

Como ocurre con cualquier plan de seguro, hay algunos servicios y tratamientos que tienen límites de cobertura o que no están cubiertos. Por ejemplo, los procedimientos de experimentación no suelen estar cubiertos. Este documento describe lo que no cubre su plan médico.

Nota: Su póliza contiene una explicación completa de los beneficios, incluyendo las limitaciones y exclusiones. Solamente los términos de la póliza son legalmente vinculantes.

La siguiente es una lista completa de los servicios y tratamientos que no están cubiertos por nuestros planes médicos.

- Abdominoplastia para cualquier indicación.
- Entrenamiento en habilidades académicas.
- Cuidados agudos o de rehabilitación y pruebas de diagnóstico, excepto según lo especificado como Servicio Cubierto en esta póliza.
- Programas de tratamiento en la naturaleza para adolescentes.
- Actividades atléticas – Cualquier lesión como resultado de competir o practicar para una competencia atlética profesional.
- Biorretroalimentación (a excepción de lo indicado específicamente en la sección de Servicios Cubiertos de nuestro Manual del Miembro).
- Cargos por consultas telefónicas, citas perdidas, visitas de familiarización, llenado de formularios de reclamación o reportes que PacificSource necesite para procesar las reclamaciones, a menos de que se hayan contratado con el proveedor.
- Gastos que sean responsabilidad de un tercero que pueda haber causado la enfermedad o lesión o de otras aseguradoras que cubran el incidente (tales como las aseguradoras del seguro de compensación del trabajador y las aseguradoras de bienes o automóviles sin adjudicación de culpa).
Para obtener más información, consulte la sección de Responsabilidad de Terceras Personas de su Manual del Miembro.
- Terapia de quelación, incluyendo las infusiones asociadas de vitaminas y/o minerales, excepto cuando sea médicamente necesario para el tratamiento de ciertos padecimientos médicos y toxicidades por metales pesados médicamente significativas.
- Equipo electrónico o de cómputo para el monitoreo de asmáticos, padecimientos médicos similares o datos relacionados.
- Servicios y suministros cosméticos/reconstructivos – Servicios y suministros (incluyendo medicamentos) proporcionados principalmente para propósitos cosméticos/reconstructivos y cualquier complicación que resulte de una cirugía cosmética/reconstructiva no cubierta. Los servicios y suministros cosméticos/reconstructivos son aquellos que se realizan principalmente para mejorar el aspecto del cuerpo y no principalmente para restaurar la función dañada del cuerpo, a menos de que el área que necesita el tratamiento sea resultado de una anomalía congénita o de disforia de género.
- Entrevistas de detección o programas de tratamiento de drogas o alcohol por orden de un tribunal.
- Programas de tratamiento de delincuentes sexuales por orden de un tribunal.
- Cuidados diurnos o de custodia, incluyendo los cuidados no especializados y la asistencia con las actividades de la vida diaria, a excepción de lo especificado anteriormente en conjunto con los cuidados de salud en el hogar o los cuidados de hospicio.
- Exámenes y tratamientos dentales para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades o padecimientos de los dientes y los tejidos o estructuras de soporte, incluyendo el tratamiento que restaura la función de los dientes.
- Servicios educativos, correccionales o de vida protegida prestados por una escuela o centro de reinserción social, excepto los servicios ambulatorios que se reciban al vivir temporalmente en un centro de acogida o refugio.
- Abortos electivos. Para obtener más información, consulte el rubro "Aborto Electivo" en la sección de Definiciones de su Manual del Miembro.
- Equinoterapia/terapia con animales.
- Equipos comúnmente utilizados para propósitos no médicos y/o comercializados al público en general.
- Equipos utilizados principalmente en actividades atléticas o recreativas. Esto incluye equipos de ejercicio para estiramiento, acondicionamiento, fortalecimiento o alivio de problemas musculoesqueléticos.
- De experimentación, de investigación o no comprobados – Esta póliza no cubre servicios, suministros, protocolos, procedimientos, dispositivos, quimioterapia, fármacos o medicamentos ni el uso de los mismos cuando sea para propósitos de experimentación, de investigación o no comprobados para el diagnóstico y tratamiento del miembro.
Esta limitación también excluye los tratamientos que todavía no hayan recibido el apoyo de compendios reconocidos (por ejemplo, UpToDate, Lexicomp, FDA) por cuestiones que no sean de experimentación, de investigación, no comprobados o para pruebas clínicas; que no sean una práctica médica generalmente aceptada en el estado de emisión de su póliza o según la determinación de los asesores médicos, las asociaciones médicas y/o los recursos tecnológicos; que no estén aprobados para su reembolso por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; que se proporcionen en relación con una investigación médica o de otro tipo; o que sean considerados por cualquier agencia o subdivisión gubernamental como de experimentación, de investigación, no comprobados, no razonables, no necesarios o cualquier otra determinación similar.

Si usted o su proveedor tienen alguna duda sobre la cobertura de un tratamiento específico, le recomendamos que se ponga en contacto con nuestro equipo de Servicio al Cliente. Organizaremos la revisión médica de su caso de acuerdo con nuestros criterios y le notificaremos si se cubrirá o no el tratamiento propuesto.

- Exámenes de los ojos (preventivos) para miembros de 19 años o mayores.
- Ejercicios de los ojos y refracción, terapia o procedimientos oculares.
- Anteojos/lentes de contacto para miembros de 19 años o mayores – Adaptación, suministro o reemplazo de anteojos, lentes, armazones, lentes de contacto o dispositivos de ayuda para la visión deficiente cuyo propósito sea corregir defectos de refracción.
- Ortóptica ocular, terapia visual y procedimientos para corregir los defectos de refracción.
- Programas de ejercicio o acondicionamiento físico y membresías a clubes de salud o acondicionamiento físico.
- Cuidado de los pies (de rutina) – Servicios y suministros para callos y callosidades de los pies, padecimientos de las uñas de los pies que no sean infecciones, hipertrofia o hiperplasia de la piel en los pies y otros cuidados de rutina de los pies, excepto en el caso de los miembros que estén recibiendo un tratamiento para la diabetes mellitus.
- Aparatos auditivos, incluyendo la adaptación, el suministro o el reemplazo de aparatos auditivos.
- Medicinas homeopáticas o suministros de homeopatía.
- Hipnoterapia, excepto en el tratamiento de enfermedades de salud mental.
- Vacunas (inmunizaciones) cuando se recomiendan para la exposición al viajar o trabajar, o bien, en previsión de dichas actividades.
- Infertilidad – Servicios y suministros para inseminación artificial, fecundación in vitro, tratamiento de la infertilidad, disfunción eréctil, disfunción sexual o cirugía para revertir la esterilización voluntaria. Servicios y suministros, estudios de laboratorio de diagnóstico y radiografías, cirugías, tratamientos o medicamentos de prescripción para diagnosticar, prevenir o curar la infertilidad o para inducir la fertilidad (incluyendo la transferencia intrafalopiana de gametos y/o cigotos, tal como GIFT o ZIFT).
- Cuidados de custodia para pacientes internos o externos; o servicios para pacientes internos o externos que consistan principalmente en terapia educativa, modificación de la conducta, autocuidado o capacitación para la autoayuda, excepto cuando se especifique como un Servicio Cubierto en esta póliza.
- Programas instructivos o educativos, excepto los Programas Nacionales de Prevención de la Diabetes y los programas de autocontrol de la diabetes cuando sean médicamente necesarios.
- Mandíbula – Procedimientos, servicios y suministros para anomalías degenerativas o del desarrollo de la cabeza y la cara que pueden sustituirse con tejido vivo; servicios y suministros que no controlen o eliminen el dolor o la infección o que no restauren funciones tales como el habla, la deglución o la masticación; procedimientos cosméticos y procedimientos para mejorar el rango normal de funciones; y dentaduras, dispositivos protésicos para el tratamiento de afecciones de la articulación temporomandibular (TMJ) y laringe artificial. (Esto no incluye los servicios para anomalías congénitas, tal y como se definen en la sección de Definiciones de su Manual del Miembro).
- Cirugía de la mandíbula – Tratamiento de la maloclusión de la mandíbula, incluyendo los servicios para la articulación temporomandibular (TMJ), luxaciones anteriores e internas, desarreglos y síndrome de dolor miofascial, ortodondia o aparatos relacionados con la ortodondia, o mejoramiento de la colocación de dentaduras e implantes dentales. (Esto no incluye los servicios para anomalías congénitas, tal y como se definen en la sección de Definiciones de su Manual del Miembro).
- Trastornos del aprendizaje.
- Suministros y equipos de mantenimiento no exclusivos para los cuidados médicos.
- Masajes o terapia de masajes, incluso como parte de un programa de terapia física.
- Colchones y cubrecolchones, a menos de que sean médicamente necesarios para curar úlceras por presión.
- Tratamientos de salud mental para padecimientos definidos en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, que no sean atribuibles a un trastorno o enfermedad de salud mental.
 - La cobertura de enfermedad mental no incluye – Problemas de relación (por ejemplo, entre padres e hijos, pareja, hermanos u otros problemas de relación), excepto el tratamiento de niños de cinco años de edad o menos por problemas de relación entre padres e hijos, abuso físico de un niño, abuso sexual, abandono de menores o duelo.
 - A menos de que sea médicamente necesario, quedan excluidos los siguientes: clases de educación sobre desvío y/o trastornos por consumo de sustancias que sean requeridas por los tribunales; evaluaciones psicológicas requeridas por los tribunales para determinar la custodia de los hijos ; grupos voluntarios de apoyo mutuo como Alcohólicos Anónimos; exámenes mentales con el fin de adjudicar derechos legales; pruebas y evaluaciones psicológicas no proporcionadas como complemento al tratamiento o diagnóstico de un trastorno de salud mental; control del estrés, habilidades para la crianza de los hijos o educación familiar; y entrenamiento sobre la asertividad.
- Modificaciones a vehículos o estructuras para prevenir, tratar o adaptarse a una condición médica.
- Análisis del movimiento, incluyendo la grabación en vídeo y la cinemática tridimensional, electromiografía dinámica de superficie y de hilo fino, además de la revisión del proveedor de salud.
- Suministros de naturopatía.
- Tratamiento de trastornos relacionados con la nicotina, distintos a los cubiertos a través de los servicios del Programa para Dejar el Tabaco.
- Recién nacido no dependiente – Para propósitos de esta póliza, un recién nacido no se considerará como dependiente elegible si el miembro ha suscrito un contrato u otro acuerdo bajo el cual cede el recién nacido a los padres previstos al nacer.
- Obesidad o control de la reducción del peso – Cirugía, otros servicios relacionados, medicamentos o suministros proporcionados para el control de la reducción del peso o la obesidad (incluyendo todas las categorías de obesidad), cuando no sean médicamente necesarios para controlar otras condiciones médicas que sean elegibles para los Servicios Cubiertos y los métodos no quirúrgicos no hayan tenido éxito en el tratamiento de la obesidad. Esto también incluye los servicios o suministros utilizados para la pérdida de peso, como los programas de suplementación alimentaria y los programas de modificación del comportamiento, así como los programas de autoayuda o entrenamiento para el control de la reducción del peso. Se cubren las pruebas de detección de la obesidad y la asesoría para niños y adultos. Para obtener más información, consulte el rubro de asesoría dietética o nutricional en la sección Profesional de su Manual del Miembro.
- Cirugía ortognática – Servicios y suministros para aumentar o reducir el tamaño del maxilar superior o inferior, excepto para tratar una lesión accidental o para la extirpación de un tumor maligno, incluyendo la reconstrucción de la mandíbula.

- Zapatos ortopédicos, zapatos para diabéticos y modificaciones al calzado.
- Manipulación osteopática, excepto para el tratamiento de los trastornos del sistema musculoesquelético.
- Medicamentos de venta libre o sin receta (prescripción), a menos de que estén incluidos en su Lista de Medicamentos o se incluyan como un Servicio Cubierto en esta póliza. No aplica a los productos para dejar el tabaco que estén cubiertos por los lineamientos del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).
- Paniclectomía (extirpación del panículo o exceso de piel de la parte inferior del abdomen) por cualquier indicación.
- Parafilias.
- Artículos personales como teléfonos, televisores y comidas de acompañantes durante la estancia en un hospital u otro centro para pacientes internos.
- Exámenes físicos o de la vista que se requieran para propósitos administrativos, como la participación en actividades deportivas, la admisión a la escuela o por un empleador.
- Servicio privado de enfermería.
- Programas que enseñan a una persona a utilizar equipos médicos, a cuidar de sus familiares o a autoadministrarse medicamentos o nutrición, a excepción del beneficio de educación para diabéticos.
- Psicoanálisis o psicoterapia recibidos como parte de un programa educativo o de entrenamiento, independientemente del diagnóstico o de los síntomas que puedan estar presentes.
- Terapia recreativa para pacientes externos.
- Rehabilitación – Evaluaciones de la capacidad funcional, programas de refuerzo del trabajo, rehabilitación vocacional, servicios de reintegración en la comunidad, evaluaciones de la conducción y programas de entrenamiento de conductores, excepto cuando sean médicamente necesarios para la restauración o mejora del habla después de una lesión cerebral traumática o para miembros diagnosticados con un trastorno del espectro autista.
- Costos de reemplazo de equipos médicos duraderos debido al desgaste o a un daño o que podrían reemplazarse sin efectuar un gasto bajo la garantía u otro acuerdo.
- Cuidados programados y/o que no sean de emergencia fuera de los Estados Unidos.
- Pruebas de detección – Servicios y suministros, incluyendo exámenes de imagenología y detección, que se realicen para propósitos de detección solamente y no se relacionen con diagnósticos específicos y/o signos y síntomas de enfermedad o de anomalías en pruebas anteriores (incluyendo las pruebas de imagen por tomografía computarizada de todo el cuerpo, la colonografía por tomografía computarizada y las pruebas de densidad ósea, entre otras). Esto no incluye las pruebas de detección de cuidados preventivos que aparecen enlistadas en la sección de Servicios de Cuidados Preventivos.
- Programas de autoayuda sobre la salud o de instrucción o entrenamiento.
- Entrenamiento para la integración sensorial.
- Servicios por los que normalmente no se cobre a falta de un seguro.
- Servicios o suministros cubiertos por cualquier póliza o programa establecido por un gobierno o subdivisión política nacional o del extranjero, a menos de que dicha exclusión esté prohibida por la ley.
- Servicios o suministros no incluidos en la lista de Servicios Cubiertos, a menos de que los requiera la ley federal o estatal.
- Servicios o suministros sin costo o por los cuales el miembro no esté legalmente obligado a pagar o un proveedor o una institución no estén autorizados a prestar, aún si el servicio o suministro pudiera ser elegible de otro modo. Esta exclusión incluye los servicios prestados por el miembro o por cualquier profesional certificado que esté directamente emparentado con el miembro por consanguinidad o matrimonio.
- Servicios requeridos por la ley estatal como condición para mantener una licencia de conducir válida o una licencia de conducir comercial.
- Servicios, suministros y equipos que no intervengan en el diagnóstico o tratamiento, sino que se proporcionen principalmente para la comodidad, conveniencia o alteración del entorno físico o la educación de un paciente. Esto incluye aparatos como camas eléctricas ajustables que se vendan como mobiliario, aires acondicionados, purificadores de aire, humidificadores de habitaciones, almohadillas térmicas y de enfriamiento, equipos caseros para el monitoreo de la presión arterial, cajas de luz, medios de transporte distintos a las sillas de ruedas convencionales, bañeras de hidromasaje, tinas de hidromasaje (spas), saunas, lámparas de calor, lámparas de bronceado y almohadas.
- Trastornos sexuales – Servicios o suministros para el tratamiento de disfunciones o insuficiencias sexuales. Para conocer las disposiciones relacionadas, consulte los rubros de infertilidad y salud mental en esta sección.
- Entrenamiento de aptitudes sociales.
- Grupos de apoyo.
- Articulación temporomandibular (TMJ) – Servicios, medicamentos o tratamientos para el dolor miofascial asociado, incluyendo la terapia física u orofacial. Asesoría o tratamientos, incluyendo la terapia física u orofacial, que se relacionen directa o indirectamente con la disfunción de la articulación temporomandibular, el dolor miofascial o cualquier aparato relacionado. Para conocer las disposiciones relacionadas, consulte los rubros de cirugía maxilar y ortognática en esta sección y en la sección de Servicios Profesionales de su Manual del Miembro.
- Trasplantes – Cualquier servicio, tratamiento o suministro para el trasplante de células madre o de cualquier órgano o tejido del cuerpo humano, a excepción de lo dispuesto expresamente en las disposiciones de esta póliza para los gastos de trasplante cubiertos.
- Tratamientos después de la terminación del seguro – Servicios o suministros que reciba un miembro una vez que termine su cobertura bajo esta póliza, a excepción de lo siguiente:
 - (Grupos pequeños solamente: Si un miembro del plan está embarazada y no es elegible para cualquier otra cobertura de grupo de reemplazo en un plazo de 60 días, las beneficios de maternidad de este plan pueden continuar durante un máximo de 12 meses. En ese caso, PacificSource proporcionará beneficios de maternidad en la medida en que estén cubiertos en este plan hasta por 12 meses después de la discontinuación del plan.
 - Si el miembro está totalmente discapacitado, es posible que la cobertura continúe hasta por 12 meses. PacificSource continuará proporcionando beneficios para los gastos cubiertos relacionados con padecimientos discapacitantes hasta que el miembro ya no esté totalmente discapacitado, se hayan pagado los beneficios máximos del plan o se haya discontinuado la cobertura del plan durante 12 meses).

- Tratamientos que no sean médicamente necesarios – Servicios o suministros que no sean médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.
- Tratamiento de cualquier enfermedad o lesión relacionada con un acto o una ocupación ilegal o con la participación en un delito grave.
- Tratamiento de cualquier enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, a excepción de lo descrito en los rubros de Enfermedades o Lesiones en el Trabajo o Compensación del Trabajador.
- Tratamiento de la discapacidad intelectual, tal como se define en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. El término discapacidad intelectual se refiere a una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y el comportamiento adaptativo, lo cual abarca muchas habilidades sociales y prácticas cotidianas.
- Tratamientos previos a la inscripción.
- Negarse a proporcionar información – Cargos por servicios o suministros por los cuales el miembro no esté dispuesto a proporcionar la información médica o de elegibilidad necesaria para determinar los beneficios cubiertos por esta póliza.
- Padecimientos relacionados con la guerra – El tratamiento de cualquier padecimiento causado o derivado de un acto de guerra, una invasión armada o durante el servicio en las fuerzas armadas, a menos de que no esté cubierto por la cobertura militar o de veterano del miembro del plan.
- Algunos medicamentos requieren una autorización previa (PA). Visite nuestro sitio web para conocer una lista actualizada de los medicamentos que requieren de una autorización previa, junto con todos los requisitos aplicables.
- Ciertos medicamentos están sujetos a protocolos de terapia escalonada (ST), lo que significa que podemos requerir que usted pruebe un medicamento previo antes de pagar el medicamento solicitado. Visite nuestro sitio web para consultar una lista actualizada de los medicamentos que requieren una terapia escalonada, junto con todos los requisitos aplicables.
- Algunos medicamentos tienen límites de cantidad (QL), lo que significa que por lo general no pagaremos las cantidades que excedan los límites establecidos. Visite nuestro sitio web para consultar una lista actualizada de los medicamentos que requieren de límites en las cantidades, junto con todos los requisitos aplicables.
- En la mayoría de los medicamentos de prescripción, usted sólo podrá volver a surtir su receta una vez que consuma el 75% del suministro que recibió anteriormente. Esto se calcula en base al número de días transcurridos desde que recibió el último suministro y de los días de suministro ingresados por la farmacia. PacificSource no aprobará el resurtido de medicamentos antes de tiempo, excepto en las siguientes circunstancias:
 - La solicitud sea para resurtir soluciones o geles para los ojos, mismos que podrán resurtirse una vez que el miembro consuma el 70% del suministro que recibió anteriormente.
 - El miembro estará de vacaciones en un lugar donde no haya un acceso razonable a una farmacia de la red para resurtir su medicamento mientras esté de vacaciones.

Cualquier resurtido de medicamentos antes de tiempo estará sujeto a la compartición de costos estándar y se autorizará caso por caso. Los farmacéuticos pueden aprobar el resurtido de gotas para los ojos antes de tiempo, tal y como lo requiere la ley.

Exclusiones aplicables a los medicamentos de prescripción

- Esta póliza sólo cubre los medicamentos prescritos por proveedores de salud elegibles que prescriban dentro del ámbito de sus licencias profesionales. Esta póliza no cubre lo siguiente:
 - Medicamentos utilizados para tratar cualquier padecimiento excluido por la póliza médica.
 - Algunos medicamentos especializados que no son auto-administrados no están cubiertos por este beneficio de medicamentos de prescripción, pero sí están cubiertos por el beneficio de suministros de consultorio de la póliza médica. Para consultar una lista de los medicamentos cubiertos por su beneficio médicos que pudieran requerir de una autorización previa, por favor consulte la tabla de autorización médica en nuestro sitio web, Authgrid.PacificSource.com (seleccione la línea de negocio Comercial).
 - Algunas vacunas (inmunizaciones) pueden estar cubiertas por su beneficio médico o de farmacia. Las vacunas cubiertas por el beneficio de farmacia incluyen: influenza, hepatitis B, herpes zóster (culebrilla) y neumococo, entre otras. La mayoría de las demás vacunas deben ser suministradas por su proveedor de salud como parte de su beneficio médico.
 - Algunos medicamentos y todos los dispositivos para tratar la disfunción eréctil o sexual, a menos de que se definan en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
 - Medicamentos utilizados como medidas de prevención contra los riesgos de un viaje.
 - Vitaminas, minerales y suplementos dietéticos, a excepción de las vitaminas prenatales prescritas y los productos de fluoruro, así como los medicamentos que tengan una clasificación de 'A' o 'B' según el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF); es posible que apliquen restricciones.

Renovabilidad de las pólizas individuales

Esta póliza es de renovación garantizada con respecto a todos los miembros a opción del titular de la póliza, excepto en los siguientes casos:

- Debido a la falta de pago de la prima requerida. El aviso de cancelación por falta de pago de las primas se enviará por correo en un plazo de 15 días a partir de la fecha de vencimiento de la prima no pagada correspondiente a ese periodo;
- Por fraude o tergiversación intencional de un hecho material por parte del asegurado;
- Cuando PacificSource deje de ofrecer o renovar todas sus pólizas de beneficios de salud individuales en el estado de emisión o en un área específica del estado. La discontinuación de todas las pólizas de beneficios individuales está sujeta a una notificación con al menos 180 días de anticipación a la discontinuación de las pólizas;
- Cuando PacificSource deje de ofrecer o renovar esta póliza en el estado de emisión debido a la imposibilidad de llegar a un acuerdo con los proveedores o con una organización de proveedores para prestar servicios dentro del área de servicio según lo dispuesto en la póliza. La discontinuación de esta póliza está sujeta a una notificación con al menos 90 días de anticipación a la discontinuación;

- Si el Departamento de Seguros considera que la renovación no sería en el mejor interés del miembro o afectaría la capacidad que tiene PacificSource de cumplir con sus obligaciones contractuales;
- Cuando el miembro deje de vivir o residir en el estado de emisión o en los condados donde se ofrece el producto y la terminación de la cobertura no se relacione con el estado de salud de cualquier miembro; o
- Cuando el titular de la póliza rescinda la póliza en cualquier fecha de pago de las primas dando aviso por escrito con 15 días de anticipación.

- Si PacificSource decide dejar de ofrecer un plan de beneficios por cualquier motivo, se enviará una notificación al titular de la póliza en un plazo de 90 días a partir de la discontinuación del plan.
- Cuando el titular de la póliza rescinda la póliza en cualquier fecha de pago de las primas dando aviso por escrito a PacificSource con 30 días de anticipación.

Renovabilidad de las pólizas de grupos pequeños

- Renovación de la póliza. Esta póliza es renovable con respecto a todos los miembros elegibles a opción del titular de la póliza, a menos de que:
 - El titular de la póliza no pague la prima requerida. La fecha de terminación es el último día del último mes por el que se pagó la prima.
 - El titular de la póliza (cuando se trate de la cobertura de los miembros individuales) o el representante del titular de la póliza o del miembro comete fraude o realiza una tergiversación intencional de un hecho material prohibido por los términos de este plan.
 - La cantidad de miembros es menor al número o porcentaje de empleados elegibles que requieren los requisitos de participación de la póliza.
 - El titular de la póliza no contribuye las primas mínimas requeridas del empleador.
 - PacificSource decide no renovar todos sus planes de beneficios ofrecidos o emitidos en el mercado de grupos pequeños de su estado, siempre y cuando se cumplan todas las condiciones siguientes:
 - La decisión se notifique con anticipación al Departamento de Seguros y a todos los titulares de las pólizas; y
 - La decisión se notifique a todos los titulares de las pólizas al menos 180 días antes de la no renovación de cualquier plan.
 - El empleador ya no cumpla con la definición de pequeño empleador.
 - El Departamento de Seguros considera que la continuación de la cobertura de esta póliza no sería en el mejor interés de los miembros o afectaría la capacidad que tiene PacificSource de cumplir con sus obligaciones contractuales.
 - En el caso de un plan de beneficios de grupo que proporcione servicios cubiertos a través de una red específica de proveedores, ya no haya algún miembro que viva, resida o trabaje en el área de servicio de la red de proveedores.
 - En el caso de un plan de beneficios que se ofrezca únicamente en el mercado de seguros de grupo a través de una o varias asociaciones de buena fe, la membresía de un empleador en la asociación se dé por terminada y la terminación de la cobertura no esté relacionada con el estado de salud de ningún miembro.

Divulgación de prácticas relacionadas con las primas y garantías

a. Cómo se determinan las primas

Su prima se determina en base a los beneficios que usted seleccione, la ubicación geográfica y la edad de las personas cubiertas por la póliza. Cualquier aumento de la prima por renovación se debe a los cambios en la edad y a cualquier incremento aprobado por el Departamento de Seguros.

b. Garantía de la prima

Garantizamos la prima inicial hasta su próxima fecha de renovación. Su prima puede cambiar si usted cambia sus beneficios al momento de la renovación.