



Form CCP Figure 1

TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE
 REQUIRED DISCLOSURE NOTICE FOR ALL INDIVIDUAL HMO CONSUMER CHOICE BENEFIT
 PLANS ISSUED IN TEXAS

As required by 28 TAC §21.3530, I have been informed that the Consumer Choice Standard Benefit Plan that I am purchasing does not include all state mandated health insurance benefits. I understand that the following benefits are provided at a reduced level from what is mandated, or are excluded completely from the plan:

Mandated Benefit Description	Benefit Reduced	Benefit Excluded
<p>COPAYMENTS Section 11.506(2)(A), Subchapter F, Title 28 Texas Insurance Code: A reasonable copayment option may not exceed 50 percent of the total cost of services provided. A basic service HMO may not impose copayment charges on any enrollee in any calendar year, when the copayments made by the enrolled in that calendar year total two hundred percent of the total annual premium cost which is required to be paid by or on behalf of that enrollee.</p>	<p>For some services and supplies, this plan may include cost-sharing that exceeds the limits imposed by the mandated.</p>	
<p>DEDUCTIBLES Section 11.506(2)(B), Subchapter F, Title 28 Texas Insurance Code: A deductible shall be for specific dollar amount of the cost of the basic, limited or single health care service. An HMO shall charge a deductible only for services performed out of the HMO's service area or for services performed by a physician or provider who is not in the HMO's delivery network.</p>	<p>Deductibles may apply to some services provided by HMO Participating Providers in the HMO service area. Deductibles may apply to Professional Services, Inpatient Hospital Services, Outpatient Facility Services, Routine Lab and X-Ray Services, Diagnostic Scans (MRI, CT & PET), Non-Preventive Testing, Surgical Procedures in Physician Office, Therapy Services, Maternity Care and Family Planning, Behavioral Health Services, Emergency and Ambulance Services, Home Health Care Services, Medical Supplies, Hospice Care, Pain Management, Dialysis Services, Organ Transplant Services, Home Infusion Medications, Internal Implantable Devices, Amino Acid-Based Elemental Formulas, Limited Accidental Dental Care, Allergy Care, Diabetes Care, Prosthetic Appliances, Orthotic Devices, Durable Medical Equipment, Hearing Aids and Prescription Drugs.</p>	
<p>LIMITATIONS Section 11.508 (d) Subchapter F, Title 28 Texas Insurance Code: A state-mandated health benefit plan defined in §11.2(b) of this title (relating to Definitions) shall provide coverage for the basic health care services as described in subsection (a) of this section, as well as all state-mandated benefits as described in §§21.3516 - 21.3518 of this title (relating to State-mandated Health Benefits in Individual HMO Plans, State-mandated Health Benefits in Small Employer HMO Plans, and State-mandated Health Benefits in Large Employer HMO Plans), and must provide the services without limitation as to time and cost, other than those limitations specifically prescribed in this subchapter.</p>	<p>Benefit limits will apply to coverage for Therapy Services and Skilled Nursing Facility.</p>	

This HMO Consumer Choice Health Benefit Plan may include requirements and/or restrictions on deductibles, coinsurance, copayments, or annual or lifetime maximum benefit amounts that differ from other HMO plans.

I understand that I may obtain additional information on Consumer Choice Health Benefit Plans, either by visiting the TDI website at www.tdi.texas.gov/consumer/index.html, or by calling 1-800-252-3439.

Signature of Applicant _____

Name of Applicant _____

Name of Business (if applicable) _____

Address _____

City/State/Zip _____

Date _____

NOTE: This form must be retained by the carrier issuing the policy and must be provided to the Commissioner of Insurance upon request. **You have the right to a copy of this written disclosure statement free of charge.** A new form must be completed upon each subsequent renewal of this policy.



Figura 1 del Formulario CCP

**DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS
 AVISO DE DIVULGACIÓN REQUERIDO PARA TODOS LOS BENEFICIOS DE HMO INDIVIDUAL
 DE ELECCIÓN DEL CONSUMIDOR
 PLANES EMITIDOS EN TEXAS**

Tal como lo requiere la 28 TAC §21.3530, se me ha informado que el Plan de Beneficios Estándar de Elección del Consumidor que estoy comprando no incluye todos los beneficios de seguro de salud requeridos por el estado. Entiendo que los siguientes beneficios se prestan a un nivel más bajo que el nivel requerido, o están excluidos por completo del plan:

Descripción de los Beneficio Requeridos	Beneficios Reducidos	Beneficios Excluidos
<p>COPAGOS Sección 11.506 (2) (A), Subcapítulo F, Título 28 Código de Seguros de Texas: una opción razonable de copago no puede superar el 50 por ciento del costo total de los servicios prestados. Una HMO de servicios básicos no puede cobrar gastos de copago a ninguna persona inscrita en un año calendario, cuando los copagos realizados por el inscrito en ese año calendario ascienden a un total de doscientos por ciento del costo total de la prima anual que se requiere que se pague por o en nombre de esa persona inscrita.</p>	<p>Para algunos servicios y suministros, este plan puede incluir el costo compartido que exceda los límites impuestos por lo requerido.</p>	
<p>DEDUCIBLES Sección 11.506 (2)(B), Subcapítulo F, Título 28 Código de Seguros de Texas: un deducible será por la cantidad específica de dólares del costo del servicio de atención médica básico, limitado o único. Una HMO cobrará un deducible sólo por los servicios realizados fuera del área de servicio de la HMO o por servicios realizados por un médico o proveedor que no pertenece a la red de prestación de la HMO.</p>	<p>Pueden aplicarse deducibles a algunos servicios prestados por proveedores participantes de la HMO en el área de servicio de la HMO. Pueden aplicarse deducibles a los Servicios Profesionales, Servicios para Pacientes Hospitalizados, Servicios para Pacientes Ambulatorios, Servicios de Laboratorio y Radiografías de rutina, Estudios de Diagnóstico (Resonancia Magnética, Tomografía Computarizada y Tomografía por Emisión de Positrones), Pruebas No Preventivas, Procedimientos Quirúrgicos en el Consultorio del Médico, Servicios Terapéuticos, Atención Maternal y Planificación Familiar, Servicios de Salud Conductual, Servicios de Emergencia y Ambulancia, Servicios de Atención Médica en el Hogar, Suministros Médicos, Cuidado de Hospicio, Manejo del Dolor, Servicios de Diálisis, Servicios de Trasplante de Órganos, Medicamentos de Infusión en el Hogar, Dispositivos Internos Implantables, Fórmulas Básicas a Base de Aminoácidos, Atención Odontológica Limitada por Accidente, Atención de la Alergia, Atención de la Diabetes, Dispositivos Protésicos, Dispositivos Ortopédicos, Equipo Médico Duradero, Audífonos y Medicamentos Recetados.</p>	

Descripción de los Beneficio Requeridos	Beneficios Reducidos	Beneficios Excluidos
<p>LIMITACIONES Sección 11.508 (d), Subcapítulo F, Título 28 Código de Seguros de Texas: un plan de beneficios de salud requerido por el estado definido en §11.2 (b) de este título (relacionado a Definiciones) proporcionará cobertura de los servicios básicos de salud como se describe en el inciso (a) de esta sección, así como todos los beneficios requeridos por el estado como se describe en §§21.3516 - 21.3518 de este título (relacionado a Beneficios para la Salud requeridos por el Estado en los Planes Individuales de HMO, Beneficios para la Salud Requeridos por el Estado en los Planes HMO para Pequeños Empleadores y Beneficios para la Salud Requeridos por el Estado en los planes HMO para Grandes Empleadores), y debe proporcionar los servicios sin limitación de tiempo y costo, que no sean las limitaciones prescritas específicamente en este subcapítulo.</p>	<p>Los límites de los beneficios se aplicarán a la cobertura de Servicios Terapéuticos e Instalaciones de Enfermería Especializada.</p>	

Este Plan de Beneficios de Salud HMO de Elección del Consumidor puede incluir requisitos y/o restricciones a los deducibles, coaseguros, copagos o cantidades máximas anuales o de por vida de los beneficios que difieren de otros planes HMO.

Entiendo que puedo obtener información adicional sobre los Planes de Beneficios de Salud de Elección del Consumidor, ya sea visitando el sitio del TDI www.tdi.texas.gov/consumer/index.html, o llamando al 1-800-252-3439.

Firma del Solicitante _____

Nombre del Solicitante _____

Nombre de la Empresa (si corresponde) _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Fecha _____

Nota: Este formulario debe ser retenido por el portador que emite la póliza y se debe proporcionar al Comisionado de Seguros bajo petición. **Usted tiene el derecho a recibir una copia de esta declaración escrita de forma gratuita.** Se debe completar un nuevo formulario en cada renovación subsiguiente de esta póliza.