volver a inscribirse para el mes siguiente. Esto se debe a que no se efectúan pagos antes de la fecha de vencimiento presentada en el aviso de suspensión, más de dos suspensiones en un período de 12 meses, pérdida de elegibilidad o falta de cumplimiento de cualquiera de sus responsabilidades como miembro de Basic Health.

**Subsidio**

La porción del monto total de la prima que el estado de Washington paga para los miembros inscritos en Basic Health.

**Suscriptor**

La persona en una cuenta de Basic Health responsable del pago de primas y otras participaciones de costo y a quien Basic Health envía todas las notificaciones y comunicaciones. El suscriptor puede ser miembro de Basic Health o el cónyuge, padre o tutor de un dependiente inscrito y puede estar o no inscrito para cobertura.

**Suspensión de cobertura**

El proceso de pérdida de cobertura médica durante un mes después de no pagar la prima mensual o de pagarla en su totalidad después de la fecha de vencimiento. Si su cobertura se interrumpe más de dos veces en un período de 12 meses, se le retirará y no podrá volver a inscribirse durante al menos 12 meses.

**Tamaño de la familia**

El número de familiares elegibles a ser enumerados en una cuenta de Basic Health. Tamaño familiar se considera cuando se determinan elegibilidad y primas.

**Vademécum**

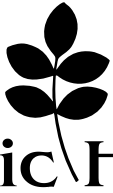
Una lista de medicamentos con receta aprobados desarrollados por cada plan de salud.

# Índice

- Adopción, 2, 8, 10, 30, 46
- Agencia de atención en el hogar, iii, 3, 13, 15
- Agregar miembros a su cuenta, iii, 8
- Apelación, ii, 14, 17, 18, 19, 45
  - Apelación (HCTC), 42
- Atención odontológica, 3, 23
  
- Basic Health *Plus*, 1–3, 9, 12, 13, 15, 23, 45, 47
  
- Cambios de dirección, iii, 7
  - Cambios de dirección (HCTC), 40–41
- Cambios de ingreso, iii, 9, 10
- Cobertura acreditable (HCTC), 42–43
- Cobertura de maternidad, 1–3, 13, 15, 21–23, 27, 28, 34–36, 45, 47
  - Cobertura de maternidad (HCTC), 42
- Condiciones preexistentes, 22, 30, 36, 37, 47
  - Condiciones preexistentes (HCTC), 42, 43
- Consentimiento informado, 14
- Copago, 13, 15, 23, 26–35, 39, 44, 45
  - Copago (HCTC), 41
- Coseguro, 13, 15, 24, 26–30, 32–35, 39, 44, 45, 47
  - Coseguro (HCTC), 41
- Crédito Tributario de Cobertura Médica (HCTC), ii, 1–3, 17, 40–43, 46
- Cuidado temporal, 2, 46
- Cónyuge, 2, 4, 6, 8, 10, 23, 46, 48
  
- Deducible, 7–8, 12, 15, 24, 26–30, 32–35, 39, 44–46
  - Deducible (HCTC), 41
- Dependiente, 2–4, 6, 8–10, 15, 18, 23, 31, 45, 46, 48
- Derivaciones, iii, 21
- Discapacidad, 2, 4, 9, 13, 18, 46
- Divorcio, 8, 9
- Documentación IRS, 4, 10
- DSHS, 3, 9, 10, 45, 46
  
- Elegibilidad, 1–4, 7–12, 15, 17, 18, 23, 44–48
  - Elegibilidad (HCTC), 40
- Embarazo, 20, 22, 23, 26, 28, 34, 35
  - Embarazo (HCTC), 42
- Emergencia, 8, 15, 20–23, 30–31, 34, 38, 45, 47
  - Emergencia (HCTC), 41
  
- Empleo independiente, 4, 6, 9, 10
- Especialista, iii, 15, 20, 21, 47, 48
- Estudiante, 2, 48
- Exclusiones, 14, 22, 26, 36, 38, 39
  
- Familiar, 1, 2, 8–10, 12–15, 20, 22–24, 30, 35, 45–47
  - Familiar, (HCTC), 41
- Fraude, 11, 12, 15
  - Fraude (HCTC), 41
  
- Indios americanos/nativos de Alaska 23, 44, 45
- Ingreso por renta, 4, 6, 10
- Inicio de cobertura, 9, 10, 20, 22
- Inscripción abierta, 1, 7, 8, 39
  - Inscripción abierta (HCTC), 41
- Inscripción de un familiar nuevo, 8
  
- Jubilación, 9, 10
  
- Limitaciones y exclusiones, 22, 36–39
  
- Manutención para niños, 9
- Matrimonio, 8
- Medicaid, 2, 12, 13, 15, 37, 47
- Medicare, 2, 12, 47
  - Medicare (HCTC), 40
- Máximo por cuenta propia, 7, 8, 12, 24, 26, 32–35, 39, 45–47
  - Máximo por cuenta propia (HCTC), 41
  
- Organización de revisión independiente, 18
  
- Padre de crianza temporal, 3, 5
- Participación de costos, 13, 14, 33, 48
- Patrocinadores financieros, 3
- Período de espera, iii, 22, 29, 30, 35, 36, 37
  - Período de espera (HCTC), 42, 43
- Plan de salud, iii, 1, 3, 7–8, 11–18, 20–43, 45–48
  - Planes de salud (HCTC), 40–43
- Proveedor de atención primaria, iii, 14–16, 20, 21, 47

(continuación)

- Queja, 17, 18, 19, 46
  - Queja (HCTC), 42
- Quiropráctica, 21, 28, 35
  
- Recertificación, 10, 48
- Recetas, 32, 48
- Rechazo, 17, 18
- Recién nacido, 8, 9, 23, 27, 28
- Reclamos, 17-19
- Reconvención, 48
- Reinscripción, 12, 13
  - Reinscripción (HCTC), 41
- Residente, 2, 8, 29, 48
- Retiro, 11-14, 19, 45
  - Retiro (HCTC), 41
  
- Segunda opinión, 14, 28
- Separación, 9
- Servicio de Ingreso Interno (IRS), ii, 2-4, 10, 13
  - Servicio de Ingreso Interno (HCTC), 40-43
- Servicios cubiertos, iii, 14, 22-25, 27-28, 33, 36, 38, 39, 47
  - Servicios cubiertos, (HCTC), 42-43
- Servicios de atención médica para mujeres, 21, 28
- Subsidio, 4, 48
- Suscriptor, 1, 4, 6, 48
- Suspensión, 12, 13, 45, 48
  - Suspensión (HCTC), 41
  
- Tamaño de familia, 4, 6, 8, 9, 12, 46
- Tarjetas de identificación, 15, 20
- Terapia física, 3, 23, 28, 35
- Terceros, 13, 15, 24, 25
  - Terceros (HCTC), 41, 42
- Trabajador de cuidado personal, 3
- Trasplante de órgano, 22, 29, 35, 38
- Tutela, 2, 46
  
- Vademécum, 31, 32, 34, 46
- Visión, 3, 26, 45



**Basic Health™**

**Washington State Health Care Authority**

**Basic Health**

PO Box 42683

Olympia, WA 98504

HCA 22-405 SP (10/11)