



BLUE Connect

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD
GRUPAL HMO PUNTO DE SERVICIO



Una subsidiaria de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y una licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

131HR 01323S 0122R



¡Gracias por elegirnos!

Es un placer para mí darle la bienvenida a su nuevo plan. Si está renovando su plan, ¡bienvenido nuevamente! Nos honra que haya escogido a la Cruz y al Escudo para cubrir sus necesidades de seguro de salud. Por favor, lea este folleto para obtener información importante sobre su plan y cómo funciona. Si tiene preguntas, estamos aquí para ayudarle. Simplemente llame al número que figura en su tarjeta de identificación y haremos todo lo que esté a nuestro alcance para ayudarle.

Con mis mejores deseos,

Dr. I. Steven Udvarhelyi
Presidente y Director Ejecutivo

LEY DE LOS DERECHOS DE LA MUJER SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER (WCHRA) AVISO DE INSCRIPCIÓN PARA TODOS LOS AFILIADOS CON COBERTURA

Si le han realizado o le realizarán una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de los Derechos de la mujer sobre la Salud y el Cáncer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las personas que reciben beneficios relacionados a una mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- todas las etapas de reconstrucción del seno en la que se ha realizado la mastectomía o reconstrucción de ambos senos si se ha realizado una mastectomía bilateral;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; incluyendo, entre otros, mastectomía profiláctica contralateral, liposucción para transferencia a un seno reconstruido o para reparar una deformidad en el lugar de donde se realizó la extracción, el tatuaje de la areola del seno, ajustes quirúrgicos del seno no mastectomizado, complicaciones médicas imprevistas que pueden requerir una reconstrucción adicional en el futuro;
- prótesis; y
- tratamiento de las complicaciones físicas de todas las fases de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Ciertas supervivientes de cáncer del seno tienen derecho a realizarse exámenes anuales preventivos de detección de cáncer, como parte de la atención de supervivencia a largo plazo. Usted puede realizarse estos exámenes si:

- le han diagnosticado previamente cáncer de seno;
- completó el tratamiento para cáncer de seno;
- se sometió a una mastectomía bilateral; y
- posteriormente se determinó que estaba libre de cáncer.

Estos beneficios se proporcionarán de la manera que se determine en consulta con el médico y la paciente, y estarán sujetos a los mismos deducibles, coaseguros y copagos aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados conforme a este plan.

La información sobre las cantidades específicas de deducible, coaseguro o copago del plan se encuentra en el Esquema de Beneficios.

Si usted tiene preguntas acerca de este aviso o acerca de la cobertura que aquí se describe, comuníquese con nuestro departamento de Servicio de Atención al Cliente al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

RED BLUE CONNECT PUNTO DE SERVICIO
PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE GRUPO

AVISOS

USTED PUEDE RECIBIR SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA DE LA RED BLUE CONNECT A TRAVÉS DE MÉDICOS DEL CENTRO QUE NO PERTENECEN A SU PLAN MÉDICO. USTED PUEDE SER RESPONSABLE DEL PAGO TOTAL O PARCIAL DE LOS CARGOS POR ESOS SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA RED, ADEMÁS DE LAS CANTIDADES CORRESPONDIENTES POR COPAGOS, COASEGUROS, DEDUCIBLES Y OTROS SERVICIOS NO CUBIERTOS.

PUEDE ENCONTRAR INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE LOS MÉDICOS QUE ATIENDEN EN EL CENTRO Y QUE PERTENECEN O NO A LA RED VISITANDO **ES.BCBSLA.COM** O LLAMANDO AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE QUE SE ENCUENTRA AL DORSO DE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.

LA PORCIÓN QUE EL AFILIADO PAGARÁ POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA SE BASARÁ EN EL ACUERDO ENTRE EL PLAN MÉDICO DEL AFILIADO Y EL PROVEEDOR DEL AFILIADO. BAJO CIERTAS CIRCUNSTANCIAS, ESTE ACUERDO PUEDE PERMITIR QUE EL PROVEEDOR DEL AFILIADO FACTURE AL AFILIADO CANTIDADES QUE NO SUPEREN LOS HABITUALES CARGOS FACTURADOS.

Tenga en cuenta que la ley federal prohíbe la facturación del saldo por parte de los Proveedores que no forman parte de la red y que prestan Servicios que no son de emergencia en los Centros de la red, a menos que se cumplan ciertos requisitos de notificación y consentimiento por parte de ciertos proveedores.

Basamos Nuestros pagos de Beneficios por los Servicios Cubiertos de un Afiliado en relación con una cantidad conocida como el Cargo Permitido. El Cargo Permitido depende del Proveedor específico del cual un Afiliado recibe los Servicios Cubiertos.

La toma de decisiones de Administración de Utilización se basa únicamente en la idoneidad y de los servicios, así como en la existencia de cobertura. En específico, la Compañía no recompensa a los médicos u otros individuos para que emitan denegaciones de cobertura. Los incentivos financieros para los responsables de la gestión de la utilización no fomentan las decisiones que dan lugar a la infrautilización.

La reconstrucción del seno está cubierta para una Afiliada que, debido a un cáncer de seno, se somete a una mastectomía parcial o una mastectomía completa unilateral o bilateral, según lo seleccione el Afiliado en consulta con el médico que lo atiende. Los servicios de este Beneficio están sujetos a cualquier cantidad de Copago, de Deducible y de Coaseguro.

Ciertas supervivientes de cáncer del seno tienen derecho a recibir exámenes anuales preventivos de detección de cáncer, como parte de la atención de supervivencia a largo plazo. Usted puede optar a estos exámenes si:

- a. le han diagnosticada previamente cáncer de seno;
- b. ha completado el tratamiento de cáncer de seno;
- c. se sometieron a una mastectomía bilateral; y
- d. se determinó posteriormente que no tenía cáncer.

Estos exámenes Cubiertos incluyen, entre otros, imágenes de resonancia magnética, ultrasonido o alguna combinación de pruebas, según lo determinado tras la consulta entre Usted y Su Médico del médico que le atiende. Los exámenes anuales de prevención de cáncer bajo este Beneficio estarán sujetos a cualquier cantidad de Copago, de Deducible y de Coaseguro.

La información importante relativa a este Plan se enviará a la dirección postal proporcionada por el Miembro en el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado. **Los Afiliados son responsables de mantener a HMO Louisiana, Inc. y al Grupo informados acerca de cualquier cambio en la dirección que figura en los registros.**

REQUISITO PARA SELECCIONAR A UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Esta cobertura requiere que Usted designe a un Médico de Atención Primaria. Tiene derecho a designar a cualquier Médico de Atención Primaria que participe en su Red y que esté disponible para aceptarlo a Usted o a los afiliados de Su familia. Uno le será designado hasta el momento que Usted haga esta designación. Para los niños, Usted puede designar a un pediatra como Médico de Atención Primaria. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un Médico de Atención Primaria y para obtener una lista de los Médicos de Atención Primaria en Su Red, visite es.bcbsla.com o llame al número de teléfono de Atención al Cliente que figura en Su tarjeta de identificación. Puede encontrar información adicional sobre la selección de Su PCP en la sección «Conozca los fundamentos de su cobertura» de esta póliza.

Usted no necesita autorización previa de Nuestra parte ni de ninguna otra persona (incluido un Médico de Atención Primaria) para obtener acceso directo a la atención ginecológica u obstétrica de un profesional de la salud de Su Red especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se le puede requerir al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, incluyendo la obtención de autorización previa para ciertos servicios. Para obtener una lista de los profesionales de la salud de la Red que se especializan en ginecología u obstetricia, visite es.bcbsla.com o llame al número de teléfono de Atención al Cliente que figura en Su tarjeta de Identificación.

BLUE CONNECT PUNTO DE SERVICIO
FORMULARIO DE MEDICAMENTOS CON RECETA

AVISOS

AVISO Y DIVULGACIÓN DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Este Plan de Beneficios cubre Medicamentos con Receta y utiliza un Formulario de Medicamentos con Receta que puede ser abierto o cerrado. Consulte Su Esquema de Beneficios para ver qué tipo de Formulario de Medicamentos con Receta le corresponde a Usted. Un Formulario de Medicamentos con Receta es una lista de Medicamentos con Receta cubiertos bajo este Plan de Beneficios. Dentro del Formulario de Medicamentos de venta con Receta, los medicamentos se agrupan en diferentes niveles que representan las cantidades variables de los costos compartidos. En general, los Medicamentos con Receta en los niveles más bajos le costarán a Usted menos que los medicamentos en los niveles más altos.

La información sobre Su formulario está disponible para Usted de varias maneras. La mayoría de los Miembros reciben Nuestra información accediendo la sección de farmacia desde Nuestro sitio web, es.bcbsla.com/pharmacy . Usted también puede ponerse en contacto con Nosotros a través del número de teléfono que figura en su Tarjeta de Identificación para consultar si algún medicamento específico está incluido en Su formulario. El hecho de que un Medicamento con Receta esté incluido en Su Formulario de Medicamentos con Receta no garantiza que Su Proveedor de atención médica que emite la receta le recetará el medicamento para una afección médica o enfermedad mental determinada.

FORMULARIO ABIERTO DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Con un formulario abierto, la Compañía incorpora automáticamente nuevos Medicamentos con Receta a Su cobertura tan pronto el fabricante lanza estos nuevos medicamentos a la venta.

Usted Nos puede presentar una Apelación por escrito si un Medicamento con Receta no está incluido en el formulario y Su Proveedor de atención médica ha determinado que ese medicamento es Medicamento Necesario para Usted. Esta póliza incluye instrucciones sobre cómo presentar una Apelación.

FORMULARIO CERRADO DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Un formulario cerrado significa que ciertos Medicamentos de Marca, Medicamentos Genéricos y Medicamentos Especializados están cubiertos cuando aparecen en el formulario. No se cubren los medicamentos que no aparecen en el formulario cerrado, también conocidos como medicamentos fuera del formulario.

Para los Medicamentos con Receta que no están incluidos en Nuestro Formulario de Medicamentos con Receta existe un proceso de evaluación de medicamentos. Este proceso le permite a su Proveedor de atención médica que emite la receta a solicitarnos una evaluación del medicamento. Esta solicitud debe basarse en la Necesidad Médica. Si la solicitud es aprobada, Usted recibirá cobertura para el medicamento que no se encuentra en el Formulario de Medicamentos con Receta. Si no se aprueba la solicitud de revisión de medicamentos, Usted puede presentarnos una solicitud de revisión de medicamentos interna o externa.

AVISO DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Usted tiene derecho a continuar la cobertura de cualquier Medicamento con Receta que hayamos aprobado o cubierto para una afección médica o enfermedad mental, al nivel del Beneficio contratado hasta la renovación de Su cobertura de seguro actual, independientemente de si el medicamento ha sido eliminado de Su formulario. Su Proveedor de atención médica que expide la receta puede recetar un medicamento alternativo para el cual se

requiere la continuación de la cobertura si el medicamento alternativo se encuentra cubierto bajo el plan médico y es médicamente adecuado para Usted.

Este documento es una traducción de la versión original en inglés. De existir algún conflicto o alguna discrepancia entre los textos en inglés y español, deberá ser resuelto a favor de la versión original en inglés, la cual prevalecerá.

**RED BLUE CONNECT PUNTO DE SERVICIO
PLAN DE BENEFICIOS
TABLA DE CONTENIDO**

ARTÍCULO I.	CONOZCA LOS FUNDAMENTOS DE SU COBERTURA.....	7
ARTÍCULO II.	DEFINICIONES	16
ARTÍCULO III.	ESQUEMA DE REQUISITOS	31
ARTÍCULO IV.	BENEFICIOS.....	37
ARTÍCULO V.	BENEFICIOS DE HOSPITAL	39
ARTÍCULO VI.	BENEFICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS	40
ARTÍCULO VII.	BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA.....	43
ARTÍCULO VIII.	ATENCIÓN PREVENTIVA O DE BIENESTAR	47
ARTÍCULO IX.	BENEFICIOS DE SALUD MENTAL	50
ARTÍCULO X.	BENEFICIOS DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS	50
ARTÍCULO XI.	BENEFICIOS DE CIRUGÍA BUCAL.....	50
ARTÍCULO XII.	BENEFICIOS DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y MÉDULA ÓSEA.....	51
ARTÍCULO XIII.	BENEFICIOS DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL RECIÉN NACIDO	53
ARTÍCULO XIV.	BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE HABILITACIÓN/REHABILITACIÓN.....	55
ARTÍCULO XV.	OTROS SERVICIOS, SUMINISTROS O EQUIPOS CUBIERTOS	56
ARTÍCULO XVI.	ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN	68
ARTÍCULO XVII.	LIMITACIONES Y EXCLUSIONES.....	73
ARTÍCULO XVIII.	DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA	82
ARTÍCULO XIX.	COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	88
ARTÍCULO XX.	DISPOSICIONES GENERALES - GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA Y AFILIADOS.....	95
ARTÍCULO XXI.	PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES.....	108
ARTÍCULO XXII.	DERECHOS DE LA LEY ERISA	113
ARTÍCULO XXIII.	CÓMO EFECTUAR CAMBIOS EN LA PÓLIZA Y PRESENTAR RECLAMACIONES.....	114
ARTÍCULO XXIV.	DISPOSICIONES GENERALES - SOLO PARA EL GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA.....	118

ARTÍCULO I.

CONOZCA LOS FUNDAMENTOS DE SU COBERTURA

HMO Louisiana, Inc. ofrece este Plan de Beneficios de la Red Blue Connect al Grupo Empleador. El Grupo es el titular de la póliza que se muestra en el Esquema de Beneficios. Se proporciona a los Suscriptores una copia de este Plan de Beneficios que cumple la función de certificado de cobertura del Suscriptor. A partir de la fecha del Plan de Beneficios o a la Fecha Modificada del Plan de Beneficios que se muestra en el Esquema de Beneficios del Grupo, Nosotros nos comprometemos a proveer los Beneficios especificados en este Plan a los Suscriptores del Grupo y sus Dependientes inscritos. Este Plan de Beneficios reemplaza a cualquier otro plan previamente emitido al Grupo o Titular de la Póliza, a partir de la fecha modificada del Plan de Beneficios. Este Plan de Beneficios describe los Beneficios del Afiliado, así como sus derechos y responsabilidades bajo este Plan. Le recomendamos que, como Afiliado, lea cuidadosamente este Plan de Beneficios.

Muchas de las secciones de este Plan de Beneficios están relacionadas con otras secciones de este Plan de Beneficios. Es posible que no encuentre toda la información que Usted necesita al leer una sola sección. Excepto en el caso de términos técnicos necesarios, Nosotros utilizamos palabras de uso común para describir los Beneficios provistos conforme a este Plan de Beneficios. «Nosotros», «Nos» y «Nuestro» se refieren a **HMO Louisiana, Inc.** (HMOLA). «Usted» y «Su» se refieren al Suscriptor y al Dependiente inscrito. Las palabras en mayúscula son términos definidos en el Artículo II: «Definiciones». Una palabra que se utiliza en el género masculino también se aplica al género femenino, salvo que se indique lo contrario.

Tenga en cuenta que Su Médico no tiene una copia de Su Plan de Beneficios, y que él no es responsable de conocer o comunicarle Sus Beneficios.

INFORMACIÓN SOBRE ESTE PLAN DE BENEFICIOS HMO PUNTO DE SERVICIO DE LA RED BLUE CONNECT

Este es un Plan de Beneficios punto de servicio. Usted cuenta con una amplia cobertura médica y de medicamentos, pero tiene disponible una Red de Proveedores (Red) limitada - la Red Blue Connect. Usted puede recibir atención de los Proveedores que no se encuentran en Su Red de Blue Connect pero los Beneficios se pagarán a un nivel más bajo de Deducible y Coaseguro.

- Un Proveedor de «Nivel 1» es un Proveedor de la Red Blue Connect. Usted obtiene los mejores beneficios y paga menos cuando acude a un Proveedor de la Red Blue Connect. **Si es posible, procure siempre que sus servicios sean realizados por un Proveedor de Nivel 1.**
- Un Proveedor de «Nivel 2» es un Proveedor Participante que no está en la Red Blue Connect y que ha firmado un acuerdo de Proveedor para participar en otras redes de HMOLA, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, u otro plan de Blue Cross and Blue Shield. **Si no puede ir a un Proveedor de Nivel 1, debe hacer todo lo posible por ir a un Proveedor de Nivel 2.** Usted pagará más que un Proveedor de Nivel 1, pero recibirá importantes protecciones de costos que están disponibles solo cuando vea a un Proveedor de Nivel 1 o Nivel 2.
- Un Proveedor de «Nivel 3» es un *Proveedor No Participante* o un Proveedor que no está en la Red Blue Connect y que no ha firmado un acuerdo de Proveedor para participar en la red de HMOLA o cualquier plan de Blue Cross and Blue Shield. También hay Proveedores que están en otras redes que han elegido específicamente no estar en las redes de Nivel 1 o Nivel 2. Estos Proveedores pueden indicarse en el directorio de Blue Connect Network para ayudarlo a seleccionar los proveedores de menor costo. **Los Proveedores del Nivel 3 tendrán un costo compartido más alto y no lo protegerán de tener que pagar costos elevados por sus servicios. Evite los Proveedores de Nivel 3 si hay alguna forma de obtener servicios de proveedores de otros niveles.**

Si acude a los Proveedores de la Red de Blue Connect, pagará lo menos posible por la atención recibida y sacará el máximo provecho de este Plan de Beneficios. Esta selección determinará la cantidad que pagaremos y la cantidad que Usted pagará por los Servicios Cubiertos. Es muy importante conocer el estatus de la red de Su Proveedor de atención médica ya que se trata de un producto con una red reducida. Los costos para Usted varían significativamente conforme a eso.

Si un Copago se muestra en el Esquema de Beneficios, Usted debe de pagar la cantidad de Copago al Proveedor de la Red cada vez que Usted reciba los Servicios Cubiertos listados. Algunos servicios pueden requerir que pague múltiples copagos. Algunos Beneficios pueden estar sujetos a Su Deducible. Después del pago del Deducible, los Beneficios están sujetos a 2 niveles de Coaseguro (por ejemplo, 80/20, 60/40). La elección de un Proveedor

determina la Cantidad de Deducible y Coaseguro que se aplica al servicio prestado. Si corresponde, Nosotros pagaremos el nivel de Coaseguro más alto por servicios Médicamente Necesarios cuando visite a un Proveedor en la Red Blue Connect. Si corresponde, Nosotros pagaremos el nivel de Coaseguro más bajo cuando Usted reciba servicios Médicamente Necesarios de un Proveedor que no se encuentra en la Red Blue Connect. Los importes de Deducible y los Coaseguro se encuentran establecidos en el Esquema de Beneficios.

NUESTRA RED DE PROVEEDORES BLUE CONNECT

HMO Louisiana, Inc. ha creado una Red de Proveedores restringida para este Plan, que consiste en un grupo selecto de Médicos, Hospitales y otros Proveedores Asociados. Nos referimos a estos Proveedores como Proveedores de la Red Blue Connect o Proveedores de la Red. Los Beneficios de Cirugía bucal también se encuentran disponibles cuando los proporcionan los Proveedores de la Red Dental United Concordia (Advantage Plus) o la Red Dental de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana.

Utilizamos el término «Beneficios de la Red» para referirnos al nivel más alto de Beneficios pagaderos conforme a este Plan de Beneficios en el momento en que el Afiliado consulte con Proveedores de la Red Blue Connect. Utilizamos el término «Beneficios Fuera de la Red» para referirnos a un nivel inferior de Beneficios en el caso de que el Miembro elija recibir atención fuera de la Red Blue Connect. Para recibir los Beneficios de la Red Blue Connect, el Miembro siempre debe verificar que un Proveedor sea un Proveedor vigente en la Red Blue Connect. Los Miembros pueden consultar un directorio de proveedores actualizado ya sea en papel o en línea visitando es.bcbsla.com o comunicándose con nuestro Departamento de Atención al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación. Nuestra Red Blue Connect puede ser más extensa en algunas áreas que en otras. No podemos garantizar la disponibilidad de cada especialidad en todas las áreas.

Un Proveedor puede tener un contrato con Nosotros para brindar servicios en una localidad y puede ser considerado como Proveedor que No Pertenece a la Red cuando brinda servicios en otra localidad. El Afiliado siempre debe consultar el directorio de Proveedores para verificar que los servicios estén en la Red Blue Connect en el lugar donde el Afiliado solicite la atención.

Además, los Proveedores de Blue Connect pueden estar contratados para llevar a cabo ciertos Servicios Cubiertos, pero no pueden ser contratados en la Red Blue Connect para realizar otros Servicios Cubiertos. Cuando un Proveedor de la Red Blue Connect lleva a cabo servicios que el Proveedor de la Red Blue Connect no tiene contratados con Nosotros para realizarlos, las Reclamaciones de esos servicios serán adjudicadas al nivel de Beneficios Fuera de la Red.

Nosotros pagamos un nivel más bajo de Beneficios cuando un Miembro elige a un Proveedor fuera de la Red Blue Connect. Los beneficios también pueden basarse en un Cargo Permitido menor. También pueden aplicarse sanciones. Esto resulta en mayores costos de Desembolso para el Afiliado. Una sanción diaria podría aplicar cuando la atención para Pacientes Hospitalizados se obtiene de un Hospital que no está en la Red Blue Connect, la red HMOLA o cualquier otro plan de Blue Cross and Blue Shield. Debido a que los Proveedores No-Participantes pueden facturar a los Miembros el costo total, la Cantidad de Desembolso podría ser importantes. Las sanciones y la cantidad facturada no se aplican a la Cantidad de Desembolso Máximo. Le recomendamos que consulte con el Médico o profesional médico que No Pertenece a la Red acerca de sus cargos facturados antes de recibir la atención médica. Debe revisar la ilustración de ejemplo a continuación en la sección titulada «Ilustración de Ejemplo de los Costos del Miembro cuando Acude a un Hospital No Participante», antes de obtener atención fuera de la Red.

SELECCIÓN DE UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) PARA PLANES CON UN COPAGO POR VISITAS AL CONSULTORIO.

Cuando Usted se inscriba con Blue Connect es **un requisito de este Plan** que Usted elija un Médico de Atención Primaria (PCP). Los PCP son médicos de familia, médicos generales, internistas, geriatras o pediatras. Cada integrante de la familia puede tener un PCP diferente. Los PCP pueden coordinar las necesidades de atención médica desde la Consulta hasta la hospitalización, dirigir al Afiliado a un Proveedor adecuado cuando sea necesario y lo asistirán para obtener cualquier Autorización requerida.

Un PCP actúa como Su coordinador de cuidado total para cuidados no emergentes. Los PCP que no estén disponibles para usted, ofrecerán acuerdos para proporcionar a sus pacientes información de cómo obtener atención

después de las horas regulares de consulta. En raras instancias en donde Usted no haya seleccionado un PCP y nosotros no podemos verificar Su selección, se le puede asignar un PCP. Usted podrá seleccionar un PCP diferente contactando a Nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

Utilizando un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés)

Este Plan de Beneficios se vende con o sin Copago por visita al consultorio. El Esquema de Beneficios indicará si se debe aplicar un Copago. Si en el Esquema de Beneficios aparece un Copago por las consultas, este plan de acceso directo le permite recibir atención de un Médico de Atención Primaria («PCP») o de un Médico Especialista. Los servicios prestados por Profesionales de la Salud Asociados también pueden estar sujetos al Copago del PCP o Especialista, como figura en el Esquema de Beneficios. Para recibir atención directamente de un Especialista de la Red Blue Connect no se requiere un referido del PCP.

Los Afiliados pagan el Copago Médico más bajo cuando reciben atención de un PCP. Los PCP son médicos de familia, médicos generales, internistas, geriatras y pediatras. Cada integrante de la familia puede tener un PCP diferente. Los PCP coordinarán las necesidades de atención médica desde la consulta hasta la hospitalización, dirigirán al Afiliado a un Proveedor adecuado cuando sea necesario y lo asistirán para obtener cualquier Autorización requerida.

El Copago por visita al Consultorio Médico puede reducirse o eliminarse cuando los servicios los proporciona un Proveedor participante del programa Quality Blue Primary Care (QBPC, por sus siglas en inglés). Los Proveedores QBPC incluyen médicos de familia, médicos generales, internistas, geriatras, enfermeros especializados y asistentes médicos.

Si un proveedor dirige a un Miembro a otro Proveedor, el Miembro debe asegurarse de que el nuevo Proveedor se encuentra en la Red de Blue Connect antes de recibir la atención. Si el nuevo Proveedor no se encuentra dentro de la Red Blue Connect, los Beneficios se procesarán al nivel de Beneficios que No Pertenecen a la Red y al Cargo Permitido que se apliquen a ese Proveedor.

COMO RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y QUE NO SEA DE EMERGENCIA FUERA DE Luisiana Y ALREDEDOR DEL MUNDO

Los Afiliados tienen acceso a atención de Emergencia y atención que No es de Emergencia fuera de Luisiana y alrededor del mundo. La tarjeta de identificación del Afiliado ofrece un cómodo acceso a los Servicios Cubiertos a través de los Proveedores en todo el territorio de los Estados Unidos y en más de 200 países en todo el mundo.

En los Estados Unidos:

Emergencias: En la medida en que lo exija la legislación aplicable, los Afiliados recibirán las Beneficios de la Red cuando los Servicios Médicos de Urgencia cubiertos sean prestados por Proveedores que no pertenezcan a tu Red.

No Emergencias: Los Afiliados reciben Beneficios que No Pertenecen a la Red cuando los Servicios Cubiertos que no son de Emergencia son proporcionados fuera del Área de Servicio del Afiliado. Debido a que no existe un Área de Servicio de HMO Louisiana, Inc. fuera de Luisiana, los Servicios Cubiertos proporcionados fuera de Luisiana se pagan al nivel de Beneficios que No Pertenecen a la Red. Si el Afiliado obtiene estos servicios de un Proveedor de BlueCard®, puede que solamente tenga que pagar la cantidad de la Red ya que los Proveedores de BlueCard® por lo general aceptan el Cargo Permitido como pago total por el servicio.

Fuera de los Estados Unidos:

Emergencias: En la medida en que lo exija la legislación vigente, los Afiliados recibirán las Beneficios de la Red cuando los Servicios Médicos de Urgencia cubiertos sean prestados por Proveedores que no pertenezcan a tu Red.

No Emergencias: Los Afiliados reciben Beneficios que No Pertenecen a la Red cuando los Servicios Cubiertos que no son de Emergencia son proporcionados fuera del Área de Servicio del Afiliado. Debido a que no existe un Área

de Servicio de HMO Louisiana, Inc. fuera de los Estados Unidos, los Servicios Cubiertos proporcionados fuera del país se pagan al nivel de Beneficios que No Pertenece a la Red. Si el Afiliado obtiene estos servicios de un Proveedor Blue Cross Blue Shield Global® Core, puede que solamente tenga que pagar la cantidad de la Red ya que los Proveedores de Blue Cross Blue Shield Global® Core por lo general aceptarán el Cargo Permitido como pago total por el servicio.

Cómo recibir Atención Médica fuera del Área de Servicio:

1. En caso de Emergencia, diríjase directamente al Hospital más cercano.
2. Llame a BlueCard® Access al 1-800-810-BLUE (2583) para obtener información sobre los médicos y Hospitales BlueCard® más cercanos (para atención dentro de los Estados Unidos) o para información sobre los médicos y Hospitales de Blue Cross Blue Shield Global® Core (para atención fuera de los Estados Unidos). También puede encontrar información sobre los Proveedores en www.bcbs.com (en inglés).
3. Utilice un Proveedor BlueCard® Nationwide o un Proveedor Blue Cross Blue Shield Global® Core.
4. Presente la Tarjeta de Identificación de Afiliado al médico u Hospital para que verifiquen su cobertura y presenten las Reclamaciones a nombre del Afiliado.
5. El Afiliado debe obtener todas las Autorizaciones requeridas por parte de HMO Louisiana, Inc.

AUTORIZACIONES

Algunos servicios y suministros requieren nuestra autorización antes de recibirlos. Su Esquema de Beneficios describe los servicios, suministros y los Medicamentos con Receta que requieren Autorización previa.

Una Autorización es Nuestra determinación de que es Medicamento Necesario que el Afiliado reciba los servicios médicos solicitados. Cuando Autorizamos un servicio por Necesidad Médica, no estamos haciendo determinaciones en cuanto a la elección del Proveedor por parte del Afiliado ni el nivel de Beneficios que se aplicará a una Reclamación posterior.

Los Proveedores de la Red Blue Connect deben obtener las Autorizaciones necesarias en representación del Miembro. Cuando un Proveedor de la Red Blue Connect no obtiene una Autorización requerida, aplicaremos una sanción al Proveedor de la Red Blue Connect, y no al Miembro, como se describe en el Esquema de Beneficios. El Afiliado sigue siendo responsable únicamente del Copago, Deducible o Coaseguro correspondiente de la Red Blue Connect como aparece en el Esquema de Beneficios.

Cuando emitimos una Autorización, pero el Afiliado recibe el servicio de un Proveedor que No Pertenece a la Red (un Proveedor Participante o no Participante), se aplicarán Beneficios que No Pertenece a la Red, aun cuando Nosotros hayamos Autorizado los servicios como Medicamento Necesarios. Un Afiliado debe recibir atención de un Proveedor de la Red Blue Connect para obtener el nivel más alto de Beneficios disponible bajo este Plan de Beneficios.

Si un Proveedor de la Red Blue Connect dirige o refiere a un Afiliado a otro Proveedor, es responsabilidad del Afiliado de asegurarse de que el nuevo Proveedor forme parte de la Red Blue Connect, si el Afiliado quiere recibir los Beneficios de la Red Blue Connect.

No se realizarán pagos por beneficios de trasplantes de Órganos, Tejidos y Médula Ósea o evaluaciones, a menos que Nosotros autorizemos estos servicios y los servicios los proporcione un Centro de Trasplantes Blue Distinction, (BDCT por sus siglas en inglés) para el órgano o trasplante específico o por un centro de trasplante de nuestra red HMOLA, a menos que aprobemos otra alternativa por escrito. Para encontrar un centro de trasplante autorizado, comuníquese con Nuestro Departamento de Atención al Cliente al número que figura en Su tarjeta de Identificación.

CÓMO DETERMINAMOS LO QUE PAGAMOS POR SERVICIOS CUBIERTOS DEL AFILIADO

Cuando un Miembro Utiliza un Proveedor de la Red Blue Connect (Nivel 1)

Los Proveedores de la Red Blue Connect son Proveedores que han firmado contratos con Nosotros para participar en la Red de Proveedores Blue Connect de HMO Louisiana, Inc. Estos Proveedores han acordado aceptar el menor de los cargos facturados o el importe que negociemos como pago total de los Servicios cubiertos proporcionado al Miembro. Esta cantidad es el Cargo Permitido del Proveedor de la Red Blue Connect. Utilizamos esta cantidad para determinar Nuestro pago por los servicios cubiertos del Miembro. Los Miembros que usan estos Proveedores de la Red Blue Connect recibirán Beneficios de la Red Blue Connect y abonarán los importes que se indican en la columna «Red Blue Connect» en su *Esquema de Beneficios* para estos servicios.

Cuando un Miembro utiliza un Proveedor Participante (Nivel 2)

Los Proveedores Participantes no han firmado contratos de Proveedor para la Red Blue Connect, pero han firmado contratos de Proveedor con la Red HMOLA, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana u otro plan de Blue Cross and Blue Shield. Estos Proveedores han acordado aceptar el menor de los cargos facturados o un importe negociado como pago total por los Servicios cubiertos proporcionado al Afiliado. Esta cantidad es el Cargo permitido del Proveedor participante y se utiliza para determinar la cantidad que pagamos por los Servicios Cubiertos del Afiliado cuando el Afiliado utiliza un Proveedor participante.

Un Miembro que reciba Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante recibirá un nivel de pago más bajo que si utiliza un Proveedor de la Red BlueConnect.

El Afiliado tiene derecho de presentarnos una Apelación para considerar un nivel más alto de Beneficios si recibió Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante que era el único Proveedor disponible para proporcionar el Servicio Cubierto dentro de un radio de 75 millas del lugar de residencia del Afiliado. Para presentar una Apelación, el Afiliado debe seguir los procedimientos de Apelación en este Plan de Beneficios.

Qué es lo que pagamos cuando un Miembro utiliza Proveedores no Participantes (Nivel 3)

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato firmado con la Red Blue Connect, Red HMOLA, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana u otro plan Blue Cross and Blue Shield. Estos Proveedores no están en Nuestras Redes. No contamos con acuerdo de tarifas con ellos. Nosotros establecemos un Cargo Permitido para los Servicios Cubiertos proporcionados por los Proveedores No Participantes. El Cargo Permitido será uno de los siguientes, según Nosotros lo determinemos:

- (1) Una cantidad que Nosotros establecemos basándonos en Nuestra elección del esquema de tarifas publicado por Medicare, lo que Medicare pague o lo que Medicare permita por el servicio;
- (2) una cantidad que Nosotros establecemos como el Cargo Permitido, o
- (3) El cargo facturado del Proveedor. Usted recibirá un nivel inferior de Beneficios porque Usted no visitó un Proveedor de la Red.

El Miembro abonará las cantidades que figuran en la columna «Fuera de la Red» del *Esquema de Beneficios* y el Proveedor puede facturar el saldo al Miembro por los importes que no abonó HMO Louisiana, Inc.

Los Miembros pueden pagar costos elevados cuando utilizan Proveedores No Participantes. Esto sucede porque las cantidades que cobran algunos Proveedores por los Servicios Cubiertos pueden ser más altas que el Cargo Permitido establecido. Además, los Proveedores de la Red Blue Connect y los Proveedores Participantes renuncian a la diferencia entre el importe facturado entre los Servicios Cubiertos y el Cargo Permitido, mientras que los Proveedores No Participantes no lo hacen.

El Afiliado tiene derecho de presentarnos una Apelación para considerar un nivel más alto de Beneficios si recibió Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante que era el único Proveedor disponible para brindar el Servicio

Cubierto dentro de un radio de 75 millas del lugar de residencia del Afiliado. Para presentar una Apelación, el Afiliado debe seguir los procedimientos de Apelación en este Plan de Beneficios.

Tenga en cuenta que la ley federal prohíbe que un proveedor que no pertenezca a la red facture el importe total de los servicios médicos que no sean de emergencia prestados en un centro de la red, a menos que el proveedor haya emitido la notificación por escrito requerida al afiliado y haya obtenido el consentimiento de éste para prestar dichos servicios.

**EJEMPLO ILUSTRATIVO DE LOS COSTOS DEL AFILIADO
CUANDO LA ATENCIÓN SE OBTIENE EN UN HOSPITAL NO PARTICIPANTE**

AVISO: El siguiente ejemplo es solo a modo ilustrativo y puede no ser un reflejo fiel de las cantidades reales de Deducible y de Coaseguro del Miembro. Consulte el Esquema de Beneficios para determinar Sus Beneficios.

Ejemplo: Un Afiliado tiene este plan Blue Connect Punto de Servicio. Los Beneficios de Blue Connect son 80 % - 20 % de Coaseguro con un Deducible alto. Los Beneficios que No Pertenecen a la Red son 60 % - 40 % de Coaseguro con un Deducible. Suponga que el Afiliado vaya al Hospital, ha alcanzado previamente su Deducible y ha obtenido la Autorización necesaria antes de recibir un servicio que no es de Emergencia. El Hospital factura \$12,000 por el Servicio Cubierto. Nosotros negociamos un Cargo Permitido de \$2,500 con el Hospital de la Red Blue Connect para prestar este servicio. El Cargo Permitido para Hospitales Participantes es de \$3,000 para prestar este servicio. No hay una tarifa negociada con el Hospital No Participante. El Afiliado es responsable de todas las cantidades no pagadas por la Compañía, hasta cubrir el cargo facturado por el Proveedor.

El Afiliado recibe Servicios Cubiertos de:	Nivel 1 Red Blue Connect Hospital (Mejor Precio)	Nivel 2 Fuera de la red Participante Hospital (Precio de Afiliado)	Nivel 3 Fuera de la red Hospital No Participante (Costo Total)
Factura del Hospital:	\$12,000	\$12,000	\$12,000
Cargo Permitido:	\$2,500	\$3,000	\$2,500
Nosotros pagamos:	\$2,000 \$2,500 Cargo Permitido x 80 % Coaseguro = \$2,000	\$1,800 \$3,000 Cargo Permitido x 60 % Coaseguro = \$1,800	\$1,500 \$2,500 Cargo Permitido x 60 % Coaseguro = \$1,500
El Afiliado paga:	\$500 20 % Coaseguro x \$2,500 Cargo Permitido = \$500	\$1,200 40 % Coaseguro x \$3,000 Cargo Permitido = \$1,200	\$1,000 40 % de Coaseguro x \$2,500 de Cargo Permitido = \$1.000
¿Se factura al Afiliado los cargos del Hospital?	NO	NO	Sí - \$9,500 por un total de:
TOTAL QUE PAGA EL AFILIADO:	\$500	\$1,200	\$10,500

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Algunas farmacias han contratado con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia para aceptar una cantidad negociada como pago total de los Medicamentos con Receta cubiertos que dispensan. Estas farmacias son Farmacias Participantes. El Cargo Permitido para los Medicamentos de Venta con Receta cubiertos adquiridos en «Farmacias Participantes» se basa en el importe que pagamos a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia. Usamos el importe que pagamos a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia como base para determinar el pago de la Compañía por Sus Medicamentos con receta cubiertos y el importe que el Afiliado debe pagar por los Medicamentos con receta cubiertos.

Cuando un Afiliado compra Medicamentos con Receta Cubiertos en una farmacia que no tiene un contrato con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia o cuando un Afiliado presenta una reclamación con la Compañía o con nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia, los Cargos Permitidos es el importe que la Compañía paga a nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia por los Medicamentos con Receta cubiertos.

Para obtener la información de contacto de las «Farmacias Participantes», el Afiliado debe comunicarse con Nuestro departamento de servicio al cliente o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

BENEFICIOS DE SALUD MENTAL Y DE TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS

Contratamos a una compañía externa para brindar ciertos servicios relacionados con los servicios de Salud Mental y trastornos por el consumo de sustancias tóxicas para Nuestros Miembros. Para obtener ayuda con estos Beneficios, el Miembro debe consultar su Esquema de Beneficios, su Tarjeta de Identificación o llamar a Nuestro Departamento de Atención al Cliente.

INCENTIVOS Y SERVICIOS DE VALOR AÑADIDO PARA EL AFILIADO

A veces, puede que ofrezcamos cupones, descuentos e incentivos a los Afiliados para inscribirse en programas, tales como programas de farmacia, programas de control de enfermedades y programas y actividades de bienestar. Los Afiliados pueden recibir descuentos o incentivos monetarios para utilizar ciertos Proveedores para determinados Servicios Cubiertos. También podríamos ofrecerles a los Afiliados la oportunidad de inscribirse en programas que estén relacionados o no a la salud, como servicios de valor añadido, para mejorar la experiencia del Afiliado con Nosotros o sus Proveedores. Estos incentivos y servicios de valor añadido no son Beneficios y no alteran ni afectan los Beneficios del Afiliado. Estos pueden ser ofrecidos por Nosotros, compañías afiliadas y determinados proveedores. Los Afiliados siempre tienen la libertad de rechazar las oportunidades para los incentivos y los servicios de valor añadido. Nos reservamos el derecho de añadir o eliminar cualquiera o todos los cupones, descuentos, incentivos, programas y servicios de valor añadido en cualquier momento sin previo aviso a los Afiliados.

HERRAMIENTAS Y RECURSOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y EL BIENESTAR

Nosotros les ofrecemos a los Afiliados una amplia variedad de herramientas y recursos para la administración de la salud y el bienestar. Los Afiliados pueden usar estas herramientas para administrar sus cuentas personales, ver el historial de Reclamaciones, crear registros de salud y acceder a una serie de herramientas interactivas de bienestar. Los Afiliados también pueden acceder a un completo programa de bienestar que incluye una evaluación personal de la salud y un informe de salud personalizado para evaluar cualquier riesgo a partir de su historial y sus hábitos. También habrá descuentos exclusivos para los Afiliados en algunos servicios de salud como membresías a gimnasios, programas de control de peso y dietas, atención de la visión y la audición, y más.

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

HMO Louisiana, Inc. ha consolidado sus correos electrónicos del servicio de atención al cliente en una dirección sencilla y fácil de recordar: help@bcbsla.com. Los clientes que necesiten contactarnos pueden encontrar todas sus opciones en línea, incluyendo las opciones como teléfono, fax, correo electrónico, correo postal y oficinas de atención al cliente. Simplemente visite es.bcbsla.com y haga clic en «Contáctenos».

SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE IDENTIDAD

HMO Louisiana, Inc. está comprometida a proteger la identidad de sus Afiliados cubiertos. Esto incluye proteger la seguridad de la información de los Afiliados. Para apoyar los esfuerzos de la Compañía, HMO Louisiana, Inc. ofrece Servicios de Protección de Identidad opcionales. Si se eligen los Servicios de Protección de Identidad, los servicios incluirán lo siguiente:

1. Supervisión del crédito que vigila la actividad que puede afectar el crédito.
2. Detección de fraude el cual identifica el uso potencialmente fraudulento de identidad o de crédito.
3. Apoyo en la resolución de fraudes que ayuda a los Miembros a resolver los problemas que surgen asociados con la vigilancia del crédito y la detección de fraudes.

Los Afiliados del Grupo que cumplen con los requisitos para inscribirse en este servicio si el Grupo Empleador ha elegido participar en el servicio.

Un Afiliado deja de tener derecho a estos servicios si la cobertura de salud finaliza durante el Año de vigencia del plan. En este caso, los Servicios de Protección de Identidad cesarán al final del año de vigencia del Plan.

Puede encontrar información acerca de los Servicios de Protección de identidad en es.bcbsla.com o llamando al número de Servicio de Atención al Cliente que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación.

ARTÍCULO II. DEFINICIONES

Administración de Casos: La Administración de Casos es un método para brindar al paciente la atención que prioriza resultados de calidad para el paciente con atención eficiente y asequible. El proceso de Administración de Casos identifica sistemáticamente a los pacientes de alto riesgo y evalúa las posibilidades de coordinar y gestionar toda la atención médica de los pacientes para asegurar unos resultados de salud óptimos. La Administración de Casos es un servicio ofrecido a Nuestra discreción, está administrado por profesionales médicos y se enfoca en enfermedades inusualmente complejas, complicadas o catastróficas. Al trabajar con los médicos del Miembro y al estar sujeto al consentimiento del Miembro o de su familia o cuidador, el personal de la Administración de casos gestionará la atención para lograr el uso más eficiente y efectivo de los recursos.

Administración de Utilización: Evaluación de la necesidad, adecuación y eficiencia del uso de los servicios, procedimientos y centros de atención médica.

Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés): Un administrador externo de los programas de Medicamentos con Receta.

Admisión: El período desde la fecha de ingreso (Admisión) a un Hospital o un Centro de enfermería especializada o una Unidad hospitalaria, hasta el día del alta. Al momento de contar los días de atención, tanto la fecha de ingreso como la fecha del alta se cuentan como un (1) día.

Admisión Electiva- Cualquier Admisión Hospitalaria, ya sea para una operación o atención médica, en la que una demora razonable no afecta desfavorablemente el resultado del tratamiento.

Admisión de Emergencia: La Admisión en un Hospital como resultado de una Afección Médica de Emergencia.

Afección grave y compleja: Tal como se utiliza en el contexto de la continuidad de los servicios sanitarios, este término significa:

- A. Para una enfermedad aguda, una afección que es lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad razonable de muerte o daño permanente; o
- B. Para una enfermedad o afección crónica, una afección que es:
 1. amenazante para la vida, degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita; y
 2. requiere atención médica especializada durante un periodo de tiempo prolongado.

Afección Médica de Emergencia (o «Emergencia»): Una afección médica reciente y grave que incluye dolor agudo y que puede hacer que una persona prudente con criterio razonable y conocimiento promedio de la salud y la medicina considere que la ausencia de atención médica inmediata podría derivar en lo siguiente: (1) poner en grave riesgo la salud de la persona, o en el caso de una mujer embarazada la salud de la mujer y de su hijo no nacido; (2) producir una discapacidad grave en el funcionamiento del organismo, o (3) producir una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Afiliado: Un Suscriptor o un Dependiente inscrito.

Afiliado Especial: Un Suscriptor o Dependiente que tiene derecho a inscribirse y que solicita la inscripción especial (como se describe en este Plan de Beneficios) dentro de los treinta (30) días posteriores a la suspensión de otra cobertura médica o la adición de un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés): El diseño, la ejecución y la evaluación de las modificaciones del entorno, mediante estímulos del comportamiento y sus consecuencias, para producir una mejoría socialmente significativa en el comportamiento humano, incluido el uso de observación directa, medición y análisis funcional de las relaciones ambientales y el comportamiento. Los Proveedores de ABA deben estar certificados como analistas auxiliares del comportamiento o licenciados como analistas del comportamiento por la Junta de Analistas del Comportamiento de Luisiana o por la agencia de licencias apropiada, si están dentro de otro estado.

Anomalía Congénita: Una afección existente en o desde el nacimiento, la cual es una desviación de la forma o norma común. Solo se cubren las desviaciones que impactan las funciones corporales. Ejemplos de Anomalías Congénitas que no impactan la función corporal y que no se cubren incluyen, entre otros: orejas protuberantes, marcas de nacimiento, dedos palmeados de las manos y los pies y senos asimétricos. Se cubren las Anomalías Congénitas del Labio Leporino y Paladar Hendido; no se cubren otras afecciones relacionadas con los dientes o con estructuras que sujetan a los dientes. Nosotros determinaremos qué afecciones se cubrirán como Anomalías Congénitas.

Año del Plan: Un período que comienza con la Fecha de entrada en vigor de este Plan de Beneficios o el aniversario de esta fecha y que finaliza el día anterior al próximo aniversario de la Fecha de entrada en vigor de este Plan de Beneficios.

Apelación: Una solicitud por escrito del Miembro o de su representante autorizado para modificar una Determinación Adversa hecha por la Compañía.

Apelación Acelerada: Una solicitud de revisión interna inmediata de una Determinación Adversa de Beneficios que involucre cualquiera de las siguientes situaciones:

- A. Una afección médica para la cual el tiempo que conlleva realizar una Apelación estándar pondría gravemente en riesgo la vida o la salud del Afiliado o pondría en riesgo la capacidad del Afiliado de recuperar el máximo funcionamiento.
- B. Según la opinión del médico que le atiende, el Afiliado podría sentir dolor que no pueda controlarse adecuadamente mientras espera una decisión sobre una Apelación médica estándar.
- C. La decisión de Autorizar una Admisión, la disponibilidad de atención médica, la continuación de la estancia en el hospital, o el servicio de atención médica para el Miembro que se encuentra en ese momento en la sala de emergencias, en observación o recibiendo atención como Paciente hospitalizado.

Apelación Acelerada Externa: Una solicitud de revisión inmediata, por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés), de una Determinación Adversa inicial que implica cualquiera de los siguientes:

- A. Una afección médica para la que el tiempo que lleva realizar una Apelación Externa estándar pondría seriamente en riesgo la vida o la salud del Afiliado o su capacidad de recuperar el funcionamiento máximo, o una decisión de no Autorizar la continuación de los servicios para Afiliados que se encuentran actualmente en la sala de emergencias, en observación o que reciben atención para Pacientes Hospitalizados.
- B. Una denegación de cobertura sobre la base de la determinación de que el servicio de salud o tratamiento recomendado o solicitado es experimental o de investigación y el Médico que le atiende certifica que cualquier demora puede representar una amenaza inminente a la salud del Afiliado, incluyendo dolor severo, la pérdida potencial de la vida, de una extremidad o de una función importante del organismo.

Apelación Externa: Una solicitud de revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) para cambiar una Determinación Adversa de Beneficios inicial hecha por la Compañía o para cambiar una Determinación Adversa de Beneficios final dictada en Apelación. La Apelación Externa está disponible bajo petición del Afiliado o representante autorizado para Determinaciones Adversas de Beneficios que implican Necesidad Médica, la idoneidad de la atención, el entorno de la atención médica, nivel de atención, efectividad, tratamiento experimental o de investigación o una Rescisión de Cobertura.

Área de Servicio: Aquellas parroquias de Luisiana que se muestran en el Directorio de Proveedores Blue Connect, que enumera todos los Médicos, Hospitales y Proveedores Asociados de la Red Blue Connect en el Área de Servicio.

Asistencia de un Cuidador: Tratamiento o servicios, independientemente de quién los recomiende o donde se proporcionen, que podrían ser dados de manera segura y razonable por una persona que no es médicamente capacitada, o que son diseñados principalmente para ayudar a los pacientes con actividades de la vida diaria. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a: Cuidados personales, tareas domésticas, traslado del paciente; actuar como acompañante o cuidador; supervisar el uso de medicamentos que normalmente pueden ser auto administrados; tratamiento o servicios que cualquier persona pueda realizar con instrucciones mínimas; o,

tratamiento a largo plazo por la afección de un paciente de la cual no se espera que mejore o se recupere. Nosotros determinamos qué servicios se consideran Asistencia de un Cuidador.

Atención Concurrente: La atención médica y quirúrgica realizada a los Pacientes Hospitalizados por un Médico que no es el Médico del médico que le atiende: (1) para una afección no relacionada con el diagnóstico principal o (2) porque la complejidad médica de la afección del paciente requiere atención médica adicional.

Atención del Embarazo: Tratamientos o servicios relacionados con toda la atención previa al parto, durante y después de éste, y cualquier complicación que surja en cada embarazo.

Atención de Habilitación: Servicios de atención médica que ayudan a los pacientes a mantener, aprender, o mejorar sus destrezas y funcionamiento para las actividades diarias. Estos servicios pueden incluir Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia- Patología del Habla y Lenguaje, rehabilitación cardíaca, rehabilitación pulmonar y otros servicios para personas con discapacidad en diversas situaciones tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

Atención médica a domicilio: servicios de salud prestados en el lugar de residencia del paciente por parte de una organización con licencia de agencia de atención médica a domicilio otorgada por la agencia estatal adecuada y que nosotros aprobamos. Estas organizaciones tienen como principal finalidad proporcionar a las personas, a partir de la instrucción por escrito de un Médico licenciado, en el lugar de residencia de la persona, servicios de enfermería especializada bajo la supervisión de un enfermero registrado (R.N.) con licencia para ejercer en el estado.

Atención Preventiva o de Bienestar: Servicios diseñados a fin de prevenir o detectar efectivamente una enfermedad para la que hay un tratamiento efectivo cuando se la detecta en una etapa temprana.

Atención de Rehabilitación: Servicios de atención médica y dispositivos que ayudan a los pacientes a mantener, reanudar o mejorar sus destrezas y funciones para las actividades diarias, las cuales pueden haberse perdido o deteriorado porque el paciente estuvo enfermo, lesionado o discapacitado. Estos servicios pueden incluir Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia de Patología del Habla y Lenguaje, Rehabilitación Cardíaca, Rehabilitación Pulmonar y servicios de rehabilitación psiquiátrica en distintos entornos de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Atención de Rutina del Bebé: Exámenes de rutina de un bebé de menos de veinticuatro (24) meses de edad que no recibe diagnóstico alguno.

Atención de Urgencia: Una afección médica repentina, aguda e inesperada que requiere diagnóstico y tratamiento oportunos pero no presenta riesgo inminente de vida o de una extremidad. Los ejemplos de Atención de Urgencia incluyen, entre otros: resfriados y gripe, esguinces, dolores estomacales y náuseas. La Atención de Urgencia se puede obtener a través de un Centro de Atención de Urgencias que sea parte de la Red de la Compañía, si un afiliado necesita atención médica que no sea de emergencia o si el Afiliado necesita Atención de Urgencia después del horario habitual de consulta del Médico del Afiliado.

Atención y Tratamiento Dental: Todos los procedimientos, tratamientos y Cirugías considerados dentro del alcance de la práctica odontológica, la cual se define como la práctica en la que una persona:

- A. se considera capaz de diagnosticar, tratar, corregir, operar o prescribir medicamentos en casos de enfermedades, dolores, lesiones, deficiencias, malformaciones o afecciones físicas de los dientes humanos, procesos alveolares, encías o mandíbulas o partes asociadas, y ofrece o procede a través de ciertos medios con el diagnóstico, tratamiento, corrección, operación o prescripción de medicamentos para cualquier enfermedad, dolor, lesión, deficiencia, malformación o afección física;
- B. Toma impresiones de los dientes humanos o mandíbulas o realiza cualquier fase de cualquier operación relacionada con el reemplazo de un diente o parte de este o de tejidos asociados por medio de empastes, coronas, dentaduras postizas u otros aparatos; o
- C. Suministra, proporciona, construye, reproduce o repara u ofrece suministrar, proporcionar, construir, reproducir o reparar prótesis dentales, puentes u otros sustitutos de dientes naturales del paciente o posible paciente.

Autorización (Autorizado): La decisión de la Compañía respecto a una Admisión, Hospitalización continuada u otro servicio o suministro de atención médica que, basada en la información proporcionada, satisface el requisito de los criterios de evaluación de Necesidad Médica, la idoneidad del entorno de la atención médica o el nivel de atención y eficacia. Una Autorización no es una garantía de pago. Además, una Autorización no es una determinación sobre la elección del Proveedor por parte del Afiliado.

Beneficiario: Una persona designada por un participante, o por los términos de un Plan de Beneficios de seguro de salud, quien puede tener derecho a un Beneficio bajo el plan.

Beneficios: Cobertura para servicios de atención médica, tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos, artículos o suministros cubiertos bajo este Plan de Beneficios. El pago de los Beneficios que Nosotros proporcionamos se basa en el Cargo Permitido por los Servicios Cubiertos.

Beneficios Alternativos: Beneficios para los servicios que habitualmente no están cubiertos por este Plan de Beneficios, pero que la Compañía puede aceptar proporcionar cuando son beneficiosos tanto para el Miembro como para Nosotros.

Beneficios de la Red: Los Beneficios de atención recibidos a través de un Proveedor de la Red Blue Connect.

Beneficios que No Pertenecen a la Red: Beneficios para la atención médica recibidos de Proveedores que no se encuentran en la Red Blue Connect.

Cantidades de Deducible

A. Cantidad de Deducible Individual:

1. El importe total, como se muestra en el Esquema de Beneficios, de los cargos por Servicios Cubiertos que un Afiliado debe pagar dentro de un Período de Beneficios antes de que se le proporcionen los Beneficios. Se puede aplicar una Cantidad de Deducible Individual por separado para ciertos Servicios Cubiertos si así aparece en el Esquema de Beneficios.
2. Las categorías de Beneficios de la Red y que No Pertenecen a la Red pueden incluir cada uno un Deducible Individual por separado como se muestra en el Esquema de Beneficios.

B. Cantidad de Deducible Familiar: El importe, si se muestra en el Esquema de Beneficios, para cada categoría de Beneficios a los que se aplica un deducible. Una vez que la familia haya alcanzado su Deducible Familiar, este Contrato comenzará a pagar los Beneficios a todos los Afiliados de su familia, aun si todos los Afiliados no alcanzaron su Deducible Individual del Período de Beneficios.

C. Cantidad de Deducible de Medicamentos con Receta: El importe total, si figura en el Esquema de Beneficios, que cada Afiliado debe pagar dentro de un Período de Beneficios antes de pagar un Copago o Coaseguro por Medicamento con Receta. La Cantidad del Deducible por Medicamentos con Receta no se acumula a la Cantidad de Deducible Individual o de Deducible Familiar.

Cantidad de Deducible por Medicamentos con Receta: La cantidad, si se muestra en el Esquema de Beneficios, que debe alcanzar un Miembro dentro de un Período de Beneficios antes de que el Miembro pague cualquier Copago o Coaseguro por Medicamento con Receta que corresponda.

Cantidad de Desembolso: La cantidad máxima de gastos no reembolsables que debe pagar un Miembro por los Servicios Cubiertos en un (1) Período de Beneficios.

Cargo Permitido:

A. Para los Proveedores de la red: El menor de los cargos facturados o la cantidad que Nosotros establecemos o negociemos como la cantidad máxima permitida para los servicios de estos Proveedores cubiertos conforme a este Plan de Beneficios.

B. Para Proveedor que No Pertenece a la Red, lo que sea menor entre:

1. Una cantidad que Nosotros establecemos basándonos en Nuestra elección del esquema de tarifas publicado por Medicare, lo que Medicare permite por el servicio;
2. una cantidad que Nosotros establecemos como el Cargo Permitido, o
3. El cargo facturado del Proveedor.

Centro de Atención de Urgencia: Una clínica con horarios extendidos de atención, proporciona Atención de Urgencia y Atención de Emergencia de casos menores para pacientes sin visitas programadas ni necesidad de tener una cita. El Centro de Atención de Urgencia no proporciona atención de seguimiento de rutina ni exámenes de bienestar y refiere a los pacientes a sus Médicos habituales para que reciban dicha atención de seguimiento de rutina y de bienestar.

Centro de Salud Asociado: Una institución, que no sea un Hospital, con licencia otorgada por el organismo estatal adecuado, cuando así sea requerida o autorizada por Nosotros para brindar los Servicios Cubiertos.

Centro de Salud en un Centro Comercial: Una clínica de atención médica para casos que no sean de Emergencia que proporciona servicios de atención primaria limitados y generalmente opera en centros comerciales y tiendas de descuentos.

Centro de Tratamiento Residencial: Un lugar de tratamiento disponible las veinticuatro (24) horas para los servicios de atención no urgente para el tratamiento efectivo de discapacidades específicas de la Salud Mental o trastornos por el consumo de sustancias tóxicas.

Centro o Unidad de Enfermería Especializada: Un centro con licencia en el estado en el que opera y que no es un hogar para ancianos ni una unidad dentro de un Hospital (salvo que el servicio de enfermería especializada en un hogar para ancianos o una unidad dentro de un Hospital haya sido aprobado específicamente por Nosotros), que proporciona lo siguiente:

- A. Atención médica, tratamiento y atención de enfermería especializada para Pacientes Hospitalizados según lo definido por Medicare y que cumple con los requisitos de Medicare para este tipo de centro;
- B. Supervisión a tiempo completo por parte de al menos un Médico o Enfermero Registrado.
- C. servicio de enfermería las veinticuatro (24) horas por parte de Enfermeros Registrados o Enfermeros Especializados con Licencia; y
- D. Planes de revisión de utilización para todos los pacientes.

Centro Quirúrgico Ambulatorio: Un Proveedor de Centro de Salud Asociado que se encuentra establecido con personal Médico organizado, cuenta con instalaciones permanentes que están equipadas y realizan principalmente procedimientos quirúrgicos y dispone de servicios continuos de Médicos y profesionales de enfermería registrados siempre y que los pacientes se encuentren en la instalación, no proporciona servicios ni alojamiento para la estadía de pacientes durante la noche, y ofrecen los siguientes servicios siempre que los pacientes estén en el centro; (1) servicios de anestesia según sean necesarios para las operaciones y procedimientos realizados; (2) toma medidas para el bienestar físico y emocional de los pacientes; 3) toma medidas en caso que se necesiten servicios de Emergencia; 4) tiene una estructura administrativa Organizada y 5) mantiene registros administrativos, estadísticos y médicos.

Cirugía Estética: Cualquier intervención quirúrgica, tratamiento o servicio, o cualquier parte de una intervención quirúrgica, tratamiento o servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia física. Una intervención quirúrgica, tratamiento o servicio no se considerará Cirugía Estética si dicha intervención quirúrgica, tratamiento o servicio permite recuperar la función corporal o corregir la malformación para restaurar una parte del cuerpo alterada por una Lesión Accidental, enfermedad o una Operación cubierta.

Coaseguro: El reparto de costos de los Cargos Permitidos por Servicios Cubiertos. El reparto de costos se expresa como un porcentaje de la Compañía que Nosotros pagamos y un porcentaje del Afiliado que Usted paga. Una vez que el Afiliado haya alcanzado el Deducible que le corresponda, el porcentaje del Afiliado se aplicará a los Cargos Permitidos por los Servicios Cubiertos para determinar la responsabilidad financiera del Afiliado. Nuestro porcentaje se aplicará a los Cargos Permitidos para los Servicios Cubiertos para determinar los Beneficios proporcionados.

Coaseguro de Medicamentos con Receta: El reparto de costos de los Cargos Permitidos para la compra de Medicamentos con Receta. El reparto de costos se expresa como un par de porcentajes, un porcentaje de la Compañía que Nosotros pagamos y un porcentaje del Afiliado que Usted paga. Una vez que el Afiliado haya alcanzado la cantidad del Deducible de Medicamentos con Receta que le corresponda, el porcentaje del Afiliado se aplicará a los Cargos Permitidos para Medicamentos con Receta para determinar la responsabilidad financiera del Afiliado. Nuestro porcentaje se aplicará a los Cargos Permitidos por Medicamentos con Receta para determinar los Beneficios proporcionados. Es posible que se requiera un Coaseguro diferente para los distintos niveles de Medicamentos con Receta comprados en una farmacia o por correo.

Cobertura Acreditada: Cobertura anterior en un plan médico individual o de grupo que incluye, entre otros, Medicare, Medicaid, plan gubernamental, plan de la iglesia, ley COBRA, plan militar o Programa de Seguro Médico Estatal para Niños (p. ej., SCHIP). La Cobertura Acreditada no incluye pólizas para enfermedades específicas (p. ej., pólizas para el cáncer), cobertura complementaria (p. ej., Complemento de Medicare) o Beneficios limitados (p. ej., solo accidentes, seguro por discapacidad, seguro de responsabilidad, compensación para trabajadores, seguro de automóvil para gastos médicos, seguro de crédito solamente, cobertura en centros médicos en el mismo lugar o cobertura como se especifica en las normativas federales bajo las cuales los Beneficios para atención médica son secundarios o inherentes a los Beneficios del seguro).

COBRA: Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985, según se enmienda periódicamente y sus reglamentos.

Compañía: HMO Louisiana, Inc.

Complicación(ones): Una condición médica, que surge de un evento adverso o consecuencia, que requiere servicios, tratamiento o terapia y que BCBSLA determina, basado en la literatura y experiencia médica sustancial, como resultado directo y consecuente de otra condición médica, enfermedad, servicio o tratamiento. Solo como un ejemplo, una embolia pulmonar después de una Operación sería una Complicación de la Operación.

Consulta: La opinión o recomendación de otro Médico respecto de la evaluación o el tratamiento del Miembro, el cual se proporciona a petición del Médico del médico que le atiende. Estos servicios no incluyen aquellas Consultas requeridas por las reglas y normativas de Hospitales, Consultas sobre anestesia, Consultas de rutina para autorización de Operaciones o Consultas entre colegas que intercambian opiniones médicas como cortesía y normalmente sin cargo.

Cónyuge: El Cónyuge legal del Suscriptor.

Copago: La cantidad específica que debe pagar un Afiliado cuando recibe Servicios Cubiertos específicos, como se establece en el Esquema de Beneficios. Un Proveedor de la Red podrá cobrar el Copago directamente del Afiliado.

Copago por Medicamento con Receta: la cantidad que debe pagar un Miembro por cada receta en una Farmacia Participante cuando se surte una receta. Es posible que se requiera un Copago o Coaseguro diferente para los distintos niveles de medicamentos comprados en una farmacia o por correo.

Cuidados de Hospicio: Provisión de una serie integrada de servicios y suministros diseñados para proporcionar cuidados paliativos y de apoyo para satisfacer las necesidades específicas de los Miembros y sus familias durante las etapas finales de enfermedades terminales. El alcance total de los servicios de salud se coordina de forma central a través de un equipo interdisciplinario dirigido por un Médico y proporcionado a través de una agencia de Cuidados de Hospicio que autorizamos.

Dependiente: Una persona, que no es el Suscriptor, que ha sido aceptada para recibir la cobertura según se especifica y determina en el Esquema de Requisitos.

Dependiente Mayor de Edad: Un hijo dependiente (o nieto) que tiene 26 años o más, que depende del Suscriptor para recibir apoyo y es incapaz de mantener un empleo debido a una discapacidad intelectual o física que comenzó antes de la edad de los 26 años. La cobertura del Dependiente Mayor de Edad puede continuar después de los 26 años por la duración de la incapacidad si, antes o dentro de los treinta y un (31) días después de que el Hijo Dependiente cumpla 26 años se presente a la Compañía una solicitud de cobertura continua con información médica actual del Médico que atiende al Hijo Dependiente. La Compañía puede requerir documentación médica adicional o periódica con respecto a la discapacidad intelectual o física del Hijo Dependiente tan a menudo como lo considere necesario, pero no más de una vez al año después del período de dos años después de que el hijo cumpla los 26 años. La Compañía puede rescindir la cobertura del Dependiente mayor de edad si la Compañía determina que el Hijo Dependiente ya no depende del Suscriptor para sustentarlo o el Dependiente ya no está discapacitado física o intelectualmente en la medida en que no sea capaz de mantener un empleo.

Determinación Adversa de Beneficios: Significa una denegación total o parcial de un Beneficio, entero o en parte, sobre la base de:

- A. la Necesidad Médica, la idoneidad, el entorno de la atención médica, el nivel de atención, la eficacia o la determinación de que el tratamiento es experimental o está en investigación;
- B. los requisitos que cumple el Afiliado para participar en el Plan de Beneficios;
- C. Cualquier determinación de revisión prospectiva o retrospectiva; o
- D. Una Rescisión de Cobertura.

Disfunción Eréctil: afección en la que el miembro es incapaz de conseguir o mantener una erección lo suficientemente firme como para lograr la penetración durante el coito. La disfunción eréctil puede ser una afección a corto o largo plazo.

Dispositivos Médicos Implantables: Un dispositivo médico que se implanta quirúrgicamente en el cuerpo, que no es reutilizable y que puede extraerse.

Dispositivos o Aparatos Protésicos: Aparatos que reemplazan todo o parte de un órgano del cuerpo, o reemplazan toda o parte de la función de una parte del cuerpo que se encuentra permanentemente inoperante ausente o en mal funcionamiento. Cuando se refiere a la prótesis de una extremidad, esta es una extremidad artificial diseñada para maximizar el funcionamiento, la estabilidad y la seguridad del paciente, la cual no se implanta quirúrgicamente y se utiliza para reemplazar una extremidad amputada. Las Prótesis de Extremidades no incluyen ojos artificiales, orejas, nariz, aparatos odontológicos, productos de ostomía o accesorios como pestañas postizas o pelucas.

Emergencia: Consulte «Afección Médica de Emergencia».

Empleado: Una persona quien es un Empleado a tiempo completo o Equivalente a Tiempo Completo según se designe por el Empleador.

Empleador: Cualquier persona que actúe directamente como un Empleador, o indirectamente en el interés de un Empleador, en relación con un Plan de Beneficios del Empleado; e incluye un Grupo o asociación de Empleadores que actúan para un Empleador en tal capacidad.

En Investigación: Un tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o producto biológico se denomina En Investigación si su eficacia no ha sido claramente probada y no se ha incorporado a la práctica habitual del cuidado médico. Cualquier determinación que Nosotros tomemos respecto de si un tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo, o producto biológico se encuentra En Investigación se basará en una consideración de lo siguiente:

- A. Si el tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o producto biológico puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos y si tal aprobación se otorgó en el momento en que el tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o producto biológico se debía proporcionar; o

B. Si el tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o producto biológico requiere estudios adicionales o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, efectividad o eficiencia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico, y debe mejorar los resultados médicos de acuerdo con el consenso de opinión entre expertos como lo demuestra la evidencia confiable, que incluye lo siguiente:

1. consulta con el programa de evaluación de tecnología (TEC, por sus siglas en inglés) de Blue Cross and Blue Shield Association u otro(s) centro(s) de evaluación de tecnología no afiliados;
2. pruebas científicas acreditadas publicadas en literatura médica revisadas por homólogos generalmente reconocidas por la comunidad médica correspondiente; o
3. Referencia a las normativas federales.

Enfermedad que pone en riesgo la vida: Una afección severa, seria o aguda por la cual existe la probabilidad de muerte.

Equipo Médico Duradero: Artículos y suministros utilizados para servir un propósito terapéutico específico en el tratamiento de una enfermedad o lesión, que pueden soportar el uso reiterado, y que generalmente no son útiles para una persona que no está enferma o lesionada y son adecuados para el uso en el domicilio del paciente.

Equivalente a Tiempo Completo (FTE, por sus siglas en inglés): Un Empleado que: (1) se emplea por un promedio de 30 o más horas por semana, o (2) está trabajando por un promedio menor de 30 horas por semana pero se encuentra en el período de estabilidad como se define en el Código de Impuestos Internos §54.4980H y las normativas emitidas bajo el mismo, y se encuentran documentado y verificado por el Empleador para estar en el período de estabilidad. Un Empleado temporal no cumple con los requisitos necesarios para recibir cobertura de este Plan de Beneficios, a menos que se determine que dicho Empleado temporal es Equivalente a Tiempo Completo (FTE, por sus siglas en inglés).

Especialista: Un Médico que no ejerce como Médico de Atención Primaria.

Farmacia de la Red: Una farmacia que tiene un contrato con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia para los Miembros de Blue Connect para aceptar un importe negociado como pago total de los Medicamentos con Receta cubiertos que ellos dispensan.

Fecha de entrada en vigor: La fecha en que comienza la cobertura del Miembro conforme con este Plan de Beneficios según se establece en el Esquema de Requisitos. Los Beneficios comenzarán a las 12:01 AM en esta fecha.

Fecha del Plan de Beneficios: la fecha en que Nosotros emitimos este Plan de Beneficios al Grupo.

Fecha de Inscripción: El primer día de cobertura bajo este Plan de Beneficios, o si existe un Período de Espera para la Afiliación, el primer día de este período.

Fisioterapia: El tratamiento de enfermedades o lesiones a través de ejercicios terapéuticos y otros métodos que se enfocan en la mejoría de la postura, la locomoción, la fuerza, la resistencia, el equilibrio, la coordinación, la movilidad de las articulaciones, la flexibilidad y el alivio del dolor.

Formulario de Medicamentos con Receta: Una lista concreta de los Medicamentos de venta con Receta que están cubiertos conforme a este Plan de Beneficios.

Grupo: Cualquier compañía, sociedad, asociación, corporación u otra entidad legal que haya presentado una solicitud de cobertura en este documento y haya aceptado cumplir con todos los términos y requisitos de este Plan de Beneficios. Para propósitos de este Plan de Beneficios, el Grupo es el titular de la póliza.

Hospital: Una institución que la agencia estatal correspondiente licencia como un Hospital médico quirúrgico general. El término «Hospital» también puede referirse a una institución que principalmente proporciona atención psiquiátrica, por dependencia química, de rehabilitación, servicios de enfermería especializada, atención a largo plazo, atención intermedia u otra atención especializada.

Infertilidad: la incapacidad de una pareja de concebir después de un año de relaciones sexuales sin protección.

Inmunoterapia Celular: Un tratamiento que implica la administración de linfocitos antitumorales propios del paciente (autólogos) o de un donante (alógenicos), después de un régimen preparativo de linfodepleción.

Lesión Accidental: Una afección que resulta directamente de una lesión corporal traumática sufrida sólo por medios accidentales y como consecuencia de una fuerza externa. Con respecto a las lesiones en los dientes, las lesiones causadas por la acción de masticar no constituyen una lesión causada por una fuerza externa. Si los Beneficios están disponibles para el tratamiento de una lesión en particular, se proveerán Beneficios por una lesión que resulte de un acto de violencia doméstica o una afección médica.

Madre Médicamente Discapacitada de Forma Temporal: Una mujer que ha dado a luz recientemente y cuyo Médico ha sugerido que el traslado habitual puede ser peligroso para su salud.

Madre Sustituta Gestacional: Una mujer, no cubierta por el Plan, que acepta participar en un proceso por el cual intenta llevar y dar a luz a un niño que nace como resultado de una transferencia in útero de un embrión humano al que no contribuye genéticamente.

Médicamente Necesario (o «Necesidad Médica»): Servicios de atención médica, tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos, productos u otros suministros que un Proveedor, aplicando su juicio clínico prudente, proporcionaría a un paciente con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que presentan los siguientes puntos:

- A. Cumplen con los estándares de práctica médica aceptados a nivel nacional;
- B. Son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, alcance, nivel de atención, lugar y duración, y son considerados eficaces para la enfermedad, lesión o afección del paciente; y
- C. no tienen como finalidad principal el confort o la comodidad personal del paciente o Proveedor, y no tienen un costo mayor que los servicios, tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos, elementos o suministros alternativos o secuencias subsiguientes, y posiblemente produzcan resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes como los diagnósticos o tratamientos de las afecciones, lesiones o enfermedades del paciente.

Para estos propósitos, los «estándares de práctica médica aceptados a nivel nacional» se refieren a estándares que se basan en pruebas científicas acreditadas publicadas en literatura médica revisada por homólogos y generalmente reconocida por la comunidad médica correspondiente, según lo recomendado por la Sociedad de Médicos Especialistas y las opiniones de Médicos que ejercen en áreas clínicas relevantes y cualquier otro factor pertinente.

Medicamentos con receta: Aquellos medicamentos que incluyen los Medicamentos especializados, cuya venta o entrega requieren por ley la orden de un Médico u otro profesional de atención médica, y que llevan el texto exigido a nivel federal que estipula que dichos medicamentos no podrán despacharse sin una receta, y que actualmente son aprobados por la FDA por su seguridad y efectividad, y están sujetos a lo que establece el Artículo de Limitaciones y Exclusiones.

Medicamento de Marca: Un Medicamento con Receta patentado que comercializa el fabricante del medicamento original tras recibir la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) o que Nosotros identificamos como un producto de Marca. Clasificamos a un Medicamento con receta como Medicamento de marca en base a una fuente de precios reconocida a nivel nacional, por lo tanto; , todos los productos identificados como «de marca» por el fabricante o la farmacia no pueden ser clasificados como medicamentos de marca por Nosotros.

Medicamento de Marca Preferido: Un Medicamento con Receta de Marca que suele recetarse y se ha seleccionado según su efectividad y seguridad clínica.

Medicamento de Marca No Preferido o Genérico: Un Medicamento con Receta que es un Medicamento de Marca o un Medicamento Genérico que puede tener una alternativa terapéutica conocida como un Medicamento de Menor Costo o un Medicamento de Marca Preferido. Los medicamentos compuestos cubiertos se incluyen en este nivel.

Medicamento de menor costo: Medicamentos Genéricos de menor costo y algunos Medicamentos de Marca de Menor costo.

Medicamento Genérico: Un Medicamento con Receta equivalente a un Medicamento de Marca respecto de su dosis, seguridad, concentración, vía de administración, calidad, características del rendimiento y uso previsto o, un Medicamento que Nosotros identificamos como Genérico. Nosotros, y no el fabricante o la farmacia, determinamos si clasificamos un Medicamento con Receta como Genérico. Clasificamos a un Medicamento con Receta como Medicamento Genérico sobre la base de una fuente de precios reconocida a nivel nacional, por lo tanto, es posible que Nosotros no clasifiquemos como «Genéricos» todos los medicamentos que el fabricante o la farmacia clasifiquen como «Genéricos».

Medicamentos Especializados: Los medicamentos especializados suelen tener un coste elevado y presentan una o más de las siguientes características:

- A. Se requiere un adiestramiento especializado del paciente sobre la administración del medicamento (incluidos los suministros y dispositivos necesarios para la administración).
- B. Se requiere Coordinación de la atención antes de iniciar la terapia con medicamentos o durante la terapia.
- C. Requisitos únicos de control del cumplimiento y seguridad por parte del paciente.
- D. Requisitos únicos para el manejo, transporte y almacenamiento del medicamento.
- E. Acceso restringido o distribución limitada.

Los medicamentos especializados también incluyen biosimilares. Los biosimilares son medicamentos similares a los medicamentos de marca que se comercializan en la actualidad, pero no tienen exactamente el mismo ingrediente activo. Los biosimilares no se consideran medicamentos genéricos.

Medición de la Masa Ósea: Un procedimiento radiológico, radioisotópico o con otras tecnologías científicamente probadas que se efectúa en una persona para identificar la masa ósea o detectar la pérdida ósea.

Médico: Un Doctor en Medicina o un Doctor en Osteopatía, legalmente calificado y con licencia para practicar la medicina dentro de la competencia que le otorga su licencia en el momento y lugar donde se presta el servicio.

Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés): Un médico de familia, médico general, internista, geriatra o pediatra. Al realizar servicios de atención primaria, un enfermero especializado y un asistente médico pueden ser considerados como un PCP.

Operación:

- A. La realización de procedimientos quirúrgicos y de incisión normalmente aceptados, incluida la instrumentación especializada, los exámenes endoscópicos, las biopsias incisionales y excisionales y otros procedimientos invasivos.
- B. La corrección de fracturas y dislocaciones.
- C. La Atención del Embarazo que incluye partos naturales y por cesárea.
- D. Atención preoperatoria y posoperatoria habitual y relacionada.
- E. Otros procedimientos que Nosotros definimos y aprobamos.

Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés): Una Organización de Revisión Independiente, no afiliada con Nosotros, que lleva a cabo revisiones externas de Determinaciones Adversas de Beneficios finales. La decisión de la IRO es vinculante tanto para el asegurado como para la Compañía.

Órtesis: Un dispositivo de apoyo rígido o semirrígido que restringe o elimina el movimiento de una parte del cuerpo

debilitada o enferma.

Paciente Ambulatorio: Un Miembro que recibe servicios o suministros y que no es un Paciente hospitalizado.

Paciente Hospitalizado: Un Miembro que es paciente registrado con cama al que se le cobra el Servicio de Enfermería General Comidas y Alojamiento. Los síntomas Médicos o afección de un Paciente Hospitalizado deben requerir la intervención de un Médico y enfermero, de manera constante, las veinticuatro (24) horas del día. Si los servicios pueden proporcionarse al Afiliado de forma segura como un Paciente Ambulatorio, el Afiliado no cumple con los criterios para ser un Paciente Hospitalizado.

Profesional de la Salud Asociado: Una persona o entidad que no es un Hospital, Doctor en Medicina o Doctor en Osteopatía, con licencia otorgada por la agencia estatal adecuada, cuando corresponde, o autorizados por Nosotros para prestar los Servicios Cubiertos. Para los fines de cobertura bajo este Plan de Beneficios, los profesionales de la Salud Asociados incluyen dentistas, psicólogos, Centros de Salud en Centros Comerciales, parteras certificadas, enfermeros especializados certificados, optometristas, farmacéuticos, quiroprácticos, podólogos, asistentes médicos, primer auxiliar de enfermería registrado, consejeros profesionales con licencia, enfermeros anestesiólogos registrados certificados, trabajadores sociales clínicos con licencia, y cualquier otro profesional de la salud de acuerdo con lo establecido por la ley estatal para servicios específicos, si los autorizamos a prestar los Servicios Cubiertos.

Período de Beneficios: Un año de calendario, desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre. Para nuevos Afiliados, el Período de Beneficios comienza en la Fecha de entrada en vigor y finaliza el 31 de diciembre del mismo año.

Período de Inscripción: Un período de tiempo, designado por el Grupo, durante el cual un Suscriptor y sus Dependientes pueden solicitar Beneficios bajo este Plan de Beneficios.

Período de Espera: Consulte «Período de espera para la afiliación».

Período de Espera para la Afiliación: El período que debe transcurrir antes de que la cobertura de una persona pueda entrar en vigor para recibir los Beneficios incluidos en este Plan de Beneficios. Si una persona se inscribe como un Afiliado especial, cualquier período anterior a esa Inscripción especial no es un Período de espera para la afiliación.

Persona Calificada: Una persona que tiene el derecho de solicitar ser un Suscriptor o un Dependiente como se especifica en el Esquema de Requisitos.

Plan de Beneficios: Este acuerdo, que incluye cualquier Solicitud de Cobertura, Esquema de Beneficios y sus modificaciones o anexos, si corresponde, los cuales otorgan a los empleados del Grupo y a sus Dependientes el derecho a recibir Beneficios y cobertura por lesiones accidentales.

Programa Diurno de Rehabilitación: Un programa que provee más de una (1) hora de Atención de Rehabilitación después de dar de alta a un Paciente hospitalizado.

Programas Intensivos para Pacientes Ambulatorios: Los Programas Intensivos para Pacientes Ambulatorios se definen como programas que tienen la capacidad de brindar servicios planificados y estructurados de al menos dos (2) horas por día y tres (3) días por semana, aunque algunos pacientes pueden necesitar asistir con menor frecuencia. Estos encuentros normalmente implican servicios multidisciplinarios coordinados e integrados. La gama de servicios ofrecidos se dirige a los trastornos mentales o relacionados con el consumo de sustancias tóxicas y podría incluir servicios de psicoterapia de grupo, individual, familiar o multifamiliar, servicios psicoeducativos y servicios complementarios como el seguimiento médico. Estos servicios incluirán consultas múltiples o extendidas para tratamiento, rehabilitación o asesoramiento, o supervisión y apoyo profesional. Los modelos estructurados del programa incluyen: «programas de intervención en caso de crisis», «rehabilitación psiquiátrica o psicosocial» y algunos «tratamientos diurnos». (Aunque el tratamiento para trastornos relacionados con el consumo de sustancias tóxicas normalmente incluye la participación en un programa de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, el tiempo del programa como se describe aquí excluye el tiempo invertido en estos programas de autoayuda, que son ofrecidos por voluntarios de la comunidad libre de cargos).

Programas de Hospitalización Parcial: Estos programas se definen como programas de tratamiento de día, tarde o noche, estructurados y médicamente supervisados. Los servicios de este programa son proporcionados a los

pacientes al menos cuatro (4) horas al día y se encuentran disponibles al menos tres (3) días a la semana, aunque algunos pacientes pueden necesitar asistir con menor frecuencia. Los servicios son esencialmente de la misma naturaleza e intensidad (incluida la atención médica y de enfermería) que los proporcionados en un Hospital, excepto que el paciente se encuentra en el programa por menos de veinticuatro (24) horas al día. El paciente no se considera un residente del programa. La gama de servicios ofrecidos está diseñada para abordar un trastorno relacionado con la salud mental o relacionado con el consumo de sustancias tóxicas, a través de un plan de tratamiento individualizado proporcionado por un equipo de tratamiento multidisciplinario coordinado.

Proveedor: Un Hospital, Centro de Salud Asociado, Médico o Profesional de la Salud Asociado, con licencia donde sea requerida, que se desempeñe dentro del alcance de la licencia y que haya sido aprobado por Nosotros. Si un Proveedor no se encuentra sujeto a una licencia estatal o federal, tenemos el derecho de definir todos los criterios bajo los que pueden ofrecerse los servicios de un Proveedor a Nuestros Afiliados, de forma que los Beneficios se apliquen a una Reclamación del Proveedor. Las Reclamaciones sometidas por Proveedores que no cumplan con estos criterios serán denegadas.

- A. Proveedor Blue Connect: Un Proveedor que firmó un contrato con Nosotros para participar en Nuestra Red de Proveedores Blue Connect. A este Proveedor lo llamamos Proveedor de la Red.
- B. Proveedor Participante: Un Proveedor que no firmó un contrato para participar en la Red Blue Connect, pero firmó un contrato para participar en la Red de HMOLA, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana u otro plan de Blue Cross and Blue Shield.
- C. Proveedor No-Participante: Un Proveedor que no firmó un contrato para participar en la Red Blue Connect, o en una Red de HMOLA, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana ni para ningún otro plan de Blue Cross and Blue Shield.

Proveedor Asociado: cualquier Centro de Salud Asociado o Profesional de la Salud Asociado.

Proveedor del Programa Quality Blue Primary Care (QBPC): Un Proveedor que es un médico de familia, médico general, internista, geriatra, enfermero especializado o asistente médico y que firmó un acuerdo para participar en el programa Quality Blue Primary Care.

Proveedor de la Red: Un Proveedor que ha firmado un acuerdo con Nosotros para participar como Miembro de la Red de Proveedores Blue Connect de HMO Louisiana, Inc. Este Proveedor también puede ser definido como un Proveedor de la Red Blue Connect.

Proveedor que No Pertenece a la Red: Un Proveedor que no es Miembro de la Red Blue Connect de HMO Louisiana, Inc. Los Proveedores Participantes y Proveedores No Participantes son Proveedores que No Pertenece a la Red porque no tienen un contrato con la Red de Proveedores Blue Connect HMOLA.

Queja: Una expresión oral de insatisfacción con Nosotros o con los servicios del Proveedor.

Queja Formal: una expresión por escrito de insatisfacción con Nuestros servicios o los del Proveedor

Recién Nacido: un bebé desde el momento del nacimiento hasta el primer (1.º) mes o hasta que se encuentre en buenas condiciones para recibir el alta del Hospital o de la Unidad de Atención Especial de neonatología para irse a su casa, el período que sea más largo.

Reclamación: Una Reclamación es una prueba escrita o digital, con un formato aceptado por Nosotros, de los cargos por Servicios Cubiertos incurridos por el Miembro durante el período en que el Miembro estaba asegurado por el Plan de Beneficios. Las disposiciones en vigor al momento en que se recibió el servicio o tratamiento regirán la manera en que procesemos la Reclamación de cualquier gasto incurrido como resultado del servicio o tratamiento prestado.

Reconsideración informal: Una solicitud telefónica para una revisión adicional de una determinación de no Autorizar un servicio o tratamiento por parte de Administración de Utilización. La Reconsideración Informal está disponible solo para determinaciones de Revisiones Iniciales o Concurrentes que se solicitan dentro de los diez (10) días a partir de la denegación.

Rehabilitación Cardíaca: Un programa estructurado que proporciona intervenciones coordinadas y multifacéticas que incluyen entrenamiento físico supervisado, educación, asesoramiento y otras intervenciones de prevención secundaria. Está diseñado para acelerar la recuperación de eventos cardiovasculares agudos como infarto de miocardio, revascularización miocárdica u hospitalización por insuficiencia cardíaca y para mejorar las capacidades funcionales y psicosociales.

Rehabilitación Pulmonar: Una intervención integral basada en una evaluación exhaustiva del paciente, seguida de terapias adaptadas a sus necesidades que incluyen, entre otros, el entrenamiento con ejercicios, la educación y el cambio de comportamiento, diseñadas para mejorar la afección física y psicológica de las personas con enfermedades respiratorias crónicas y promover la adopción a largo plazo de conductas que mejoren la salud.

Repatriación: El acto de regresar al país de nacimiento, ciudadanía y origen.

Rescisión de la Cobertura: Cancelación o discontinuación de la cobertura que tiene un efecto retroactivo. Esto incluye una cancelación que trata una póliza como nula desde el momento en que el grupo se inscribió o una cancelación que anula los Beneficios pagados hasta un año antes de la cancelación.

Revisión Concurrente: Una revisión de Necesidad Médica, adecuación de la atención o nivel de atención realizada durante la hospitalización del paciente en las instalaciones o durante el transcurso del tratamiento.

Servicio de Ambulancia: El transporte que sea Médicamente Necesario mediante un vehículo especialmente diseñado y equipado para transportar a personas enfermas y lesionadas. El vehículo debe estar equipado como un vehículo de traslado de emergencia y debe contar con personal de ambulancia capacitado de acuerdo con lo requerido por las leyes estatales y locales correspondientes que rigen para los vehículos de traslado de emergencia.

Servicio Cubierto: Un servicio o suministro especificado en este Plan de Beneficios para los que existen Beneficios disponibles cuando los proporciona un Proveedor.

Servicio de Diagnóstico: Servicios de radiología, laboratorio y patología y otras pruebas o procedimientos que consideramos como práctica médica aceptada, que se prestan cuando se presentan síntomas específicos y que tienen como finalidad la detección o el seguimiento de una afección, enfermedad o lesión específica. Un Servicio de Diagnóstico debe ser indicado por un Proveedor antes de prestar el servicio.

Servicios de diagnóstico por imágenes:

- A. Diagnóstico por imágenes de Baja Tecnología: Los servicios de imágenes médicas que incluyen, entre otros, radiografías, pruebas con máquina, diagnóstico por imágenes, y radioterapia.
- B. Diagnóstico por imágenes de Alta Tecnología: Servicios de diagnóstico por imágenes que incluyen, entre otros, resonancia magnética (IRM), angiografía por resonancia magnética (ARM), tomografía computarizada (TC), tomografía por emisión de positrones (TEP), y cardiología nuclear.

Servicio de Enfermería General, Comidas y Alojamiento: Las habitaciones, comidas y todos los servicios y actividades generales proporcionados por los empleados de un Hospital para la atención de los pacientes. Esto incluye toda la atención de enfermería y los servicios instructivos de enfermería proporcionados como parte del gasto de alojamiento y comida del Hospital.

Servicios de Labio Leporino y Paladar Hendido: Los servicios dentales preventivos y de restauración para asegurar la buena salud y las estructuras dentales adecuadas para el tratamiento de ortodoncia o la gestión de prótesis o la terapia.

Servicios Médicos de Emergencia: Lo siguiente cuando esté relacionado con una afección médica de emergencia, a menos que no lo exija la ley vigente:

- A. Cuando esté dentro de las posibilidades de un Hospital o de un departamento de emergencias independiente, los siguientes servicios y artículos:

1. Un examen médico de detección, incluidos los servicios auxiliares de los que dispone habitualmente el servicio de emergencias para evaluar una afección médica de emergencia
 2. Un examen médico adicional y el tratamiento que pueda ser necesario para estabilizar la afección médica, independientemente del departamento del Hospital en el que se preste dicho examen o tratamiento adicional.
- B. Con respecto a una afección médica de emergencia e independientemente del departamento del Hospital en el que se preste, los servicios adicionales que sean:
1. Servicios cubiertos en este Plan de beneficios;
 2. Suministrados después de que el afiliado esté estabilizado; y
 3. Parte de una observación ambulatoria o de una hospitalización o consulta ambulatorio con respecto a la consulta en la que se prestan los servicios médicos de urgencia.

Si se cumplen ciertas condiciones establecidas en la ley vigente, los servicios adicionales enumerados anteriormente no se consideran Servicios Médicos de Emergencia y no es necesario que estén cubiertos como Servicios Médicos de Emergencia.

Servicios Privados de Enfermería: Servicios de un Enfermero Registrado (RN, por sus siglas en inglés) o un Enfermero Especializado con Licencia (LPN, por sus siglas en inglés) que no sea un familiar directo, cónyuge ni hijo adoptado del paciente. Estos servicios deben ser ordenados por el Médico que atiende y requieren las destrezas técnicas de un R.N. o un L.P.N., en turnos de al menos ocho (8) horas continuas.

Servicios Protésicos: La ciencia y práctica de evaluar, medir, diseñar, fabricar, ensamblar, acondicionar, alinear, ajustar o reparar una prótesis a través del reemplazo de partes externas de un cuerpo humano que se perdieron por amputación o malformaciones congénitas para restaurar el funcionamiento, el aspecto estético o ambos. También incluye la atención clínica Médicamente Necesaria.

Servicios Quiroprácticos: El diagnóstico de afecciones asociadas con la integridad funcional de la columna y el tratamiento de esas afecciones a través del ajuste, la manipulación y el uso de propiedades físicas y otras propiedades del calor, luz, agua, electricidad, sonido, masajes, ejercicios terapéuticos, movilización, dispositivos mecánicos como tracción mecánica y masaje mecánico, y otras medidas de rehabilitación para corregir interferencias con las transmisiones y expresiones nerviosas normales.

Servicios de Telemedicina: Un sistema a distancia para prestar servicios de atención médica utilizando las tecnologías de comunicación e información que permite el diagnóstico, consultas, tratamientos, educación, administración de la atención, autocontrol del paciente y ayuda al personal de asistencia médica, por los Proveedores médicos aprobados por Nosotros para prestar servicios de Telemedicina. Los Servicios de Telemedicina brindan a los Proveedores la capacidad de prestar servicios cuando el Proveedor y el paciente se encuentran en distintas ubicaciones.

- A. Servicios de Telemedicina Asíncrona: La transmisión de información médica pregrabada del paciente a un Proveedor desde el sitio de origen a un sitio distante sin que el paciente esté presente.
- B. Servicios de Telemedicina Síncrona: La interacción entre el paciente y el Proveedor en diferentes ubicaciones en tiempo real, mediante la transmisión de video y audio bidireccional, generalmente a través de un portal de pacientes establecido.

Servicio de Valor Agregado: Servicios disponibles para el Grupo, con o sin cargo, que se proporcionan fuera de los Beneficios cubiertos en este Plan de Beneficios. Estos servicios podrían incluir, entre otros, desarrollo de materiales de capacitación, administración de COBRA, provisión de programas de computadora analíticos, de inscripción, de informes u otro tipo de programas de computadora, preparación de informes, asesoramiento de cumplimiento, etc. Los Servicios de Valor Añadido no se consideran Beneficios conforme con esta o cualquier otra póliza de seguro. El Grupo nunca tiene la obligación de aceptar los Servicios de Valor Añadido, y la Compañía puede dejar de ofrecer y pagar los Servicios de Valor Añadido en cualquier momento.

Suscriptor: Un empleado, jubilado u oficial electo que ha cumplido con las especificaciones del Esquema de Requisitos de este Plan de Beneficios y se ha inscrito para obtener cobertura, y a quien hemos emitido una copia de este Plan de Beneficios.

Sustancias Peligrosas Controladas: Un medicamento o sustancia, o precursor inmediato, incluido en las listas I al V de la Ley de Sustancias Controladas, Título II de la Ley Integral de Prevención y Control del Consumo de Drogas de 1970.

Terapia Genética: Un tratamiento que implica la administración de material genético para modificar o manipular la expresión de un gen o para alterar las propiedades biológicas de las células vivas para uso terapéutico.

Terapia Ocupacional (TO): La evaluación y el tratamiento de lesiones físicas o enfermedades, disfunciones cognitivas, discapacidades congénitas o del desarrollo, o el proceso de envejecimiento por el uso de actividades orientadas a una meta específica, ejercicios terapéuticos u otras intervenciones que mitigan una discapacidad o mejoran la capacidad funcional. Esto puede incluir el diseño, la fabricación o la aplicación de dispositivos ortésicos; capacitación sobre el uso de dispositivos ortésicos y protésicos; diseño, desarrollo, adaptación o capacitación en el uso de dispositivos de ayuda; y la adaptación de entornos para la mejora de la capacidad funcional.

Terapia de Patologías del Habla y del Lenguaje: El tratamiento utilizado para controlar el habla y lenguaje, la comunicación cognitiva y dificultad para tragar. Los objetivos se orientan a la mejora o la recuperación de las funciones.

Trastorno de la Articulación Temporomandibular o Cráneomandibular: trastornos que causan dolor o disfunción de la articulación temporomandibular o cráneomandibular, que deriva de enfermedades reumáticas, trastornos oclusivos dentales, estrés de la articulación interna o externa u otras causas.

Trastornos del Espectro Autista (ASD, por sus siglas en inglés): Cualquiera de los trastornos generalizados del desarrollo de acuerdo con lo definido en la edición más reciente del Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Washington, D.C. (DSM). Estos trastornos se caracterizan por la disfunción grave y generalizada en distintas áreas del desarrollo: destrezas de interacción social recíproca, destrezas de comunicación o la presencia de comportamiento, intereses y actividades estereotipados. ASD incluye afecciones tales como el Trastorno Autista, el Síndrome de Rett, el Trastorno de Desintegración Infantil, el Síndrome de Asperger y el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

Trastorno Mental (Salud Mental): un síndrome o patrón psicológico y de comportamiento clínicamente significativo. Esto incluye, entre otras: psicosis, trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad, trastornos afectivos y enfermedades mentales graves específicas según lo definido en la legislación estatal de Luisiana en los La. R.S. 22:1043 (anteriormente 22:669) (esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo; trastorno bipolar; trastorno de pánico; trastorno obsesivo compulsivo; trastorno depresivo severo; anorexia y bulimia; trastorno explosivo intermitente; trastorno de estrés postraumático; trastornos psicóticos no especificados en otra categoría cuando se diagnostica en menores de diecisiete (17) años; síndrome de Rett, y síndrome de Tourette), y afecciones y enfermedades descritas en la edición más reciente del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Washington D.C. (DSM, por sus siglas en inglés), incluyendo otros Trastornos Mentales no psicóticos, que serán determinados por la Compañía. La definición de Trastorno Mental (Salud Mental) debe ser la base para determinar los Beneficios independientemente de si las condiciones son genéticas, orgánicas, químicas o biológicas, así como de la causa o de otras afecciones médicas.

Unidad de Atención Especial: una unidad designada de un Hospital aprobado por Nosotros y que cuenta con todas las instalaciones, los equipos y los servicios de apoyo para proporcionar un nivel de atención intensiva para pacientes con enfermedades graves, como una unidad neonatal de cuidados intermedios, una unidad de telemetría para pacientes cardíacos o una unidad de aislamiento.

Vacuna Terapéutica o de Tratamiento: Una vacuna que tiene como objetivo tratar una infección o enfermedad a través del estímulo del sistema inmunológico para proporcionar protección contra la infección o enfermedad.

ARTÍCULO III. ESQUEMA DE REQUISITOS

EN EL ESQUEMA DE BENEFICIOS, SE PUEDE ELIMINAR O REVISAR CUALQUIER REQUISITO PARA LA AFILIACIÓN DESCRITO EN ESTE PLAN DE BENEFICIOS, QUE NO SEA EXIGIDO POR LA LEY ESTATAL O FEDERAL.

NADIE PUEDE INSCRIBIRSE SIMULTÁNEAMENTE COMO EMPLEADO Y DEPENDIENTE EN ESTE PLAN, NI PUEDE SER UN DEPENDIENTE CUBIERTO POR MÁS DE UN EMPLEADO.

A. Requisitos para la afiliación

1. Suscriptor. Para ser candidato para inscribirse como Suscriptor, la persona debe residir en el Área de Servicio de Blue Connec HMO, Louisiana, Inc. y debe ser:
 - a. un empleado que haya cumplido con todos los criterios designados por Nosotros, que haya cumplido con los requisitos del Período de Espera para la Afiliación del Grupo y que esté trabajando la cantidad de horas requeridas por Nosotros en la Solicitud para Cobertura Grupal;
 - b. un jubilado que cumple con todos los criterios designados por Nosotros y, si corresponde, como se establece en este Esquema de Beneficios del Plan de Beneficios del Grupo;
 - c. un oficial electo que cumple con todos los criterios designados por Nosotros y, si corresponde, como se establece en este Esquema de Beneficios del Plan de Beneficios del Grupo;
2. Dependiente. Para ser candidato a inscribirse como Dependiente, una persona debe cumplir con los siguientes requisitos en el momento de la inscripción. Para mantener los servicios de cobertura como Dependiente, la persona debe seguir cumpliendo con los requisitos. El incumplimiento continuado de los requisitos a partir de ese momento, puede resultar en la decisión por parte de la Compañía de que el Dependiente ya no califica para recibir los servicios de la cobertura y que los Beneficios para Dependientes pueden finalizar de la manera descrita en este Plan de Beneficios.
 - a. Cónyuge
 - b. HIJOS: Un niño menor de veintiséis (26) años que sea uno de los siguientes:
 - (1) hijo del Suscriptor; o
 - (2) legalmente dado en adopción con el Suscriptor; o
 - (3) adoptado legalmente por el Suscriptor; o
 - (4) un niño del que el Suscriptor o su Cónyuge hayan obtenido la custodia legal o provisional por mandato, o un niño del que el Suscriptor o su Cónyuge sean el tutor o tutores designados por el tribunal; o
 - (5) un niño que el Suscriptor mantiene conforme con la Orden para la cobertura garantizada de la solicitud de asistencia médica infantil (QMCSO, por sus siglas en inglés) o la Orden Nacional de Manutención Médica (NMSN, por sus siglas en inglés); o
 - (6) un hijastro del Suscriptor; o
 - (7) un nieto que resida con el Suscriptor, siempre y cuando un mandato del tribunal le haya concedido al Suscriptor la custodia legal o la custodia provisional del nieto; o
 - (8) El hijo o nieto del Suscriptor, que está bajo la custodia legal y que reside con el Suscriptor, que está cubierto en el Plan antes de cumplir 26 años, y puede permanecer cubierto en el Plan una vez cumpla los veintiséis (26) años porque cumple con la definición y los requisitos de un Dependiente Mayor de Edad.

B. Solicitud de Cobertura

1. Todas las personas calificadas pueden inscribirse para obtener cobertura conforme a este Plan de Beneficios y pueden incluir a todos los Dependientes que califiquen.
2. El Grupo nos presentará toda la información de inscripción como requisito previo a la cobertura de este Plan de Beneficios.
3. Este Plan de Beneficios no cubrirá a ninguna persona a menos que Nosotros hayamos aceptado el formulario de inscripción o la información de inscripción en un formato que se considere aceptable para Nosotros y que hayamos emitido una tarjeta de identificación u otra notificación escrita de aceptación. El pago de las primas que Nosotros recibimos en nombre de una persona no hará efectiva la cobertura a menos y hasta que se haya emitido nuestra tarjeta de identificación u otra aprobación por escrito y, cuando no se hayan emitido, Nuestra responsabilidad estará limitada a reembolsar las primas pagadas.
4. Este Plan de Beneficios de Grupo y su cobertura no se emitirán ni renovarán a menos que se inscriba el porcentaje de Personas Calificadas especificado en la Solicitud de Cobertura de Grupo.

C. Clases de Cobertura Disponibles

Las clases de cobertura definidas a continuación están disponibles y quedan sujetas a la selección de la clase o las clases de cobertura por parte del Grupo, como se muestra en la Solicitud para Cobertura de Grupo. El Grupo tiene el derecho de modificar las clases de cobertura seleccionadas cuando sea necesario a través del envío de una solicitud a nuestro Departamento de Evaluación de Riesgos.

1. Cobertura de Suscriptor Solo significa que la cobertura será únicamente para el Suscriptor.
2. Cobertura de Suscriptor y Cónyuge significa que la cobertura será para el Suscriptor y su Cónyuge.
3. Cobertura de Suscriptor y Familia significa que la cobertura será para el Suscriptor, su Cónyuge y uno o más hijos Dependientes.
4. Cobertura de Suscriptor e Hijo (o Hijos) significa que la cobertura será para el Suscriptor y uno o más hijos Dependientes.
5. Cobertura de Suscriptor y Dependiente significa que la cobertura será para el Suscriptor y un Dependiente.

D. Fecha de entrada en vigor:

Cuando se haya aceptado la inscripción y se hayan abonado las primas requeridas para la cobertura, la cobertura comenzará a partir de la siguiente Fecha de entrada en vigor correspondiente, conforme a cualquier Período de Espera para la Afiliación:

1. Si un individuo se convierte en Persona Calificada en la Fecha del plan de beneficios del Grupo y se inscribe para obtener cobertura para sí mismo o para sí mismo y sus Dependientes que cumple con los requisitos en esa o antes de esa fecha, La Fecha del plan de beneficios del Grupo será la Fecha de entrada en vigor de la cobertura.
2. Si un individuo se convierte en una Persona calificada después de la fecha del Plan de Beneficios del Grupo y se inscribe para obtener cobertura para sí mismo o para sí mismo y sus Dependientes, y la Compañía recibe la solicitud de inscripción dentro de los treinta (30) días de la fecha de inscripción, la Fecha de entrada en vigor de la cobertura será la fecha de inscripción.
3. Si no recibimos la solicitud de una Persona calificada para recibir cobertura para sí misma, o para sí misma y sus Dependientes que cumple con los requisitos dentro de los treinta (30) días de la fecha de inscripción o del Período de inscripción especial como se describe a continuación, se denegará la solicitud de inscripción. La Persona Calificada deberá cumplir con los requisitos para inscribirse en la cobertura durante el próximo Período de Inscripción.

4. Si un Suscriptor tiene un hijo que cuenta con una cobertura que incluye a hijos Dependientes (cobertura para el Suscriptor y la Familia o cobertura para el Suscriptor e Hijos), y la Compañía recibe la solicitud de inscripción dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores al nacimiento, la fecha de nacimiento será la Fecha de entrada en vigor de la cobertura.

E. Determinación Ordenada por un Tribunal

Si se emite una determinación judicial para que se cubra un Dependiente que cumple con los requisitos del Plan de Beneficios del Empleado, el Empleado debe inscribirse así mismo, si aún no lo ha hecho, e inscribir al Dependiente que cumple con los requisitos completando la solicitud de inscripción y entregándola en Nuestra oficina principal dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que el tribunal dictó la determinación. Si se inscribe a tiempo, la cobertura del Dependiente que cumple con los requisitos entrará en vigor en la fecha en que el tribunal emita la determinación.

F. Inscripción especial

1. Inscripción Especial debido a la pérdida de otras Coberturas

Los derechos de inscripción especial por pérdida de otras coberturas están disponibles solo para empleados o representantes electos y sus dependientes. Estos derechos no están disponibles para jubilados.

Los afiliados que pierden otra cobertura porque no pagan sus primas o contribuciones requeridas, o pierden otra cobertura por causa (como la presentación de Reclamaciones fraudulentas o una tergiversación intencional de los hechos materiales en relación con el Planes), no son afiliados especiales y no tienen derechos especiales de inscripción.

Una Persona Calificada que no esté inscrita en este Plan de Beneficios podrá ser autorizada a inscribirse como Afiliado Especial si se cumple cada una de las siguientes condiciones:

- a. La Persona Calificada debe cumplir con los requisitos para recibir cobertura bajo los términos de este Plan de Beneficios;
- b. La Persona Calificada debe haber rechazado la inscripción a este Plan de Beneficios cuando se ofreció.
- c. La Persona Calificada debe haber perdido la cobertura de un plan considerado como Cobertura Acreditada con fines de Portabilidad de HIPAA.
- d. La cobertura de la Persona Calificada descrita anteriormente en el apartado c.:
 - (1) ocurrió bajo una disposición de continuación conforme a la ley COBRA y el período de continuación de la ley COBRA se agotó por uno de los siguientes motivos:
 - (a) el período completo de continuación conforme a la ley COBRA se agotó;
 - (b) el Empleador u otra entidad responsable no remitió las primas requeridas oportunamente;
 - (c) la persona que recibe cobertura a través de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) ya no vive, reside ni trabaja en el área de servicios de la HMO, ya sea por elección de la persona en el área de servicio o no, y no hay otra cobertura conforme a la ley COBRA disponible;
 - (d) la persona incurre en una Reclamación que alcanza o excede el límite de por vida de todos los Beneficios y no hay otra continuación de cobertura bajo la ley COBRA disponible para la persona; o
 - (2) no estaba acogido a la disposición de continuación de cobertura conforme a la ley COBRA y perdió la otra cobertura de salud debido a:
 - (a) Pérdida de los requisitos para recibir cobertura. La pérdida de los requisitos para recibir cobertura incluye, pero no se limita a lo siguiente:

- (i) pérdida de los requisitos para recibir cobertura como resultado de separación legal, divorcio, pérdida del estatus de Dependiente, fallecimiento, finalización del contrato laboral o reducción de horas de trabajo;
 - (ii) en el caso de la cobertura ofrecida a través de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) en el mercado individual, la pérdida de la cobertura debido a que la persona ya no vive, reside ni trabaja en un área de servicio que cubre la HMO, ya sea por elección de la persona o no;
 - (iii) en el caso de la cobertura ofrecida a través de una HMO en el mercado de grupos, pérdida de la cobertura debido a que la persona ya no vive, reside ni trabaja en un Área de Servicio que cubre la HMO, ya sea por elección de la persona o no y por la ausencia de otra cobertura de salud disponible para la persona; o
 - (iv) un plan ya no ofrece ningún Beneficio para la clasificación de personas en situaciones similares.
- (b) terminación de las contribuciones del Empleador para la otra cobertura.

Un Afiliado Especial conforme a esta sección debe solicitar inscripción en la cobertura bajo este Plan de Beneficios dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que termine la otra cobertura (o después de que el Empleador dejó de contribuir para la otra Cobertura que no sea COBRA). Si HMO Louisiana, Inc. recibe esa inscripción de cobertura dentro de los treinta (30) días posteriores a la pérdida de la otra cobertura, la cobertura entrará en vigor en la fecha en que se perdió la otra cobertura. Si la inscripción no se recibe dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de la pérdida de la otra cobertura, pero se recibe dentro de los sesenta (60) días a partir de la pérdida de la otra cobertura, la cobertura comenzará a más tardar el primer día del mes calendario que comienza después de que Nosotros recibamos la solicitud de inscripción especial. La cobertura no estará disponible si HMO, Louisiana, Inc. no recibe la solicitud de formulario de inscripción dentro de los sesenta (60) días de la pérdida de otra cobertura.

2. Inscripción Especial de un Hijo Dependiente por pérdida de cobertura bajo el Programa de Seguro Médico para Niños o un Programa Medicaid
 - a. Este Plan de Beneficios proporciona un Período de Inscripción Especial para un empleado o sus Dependientes familiares si (1) están cubiertos por un programa de Medicaid o un Programa de Seguro Médico Estatal para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) y pierden esa cobertura debido a la falta de requisitos necesarios o (2) cumplen con los requisitos para la subvención de la prima prevista en el programa CHIP. Para cumplir con los requisitos, el empleado debe solicitar la cobertura en este plan médico de Grupo dentro de los sesenta (60) días tras la fecha en que terminó la cobertura con Medicaid o CHIP, o la fecha en que se determinó que el empleado o el Dependiente pasan a tener derecho a la asistencia para las primas. La solicitud de inscripción especial en virtud de esta sección debe ser recibida por una oficina de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana dentro del período de sesenta (60) días posteriores a la pérdida de la cobertura o a la fecha en que se determine que el empleado o el Dependiente cumple con los requisitos para la subvención de la prima. Cuando la inscripción especial en virtud de esta sección se realice a tiempo y se recibe por la Compañía a tiempo, la cobertura entrará en vigor en la fecha de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP, o en la fecha en que el empleado o el Dependiente cumple con los requisitos para la subvención de la prima.
 - b. El empleado puede anular la inscripción de un niño dependiente de esta cobertura e inscribir al niño a la cobertura CHIP el primer día de cualquier mes en el que el niño cumpla con los requisitos para recibir dicha cobertura CHIP. El Empleado debe notificar inmediatamente por escrito a la Compañía la baja del niño para evitar la Continuación de la cobertura bajo este Plan.
3. Inscripción Especial por Adquirir un Dependiente
 - a. Este Plan de Beneficios deberá brindar un período de Inscripción especial durante el cual se pueda inscribir al dependiente de un empleado, jubilado o representante electo participante en el plan. Si aún no están afiliados, los empleados actuales o representantes electos deben inscribirse con el dependiente

al transcurrir un Período de Espera para la Afiliación y siempre que no se haya inscrito durante un período de inscripción previo. (Los jubilados que en ese momento no participan no cuentan con estos derechos de inscripción especiales para inscribir Dependientes y es posible que no ingresen en el plan por este motivo).

- b. Una persona se convierte en Dependiente del Empleado con cobertura o que califica, jubilado o cargo electo a través de matrimonio, nacimiento, adopción o la entrega en adopción. En el caso del nacimiento, la adopción o entrega en adopción de un niño, el Cónyuge del empleado, jubilado o cargo electo puede ser inscrito como Dependiente, si esa persona cumple con los requisitos para recibir cobertura.
- c. Si el Grupo ofrece varias opciones para el plan médico, el empleado, jubilado o cargo electo puede escoger otra opción para sí mismo y para sus Dependientes cuando se aplique la condición de Afiliado Especial.
- d. Hay un período de un mes de cobertura automática para Recién Nacidos (naturales o adoptados), como se describe a continuación. Cualquier período de cobertura automática coincide con el Período de inscripción especial para poder añadir esos bebés a este Plan de Beneficios.
- e. El Período de Inscripción Especial descrito en este apartado es un período de no menos de un mes después y comenzará en la fecha que sea más tarde entre la fecha en que la cobertura del Dependiente esté disponible o la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. Si la solicitud para inscripción no se hace a tiempo, la solicitud se denegará y se dará por finalizado cualquier período de cobertura automática.
- f. En caso de un nacimiento, adopción o entrega en adopción, un empleado en activo podrá inscribirse a sí mismo, a su cónyuge o al niño recién nacido o adoptado y a otros niños Dependientes que cumplen con los requisitos. La inscripción debe solicitarse a través de la firma de un formulario de inscripción no más tarde de un mes posterior al nacimiento, adopción o entrega en adopción. Si la oficina de HMO Louisiana, Inc. recibe el formulario de inscripción a más tardar un mes posterior al nacimiento, adopción o entrega en adopción, la cobertura entrará en vigor en la fecha de nacimiento del Recién Nacido natural o en la fecha de adopción o entrega en adopción del Recién Nacido adoptado. Un Suscriptor puede inscribir a su hijo natural antes de su nacimiento; sin embargo, la cobertura no entrará en vigor hasta la fecha de nacimiento. La cobertura de los niños adoptados no entrará en vigor en la fecha de nacimiento. Si no recibimos el formulario de inscripción firmado dentro del mes posterior al nacimiento, la adopción o la entrega en adopción, finalizará todo período de cobertura automática. Si no recibimos el formulario de inscripción firmado dentro del mes posterior al nacimiento, la adopción o la entrega para adopción, pero lo recibimos dentro de los sesenta (60) días posteriores al nacimiento, la adopción o la entrega para adopción, la cobertura entrará en vigor antes del primer día del mes calendario que comienza después de que Nosotros recibamos la solicitud para inscripción especial. No habrá ninguna cobertura disponible si el formulario de inscripción no se firma dentro del mes posterior al nacimiento, la adopción o la entrega en adopción. La cobertura no estará disponible si no recibimos la solicitud de inscripción dentro de los sesenta (60) días posteriores al nacimiento, la adopción o la entrega en adopción.
- g. En el caso del matrimonio, un empleado actual puede inscribirse a sí mismo y a los nuevos dependientes resultantes del matrimonio. La inscripción debe solicitarse a través de la firma de un formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días posteriores al matrimonio. La cobertura entrará en vigor a partir de la fecha del matrimonio si la oficina de HMO, Louisiana, Inc. recibe el formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días posteriores al matrimonio. Si Nosotros no recibimos el formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días siguientes al matrimonio, pero lo recibimos dentro de los sesenta (60) días siguientes al matrimonio, la cobertura comenzará no más tarde del primer día del mes calendario que comienza después de Nosotros recibamos la solicitud de inscripción especial. La cobertura no estará disponible si la solicitud de inscripción no se firma dentro de los treinta (30) días siguientes al matrimonio. La cobertura no estará disponible si HMO Louisiana, Inc. no recibe el formulario de inscripción dentro de los sesenta (60) días posteriores al matrimonio.

4. Período de Cobertura Automático para Recién Nacidos

- a. Si un Suscriptor que tiene cobertura para Suscriptor Solo o Cobertura para Suscriptor y Cónyuge, tiene un hijo, aplicará lo siguiente:

- (1) Dicho niño recibirá cobertura automáticamente durante un mes desde al nacimiento o hasta que el niño sea dado de alta del hospital o la unidad de atención médica especial neonatal, el período que sea más largo. Este es el período de cobertura automática. La cobertura automática para el niño se proveerá a través de la póliza de la madre, si alguna. Si la madre no tiene póliza, entonces la cobertura automática se proveerá a través de la póliza del padre, siempre que este Nos haya notificado del nacimiento del niño. La cobertura del niño continuará en vigor de ahí en adelante, solo si Nosotros recibimos relleno el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado antes de que expire el período de cobertura automática, y siempre que las primas requeridas para la cobertura del niño se paguen cuando se facturen.
 - (2) Si el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado completado no es recibido durante este periodo, la cobertura para el niño finalizará cuando expire el periodo de cobertura automática. Cualquier solicitud posterior para agregar al niño a la cobertura debe realizarse durante el Período de inscripción o conforme a la disposición de inscripción especial.
- b. Si un Suscriptor se convierte en padre y cuenta con una cobertura que incluye a niños dependientes (cobertura para el Suscriptor y la Familia o cobertura para el Suscriptor y sus Hijos), la fecha de entrada en vigor de la cobertura del bebé será la fecha de nacimiento. Usted debe notificarnos dentro de los ciento ochenta (180) días del nacimiento para actualizar Nuestros registros.
5. Período de Cobertura Automática para Recién Nacidos Adoptados.
- a. Para Miembros que cuentan con una cobertura para Suscriptor Solo o Cobertura para Suscriptor y Cónyuge:
- Si dentro de un mes del nacimiento del niño, el niño es: entregado en el hogar del Suscriptor para ser adoptado después del acto voluntario de ceder la custodia al Suscriptor o su representante legal, que se convierte en irrevocable, o está sujeto a una orden del tribunal que le otorga la custodia al Suscriptor, aplicará lo siguiente:
- (1) El niño estará cubierto automáticamente por un mes a partir de la fecha de entrega legal en el hogar del Suscriptor o de la orden de custodia, o si el recién nacido nace enfermo, a partir de la fecha en que hubiese sido entregado legalmente en el hogar del Suscriptor si no hubiese estado enfermo, hasta que el niño este lo suficientemente bien para ser dado de alta del Hospital o la Unidad neonatal de Atención Especial, lo que sea más tarde. El niño no estará cubierto desde el nacimiento. La cobertura del niño continuará en vigor a partir de entonces, solo cuando recibamos relleno un Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado antes del vencimiento del periodo de cobertura automática, siempre que las primas requeridas para la cobertura del niño se paguen cuando se facturen.
 - (2) Si no recibimos el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado correctamente relleno dentro de este período de cobertura automática, la cobertura del niño finalizará cuando expire el período de cobertura automática. Cualquier solicitud posterior para agregar al niño a la cobertura puede realizarse durante el Período de inscripción o conforme a otra disposición de inscripción especial.
- b. Para los Miembros que tienen cobertura de Suscriptor y Familia o cobertura de Suscriptor e Hijo(s):
- Si dentro del mes siguientes al nacimiento de un niño, el Recién Nacido: es legalmente entregado en el hogar del Suscriptor para su adopción tras un acto de entrega voluntario o, si es un recién nacido enfermo, desde la fecha en que el niño pudo haber sido legalmente entregado en el hogar del Suscriptor de no haber estado enfermo, bajo la custodia del Suscriptor o de su representante legal la cual se vuelve irrevocable, o está sujeto a una orden judicial que otorga la custodia a un Suscriptor que tenga cobertura que incluya hijos Dependientes, la Fecha de entrada en vigor de la cobertura del recién nacido adoptado será la fecha de entrega en el hogar del Suscriptor o la fecha de la orden de custodia. La cobertura del niño no entrará en vigor desde el nacimiento Debe notificarnos dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha de la entrega en el hogar o de la orden de custodia para que podamos actualizar nuestros registros.

6. En circunstancias de Inscripción Especial, un empleado, jubilado o representante electo deben inscribirse en este Plan de Beneficios para poder inscribir a su(s) Dependiente(s).

ARTÍCULO IV. BENEFICIOS

EN EL ESQUEMA DE BENEFICIOS, SE PUEDE ELIMINAR O REVISAR CUALQUIER BENEFICIO DESCRITO EN ESTE PLAN DE BENEFICIOS, QUE NO SEA EXIGIDO POR LA LEY ESTATAL O FEDERAL.

A. Categorías de Beneficios

1. Este Plan de Beneficios Blue Connect Punto de Servicio incluye las siguientes categorías de Beneficios:
 - a. Beneficios de la Red (Beneficios de la Red Blue Connect): Los beneficios por Servicios Cubiertos recibidos de un Proveedor de la Red Blue Connect. Cuando un Miembro recibe atención de un Proveedor de la Red Blue Connect, recibirá el nivel más alto de Beneficios de este plan.
 - b. Beneficios Fuera de la Red: Beneficios recibidos de un Proveedor que no tiene un contrato con la red Blue Connect. Cuando un Miembro recibe atención de un Proveedor que No Pertenece a la Red, recibirá el nivel más bajo de Beneficios de este plan.

AVISO: Hay beneficios disponibles para trasplantes de Órganos, Tejidos y Médula Ósea y evaluaciones si la Autorización se recibe antes de los servicios prestados. Adicionalmente, los Beneficios de Red Blue Connect pagados por Nosotros a un Proveedor de Red Blue Connect pueden ser reducidos por el incumplimiento del Proveedor de obtener la Autorización previa de Nosotros cuando sea requerido para hacerlo. Consulte la sección de Administración de la Atención de este Plan de Beneficios y el Esquema de Beneficios para obtener información adicional.

2. Beneficios de la Red (Red Blue Connect)

Debe pagar todos los Copagos, Cantidades de Deducible y Coaseguro que correspondan como se muestra en el Esquema de Beneficios para un Servicio Cubierto específico cada vez que se preste el Servicio Cubierto, sujeto a las limitaciones o a los Beneficios máximos indicados. Estas cantidades están sujetas a cambios cada cierto tiempo. El Copago de la Visita al Consultorio Médico puede reducirse o no aplicarse cuando los servicios los proporciona un Proveedor participante del programa Quality Blue Primary Care (QBPC). Los Proveedores del QBPC incluyen Médicos de Familia, Médicos Generales, Internistas y Enfermeros Especializados.

3. Beneficios que No Pertenece a la Red

Después de que se haya alcanzado la cantidad de Deducible que se muestra en el Esquema de Beneficios, y sujeto a las limitaciones máximas y otros términos y disposiciones de este Plan de Beneficios, Nosotros ofreceremos los Beneficios en el Coaseguro que se muestra en el Esquema de Beneficios respecto a los Cargos Permitidos que el Miembro haya incurrido durante un Período de Beneficios. Nuestro pago exacto a un Proveedor o al Afiliado cumple con Nuestra obligación de proporcionar Beneficios conforme a este Plan de Beneficios. Las Cantidades de Deducibles y Coaseguro están sujetos a cambios cada cierto tiempo.

4. Las Cantidades de Desembolso pueden ser diferentes para los Beneficios de la Red Blue Connect y los Beneficios de Fuera de la Red Blue Connect.
 - a. Los siguientes importes se acumulan en la Cantidad de Desembolso de este Esquema de Beneficios: Después de que el Miembro haya alcanzado la Cantidad de Desembolso, pagaremos el cien por ciento (100 %) de los Cargos permitidos por Servicios cubiertos durante el resto del Período de Beneficios:
 - (1) Cantidades de Deducible;
 - (2) Coaseguros; y
 - (3) Copagos que el Miembro paga.

- b. Lo siguiente no se acumula en la Cantidad de Desembolso:
 - (1) cualquier cargo que exceda el Cargo Permitido;
 - (2) cualquier sanción que el Afiliado o el Proveedor tenga que pagar; y
 - (3) los cargos por Servicios no Cubiertos.
- 5. Los Beneficios por servicios de un Proveedor de la Red que se acumulan a la Cantidad de Desembolso para Proveedores de la Red no se acumularán a la Cantidad de Desembolso para Proveedores de Fuera de la Red. Los Beneficios por servicios de Proveedores Fuera de la Red que se acumulan a la Cantidad de Desembolso para Proveedores Fuera de la Red no se acumularan a la Cantidad de Desembolso para Proveedores de la Red.

B. Deducibles

Este producto cuenta con varios tipos de Cantidades de Deducibles. Cada Cantidad de Deducible es independiente del otro. Los pagos hacia un Deducible no se aplican a ningún otro Deducible.

C. Cantidades de Deducible

Aplicaremos los Reclamaciones del Afiliado al Deducible en el orden en que se recibieron y procesaron los Reclamaciones. Es posible que un Proveedor pueda cobrar el importe del Deducible al Afiliado, y posteriormente, cuando el Afiliado reciba Servicios Cubiertos de otro Proveedor, que ese Proveedor también le cobre al Afiliado el Deducible. Esto generalmente ocurre cuando las Reclamaciones del Afiliado no han sido recibidas y procesadas por Nosotros. Nuestro sistema solo mostrará la Cantidad de deducible aplicada a las Reclamaciones que han sido procesadas. Por lo tanto, es posible que el Afiliado deba pagar el importe del Deducible hasta que se presenten y procesen sus Reclamaciones, demostrando que se ha alcanzado la Cantidad de su deducible. Si el Afiliado realiza un pago que excede su Cantidad de deducible, el Afiliado tiene derecho a recibir un reembolso del Proveedor al que pagó de más.

D. Transferencias de Acumuladores

Las necesidades de los Afiliados a veces requieren que se realicen transferencias de una póliza a otra. Los tipos de transferencias incluyen, pero no se limitan a pasar de un plan de un Empleador a otro, de una póliza de Grupo a una póliza individual, de una póliza individual a una póliza de Grupo, o de una póliza de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana a una póliza de HMO Louisiana, Inc. El tipo de transferencia que se realiza determina si los acumuladores de un Afiliado se transfieren de la póliza anterior a la nueva póliza. Los acumuladores incluyen, entre otros Deducibles, Cantidades de Desembolso y Límites Máximos del Período de Beneficios.

E. Servicios de Copago

El Afiliado debe pagar uno o más Copagos cada vez que se brinden los Servicios Cubiertos correspondientes. La cantidad del Copago depende del servicio y del tipo de Proveedor de la Red que brinda el servicio. Los Copagos de las consultas, si corresponde, serán los que se muestran en el Esquema de Beneficios.

Si corresponde, el Copago por consulta Médica puede reducirse o no aplicarse cuando los servicios los proporciona un Proveedor participante del programa Quality Blue Primary Care (QBPC).

- 1. Ejemplos de Servicios Cubiertos sujetos a Copagos:
 - a. Visitas a consultorios;
 - b. Procedimientos quirúrgicos realizados en el consultorio del Médico; y
 - c. Educación sobre diabetes.

2. Los siguientes servicios pueden estar cubiertos al 100 % del Cargo Permitido cuando los realiza un Médico de la Red u otro Proveedor que está sujeto a un Copago por visita al consultorio.
 - a. Inyecciones, sueros para alergias y viales de medicamentos para alergia*;
 - b. Pruebas de alergia*;
 - c. Anestesia;
 - d. Quimioterapia*;
 - e. Tratamiento de radiación*;
 - f. Imágenes de Baja Tecnología*;
 - g. Pruebas de laboratorio*;
 - h. Diálisis*;
 - i. Terapia de infusión intravenosa; y
 - j. Suministros médicos y quirúrgicos;

*Si el Esquema de Beneficios dice: «Plan All Copay», estos servicios pueden estar sujetos a Copagos distintos, además del copago de visita al consultorio, cuando los realiza un Proveedor de la Red.

ARTÍCULO V. BENEFICIOS DE HOSPITAL

Todas las Admisiones (que incluyen, entre otros, admisiones electivas o que no sean de Emergencia, admisiones de Emergencia, admisiones para la Atención durante el Embarazo y Admisiones por trastornos de salud mental o por consumo de sustancias tóxicas) deben ser Autorizadas como se describe en el Artículo de Administración de la Atención. Además, a intervalos regulares durante la estancia como Paciente Hospitalizado, la Compañía realizará una Revisión Concurrente para determinar si la continuación de la hospitalización y el nivel de atención son adecuados. El Miembro debe pagar Copagos, las Cantidades Deducibles y el Coaseguro que correspondan, y está condicionado a otras limitaciones indicadas en el Esquema de Beneficios.

Si un Afiliado acude a la sala de Emergencias de un Hospital por una Afección Médica de Emergencia, y el Afiliado es ingresado en el Hospital, la Admisión debe ser Autorizada. Esto no es un requisito de Autorización previa.

Si un Afiliado está recibiendo Servicios Médicos de Emergencia y es ingresado en un Hospital que No Pertenece a la Red, los Beneficios se procesarán al nivel de Deducible y Coaseguro que no Pertenece a la Red que figura en el Esquema de Beneficios. Alternativamente, si un Miembro desea trasladarse a un Hospital de la Red Blue Connect, los Beneficios se procesarán al nivel de la Red Blue Connect.

Si un Afiliado está recibiendo Servicios Médicos de Emergencia y es ingresado en un Hospital que No Pertenece a la Red, los Beneficios se procesarán al nivel de Deducible y Coaseguro más alto de la Red Blue Connect que figura en el Esquema de Beneficios.

Según lo permita la ley vigente, una vez estabilizado, el Afiliado debe trasladarse a un Hospital de la Red Blue Connect o puede recibir una sanción como se muestra en el Esquema de Beneficios.

El Afiliado puede recibir una factura por el cargo total del Hospital No Participante, excepto en la medida en que la ley vigente prohíba la facturación del saldo pendiente.

Si un Afiliado recibe servicios de un Médico en una clínica que ofrece servicios dentro de un Hospital, el Afiliado podría estar sujeto a los cargos del Médico o la clínica, así como a los cargos del centro.

Se cubren los siguientes servicios que un Hospital preste a un Afiliado:

A. Servicio de Enfermería General, Comidas y Alojamiento para Pacientes Hospitalizados

1. Habitación del Hospital, comidas y servicios de enfermería general.
2. En una Unidad de Atención Especial para Afiliados enfermos de gravedad que requieren un nivel intensivo de cuidado.
3. En un Centro o Unidad de Enfermería Especializada o mientras recibe servicios de enfermería especializada en un Hospital u otro centro aprobado por Nosotros.
4. En un Centro de Tratamiento Residencial para Afiliados con Beneficios de Salud Mental y por trastornos por consumo de sustancias tóxicas.

B. Otros servicios hospitalarios (Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios)

1. Uso de las salas de operaciones, partos, recuperación o tratamiento y los equipos.
2. Fármacos y medicinas, incluidos aquellos de venta con receta para ser administrados en casa.
3. Transfusiones de sangre, incluyendo el costo de la sangre entera, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma, cargos de procesamiento, cargos administrativos, equipos y suministros.
4. Anestesia, suministros de anestesia y servicios de anestesia proporcionados por un empleado del Hospital.
5. Suministros médicos y quirúrgicos, yesos y férulas.
6. Servicios de Diagnóstico proporcionados por un empleado del Hospital.
7. Fisioterapia proporcionada por un empleado del Hospital.
8. Evaluación psicológica cuando lo indique el Médico que atiende y la realice un empleado del hospital.

C. Sala de Emergencias (solo en el Centro)

Un Afiliado debe pagar una Copago de Sala de Emergencia, Cantidad de Deducible o Coaseguro, si se aparece en el Esquema de Beneficios, por cada consulta que el Afiliado haga a un Hospital o a un Centro de Salud Aliado para Servicios Médicos de Emergencia.

El Copago por servicios en la Sala de Emergencias no se aplica si la consulta resulta en una Admisión Hospitalaria.

D. Evaluación previa a la Admisión

Los Beneficios se proporcionarán por el cargo del Centro a Pacientes Ambulatorios y los honorarios profesionales asociados por los servicios de diagnóstico proporcionados dentro de las setenta y dos (72) horas de un procedimiento programado realizado en un centro para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

ARTÍCULO VI. BENEFICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Los Beneficios para los siguientes servicios médicos y quirúrgicos están disponibles y pueden requerir Autorización. Vea el Esquema de Beneficios para determinar cuáles servicios requieren Autorización. El Afiliado debe pagar todo los Copagos, las Cantidades Deducibles y el Coaseguro, y está condicionado a otras limitaciones indicadas en el Esquema de Beneficios.

A. Servicios Quirúrgicos

1. Operación

- a. El Cargo Permitido por Operación para Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios incluye todas las consultas médicas preoperatorias y posoperatorias.

Nosotros definimos y determinamos el período preoperatorio y posoperatorio, y este es el período adecuado para la atención médica de rutina del procedimiento quirúrgico específico.

- b. Cuando se lleva a cabo en el consultorio del Médico, el Cargo Permitido para la Operación incluye la visita al consultorio. No se permiten Beneficios adicionales para los cargos de las consultas en el mismo día de la Operación.

2. Servicios Médicos o Quirúrgicos Múltiples: cuando se realizan múltiples servicios Médicamente Necesarios (concurrentes, sucesivos u otros servicios médicos o quirúrgicos múltiples) en el mismo evento, los Beneficios se pagan de la siguiente manera:

a. Servicio Primario

(1) Nosotros determinaremos el primario o principal.

(2) Los Beneficios para el servicio primario se basarán en el Cargo Permitido.

b. Servicio Secundario

El servicio secundario es un servicio realizado además del servicio primario, según sea determinado por Nosotros. El Cargo Permitido para el servicio secundario se basará en un porcentaje del Cargo Permitido que podría aplicarse si el servicio secundario hubiera sido el servicio primario.

c. Servicio Secundario

(1) Un servicio secundario es aquel que se lleva a cabo al mismo tiempo que un servicio primario según lo determinemos Nosotros.

(2) Los servicios secundarios cubiertos no se reembolsan por separado. El Cargo Permitido para el procedimiento primario incluye cobertura para cualquier servicio secundario. Si el servicio primario no está cubierto, el(los) servicio(s) secundario(s) tampoco estará(n) cubierto(s).

d. Servicios desagregados

(1) La desagregación ocurre cuando se usan dos (2) o más códigos de servicio para describir un servicio médico o quirúrgico realizado cuando existe un código de servicio único y más completo que describe con precisión todo el servicio médico o quirúrgico realizado. Los servicios desagregados se consideran incluidos en el código de servicio integral adecuado, según determinemos.

(2) El Cargo Permitido del código de servicio integral incluye el cargo por los servicios desagregados. Proporcionaremos Beneficios de acuerdo con el código de servicio integral adecuado, según lo determinemos Nosotros.

e. Servicio Mutuamente Excluyentes

(1) Los servicios mutuamente excluyentes son dos (2) o más servicios que normalmente no se realizan en la misma sesión operatoria u ocurren en el mismo paciente en la misma fecha de servicio y que se facturan por separado. Los servicios mutuamente excluyentes también pueden incluir diferentes descripciones de códigos de servicios para el mismo tipo de servicios en los que el Médico debe someter solo uno (1) de los códigos. Uno o más de los servicios duplicados no son reembolsables, ya que deben reembolsarse solo una vez.

- (2) El Cargo Permitido incluye todos los servicios realizados en el mismo evento. Aquellos servicios que no se consideren Médicamente Necesarios no estarán cubiertos.

3. Asistente de Cirujano

Un asistente de cirujano es un Médico, un asistente de Médico licenciado, un Primer Auxiliar de Enfermería Registrado y Certificado (CRNFA, por sus siglas en inglés), un Primer Auxiliar de Enfermería Registrado (RNFA, por sus siglas en inglés) o un enfermero certificado especializado. La cobertura para un asistente de cirujano se provee solo si el uso de un asistente del cirujano es requerido por las normas nacionales establecidas. El Cargo Permitido para el asistente del cirujano se basa en un porcentaje de la tarifa que se le paga al cirujano principal.

4. Anestesia

- a. Los servicios de anestesia general están cubiertos cuando los solicite el Médico que opera y los presten un enfermero certificado y registrado como anestesista (CRNA, por sus siglas en inglés) o un Médico que no sea el Médico que opera o el asistente de cirujano para servicios quirúrgicos cubiertos. También se proveerá cobertura para otros tipos de servicios de anestesia, según Nosotros lo definamos y aprobemos. La dirección o supervisión médica de la administración de la anestesia incluye atención de la administración de la anestesia en las etapas preoperatoria, operatoria y posoperatoria.
- b. Los procedimientos de anestesia o sedación que realice el Médico que opera, su cirujano asistente, o un enfermero registrado de práctica avanzada, se cubrirán como parte del procedimiento quirúrgico o de diagnóstico a menos que Nosotros determinemos lo contrario.
- c. Los Beneficios de anestesia se determinarán aplicando el Coaseguro al Cargo Permitido, tomando como base el procedimiento quirúrgico primario que se realice. Los Beneficios están disponibles para el anestesista o el CRNA que proporcione el servicio. Cuando un anestesista dirija o supervise médicamente al CRNA, el pago podría dividirse entre la dirección o supervisión médica y la administración de la anestesia cuando se facturen por separado.

5. Segunda Opinión Quirúrgica

Las segundas opiniones quirúrgicas están cubiertas, sujetas a los copagos, coaseguros y deducibles correspondientes, pero no son obligatorias para recibir beneficios.

B. Servicios Médicos para Pacientes Hospitalizados

Sujeto a las disposiciones de las secciones correspondientes a Operaciones y Atención del Embarazo de este Plan de Beneficios, los Servicios Médicos para Pacientes Hospitalizados incluyen:

1. Consulta médica a pacientes hospitalizados
2. Atención Concurrente;
3. Consulta (según se define en este Plan de Beneficios).

C. Servicios Médicos y Quirúrgicos para Pacientes Ambulatorios

1. Consultas a domicilio, en el consultorio y otras consultas externas para el examen, el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los Beneficios de servicios médicos para Pacientes Ambulatorios no incluyen pagos por separado para visitas médicas preoperatorias y posoperatorias de rutina para Operación o Atención del Embarazo.
2. Servicios de un Centro Quirúrgico Ambulatorio
3. Consulta (según se define en este Plan de Beneficios).

ARTÍCULO VII. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Los Medicamentos con Receta se cubren según se muestra en cualquiera de las opciones que figuran a continuación. Consulte Su Esquema de Beneficios para saber qué Beneficio para Medicamentos con Receta le corresponde.

- A. La cobertura se encuentra disponible para los Medicamentos con Receta. Los Medicamentos con Receta deben despacharse en o después de la Fecha de entrada en vigor del Afiliado por un farmacéutico con licencia o un técnico de farmacia bajo la dirección de un farmacéutico con licencia, con la receta de un Médico o un Profesional de la Salud Asociado que tenga licencia para recetar medicamentos. Los Beneficios se basan en el Cargo Permitido que determinemos y solo se cubrirán aquellos Medicamentos con Receta que Nosotros consideremos Medicamento Necesarios. Ciertos Medicamentos con Receta podrían estar sujetos a Terapia Escalonada o requerir Autorización Previa, según figura en el Esquema de Beneficios.
- B. Algunas farmacias han contratado con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia para aceptar una cantidad negociada como pago total de los Medicamentos con Receta cubiertos que dispensan. Estas farmacias son Farmacias Participantes. Los Beneficios se basan en el Cargo Permitido que Nosotros determinemos. El Cargo Permitido para los Medicamentos de Venta con Receta cubiertos adquiridos en «Farmacias Participantes» se basa en el importe que pagamos a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia. Usamos el importe que Nosotros pagamos a Nuestro Administrador de Farmacia como base para determinar Nuestros pagos por los Medicamentos con receta cubiertos del Afiliado y el importe que el Afiliado debe pagar por los Medicamentos con receta cubiertos. Para obtener la información de contacto de las «Farmacias Participantes», el Afiliado debe comunicarse con Nuestro departamento de servicio al cliente o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.
- C. El Afiliado debe presentar su tarjeta de identificación al farmacéutico cuando adquiere Medicamentos con Receta cubiertos en una Farmacia Participante. El Deducible de Medicamentos con Receta, si aparece en el Esquema de Beneficios, se debe haber cumplido antes de que se aplique cualquier Copago o Coaseguro. Si el Miembro no ha alcanzado su Deducible de Medicamentos con Receta, la Farmacia Participante puede cobrar el cien por ciento (100 %) de los costos rebajados del medicamento en el punto de venta. Si el Afiliado ha alcanzado su Deducible de Medicamento con Receta, pagará la de Copago o Coaseguro que figure en el Esquema de Beneficios. La Farmacia Participante presentará de forma electrónica la Reclamación del Afiliado.
- D. Formulario de Medicamentos con Receta

Este Plan de Beneficios cubre Medicamentos con Receta y utiliza un Formulario de Medicamentos con Receta que puede ser abierto o cerrado. Consulte Su Esquema de Beneficios para ver qué tipo de Formulario de Medicamentos con Receta le corresponde a Usted. Un Formulario de Medicamentos con Receta es una lista de Medicamentos con Receta cubiertos bajo este Plan de Beneficios. Dentro del Formulario de Medicamentos de venta con Receta, los medicamentos se agrupan en diferentes niveles que representan las cantidades variables de los costos compartidos. En general, los Medicamentos con Receta en los niveles más bajos le costarán a Usted menos que los medicamentos en los niveles más altos. Para los medicamentos cubiertos que se enumeran en el formulario, se podría aplicar Nuestro Programa de Administración de Utilización de Medicamentos que se describe más detalladamente en la siguiente sección.

La información sobre Su formulario está disponible para Usted de varias maneras. La mayoría de los Miembros recibe información de Nuestra parte accediendo a la sección de farmacias de Nuestro sitio web es.bcbsla.com/pharmacy, o solicitando una copia por correo llamando a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia al número de teléfono que se encuentra en Su Tarjeta de Identificación.

Usted también puede ponerse en contacto con Nosotros a través del número de teléfono que figura en su Tarjeta de Identificación para consultar si algún medicamento específico está incluido en Su formulario. El hecho de que un Medicamento con Receta esté incluido en Su Formulario de Medicamentos con Receta no garantiza que Su Proveedor de atención médica que emite la receta le recetará el medicamento para una afección médica o enfermedad mental determinada.

1. Formulario Abierto de Medicamentos con Receta

Con un formulario abierto, la Compañía incorpora automáticamente nuevos Medicamentos con Receta a Su cobertura tan pronto el fabricante lanza estos nuevos medicamentos a la venta.

Usted Nos puede presentar una Apelación por escrito si un Medicamento con Receta no está incluido en el formulario y Su Proveedor de atención médica ha determinado que ese medicamento es Medicamento Necesario para Usted. Esta póliza incluye instrucciones sobre cómo presentar una Apelación.

a. Formulario Abierto - (Cuatro Niveles)

- (1) El Deducible de Medicamentos con Receta, si aparece en el Esquema de Beneficios, se debe haber cumplido antes de que se aplique cualquier Copago o Coaseguro. Es posible que el Afiliado deba pagar un Copago o Coaseguro diferente por los distintos niveles de medicamentos. Es posible que el Afiliado deba pagar un Copago o Coaseguro diferente, dependiendo de si se adquieren los Medicamentos con Receta en una tienda o por correo. Los Medicamentos con Receta deben estar sujetos a límites de cantidad.
- (2) Los Copagos o Coaseguros por Medicamentos con Receta se basan en las siguientes clasificaciones de niveles como se muestran en el Esquema de Beneficios. La asignación del nivel se basa en Nuestra evaluación de la eficiencia clínica, la seguridad, el costo y los factores farmacoeconómicos de un medicamento específico. Puede llamar al servicio de atención al cliente o consultar nuestra página web es.bcbsla.com/pharmacy para identificar el nivel en que está clasificado Su Medicamento con Receta.

Nivel 1: Medicamentos de Menor Costo Mayormente Medicamentos Genéricos, aunque algunos Medicamentos de Marca pueden caer en esta categoría.

Nivel 2: Medicamentos de Marca Preferidos Medicamentos de Marca

Nivel 3: Medicamento de Marca No Preferido o Genérico: Mayormente Medicamentos de Marca que pueden tener una alternativa terapéutica que está en el Nivel 1 o Nivel 2, aunque algunos Medicamentos Genéricos pueden entrar en esta categoría. Los Medicamentos Compuestos Cubiertos se incluyen en este Nivel.

Nivel 4: Medicamentos Especializados: Medicamentos de Marca o Medicamentos Genéricos de alto costo que se identifican como Medicamentos Especializados.

b. Formulario Abierto (Dos Niveles)

Después de que se ha alcanzado la Cantidad de deducible, a los Beneficios por Medicamentos con receta adquiridos en la farmacia o por correo se les administrarán el Coaseguro correspondiente como figura en el Esquema de beneficios. Los Medicamentos genéricos y los Medicamentos de marca pueden estar sujetos a diferentes Cantidades de Coaseguro.

2. Formulario Cerrado de Medicamentos con Receta

Un formulario cerrado significa que ciertos Medicamentos de Marca, Medicamentos Genéricos y Medicamentos Especializados están cubiertos cuando aparecen en el formulario. No se cubren los medicamentos que no aparecen en el formulario cerrado, también conocidos como medicamentos fuera del formulario.

Para los Medicamentos con Receta que no están incluidos en Nuestro Formulario de Medicamentos con Receta existe un proceso de evaluación de medicamentos. Este proceso le permite a su Proveedor de atención médica que emite la receta a solicitarnos una evaluación del medicamento. Esta solicitud debe basarse en la Necesidad Médica. Si la solicitud es aprobada, Usted recibirá cobertura para el medicamento que no se encuentra en el Formulario de Medicamentos con Receta. Si no se aprueba la solicitud de revisión de medicamentos, Usted puede presentarnos una solicitud de revisión de medicamentos interna o externa.

a. Formulario Cerrado - (Cuatro Niveles)

- (1) El Deducible de Medicamentos con Receta, si aparece en el Esquema de Beneficios, se debe haber cumplido antes de que se aplique cualquier Copago o Coaseguro. Es posible que el Afiliado deba pagar un Copago o Coaseguro diferente por los distintos niveles de medicamentos. Es posible que el Afiliado deba pagar un Copago o Coaseguro diferente, dependiendo de si se adquieren los Medicamentos con Receta en una tienda o por correo. Los Medicamentos con Receta deben estar sujetos a límites de cantidad.
- (2) Los Copagos o Coaseguros por Medicamentos con Receta se basan en las siguientes clasificaciones de niveles como se muestran en el Esquema de Beneficios. La asignación del nivel se basa en Nuestra evaluación de la eficiencia clínica, la seguridad, el costo y los factores farmacoeconómicos de un medicamento específico. Puede llamar al servicio de atención al cliente o consultar nuestra página web es.bcbsla.com/pharmacy para identificar el nivel en que está clasificado Su Medicamento con Receta.
- (3) Si una solicitud de evaluación del medicamento se aprueba, Usted recibirá cobertura para el medicamento que no figura en el Nivel 3 del Formulario de Medicamentos con Receta si es un medicamento no Especializado y en el Nivel 4 si es un Medicamento Especializado.

Nivel 1: Medicamentos de Menor Costo Mayormente Medicamentos Genéricos, aunque algunos Medicamentos de Marca pueden caer en esta categoría.

Nivel 2: Medicamentos de Marca

Nivel 3: Principalmente Medicamentos de Marca que pueden tener una alternativa terapéutica que está en el Nivel 1 o Nivel 2, aunque algunos Medicamentos Genéricos pueden entrar en esta categoría. Los Medicamentos Compuestos Cubiertos se incluyen en este Nivel.

Nivel 4: Medicamentos Especializados: Medicamentos de Marca o Medicamentos Genéricos de alto costo que se identifican como Medicamentos Especializados.

b. Formulario Cerrado (Dos Niveles)

- (1) Después de que se ha alcanzado la Cantidad de deducible, a los Beneficios por Medicamentos con receta adquiridos en la farmacia o por correo se les administrarán el Coaseguro correspondiente como figura en el Esquema de beneficios. Los Medicamentos genéricos y los Medicamentos de marca pueden estar sujetos a diferentes Cantidades de Coaseguro.
- (2) Si se aprueba una solicitud de evaluación de medicamentos, Usted recibirá cobertura para el medicamento que no está en el Formulario de Medicamentos con Receta al costo compartido de Medicamentos Genéricos o Medicamentos de Marca que aplique.

c. Formulario Cerrado - (Tres Niveles)

- (1) El Deducible de Medicamentos con Receta, si aparece en el Esquema de Beneficios, se debe haber cumplido antes de que se aplique cualquier Copago o Coaseguro. Es posible que el Afiliado deba pagar un Copago o Coaseguro diferente, dependiendo de si se adquieren los Medicamentos con Receta en una tienda o por correo. Los Medicamentos con Receta deben estar sujetos a límites de cantidad.
- (2) Los Copagos o Coaseguros por Medicamentos con Receta se basan en las siguientes clasificaciones de niveles como se muestran en el Esquema de Beneficios. La asignación del nivel se basa en Nuestra evaluación de la eficiencia clínica, la seguridad, el costo y los factores farmacoeconómicos de un medicamento específico. Puede llamar al servicio de atención al cliente o consultar nuestra página web es.bcbsla.com/pharmacy para identificar el nivel en que está clasificado Su Medicamento con Receta.

- (3) Si se aprueba una solicitud de evaluación del medicamento, Usted recibirá cobertura para el medicamento que no figura en el Formulario de Medicamentos con Receta en el nivel de medicamentos más alto (cantidad de costo compartido del Miembro).

Nivel 1: Principalmente los Medicamentos Genéricos (tradicionales y especializados), aunque algunos Medicamentos de Marca pueden caer en esta categoría.

Nivel 2 : Incluye medicamentos de marca tradicionales y genéricos, medicamentos de marca especializados y genéricos, y biosimilares.

Nivel 3: Incluye medicamentos de marca tradicionales y genéricos, medicamentos de marca especializados y genéricos, biosimilares, y medicamentos compuestos cubiertos.

E. Programa de Administración de Utilización de Medicamentos

Nuestro Programa de Administración de Utilización de Medicamentos presenta un conjunto de programas estrechamente alineados que son diseñados para promover la seguridad de los Afiliados, el uso adecuado y el costo rentable de los medicamentos y el control de la calidad de la atención médica. Ejemplos de estos programas incluyen:

1. **Autorización Previa:** Como parte de Nuestro programa de Administración de Utilización de Medicamentos, los Afiliados o Médicos deben solicitar y recibir Autorización previa para ciertos Medicamentos con Receta y suministros para poder acceder a los Beneficios de Medicamentos con Receta. El Esquema de Beneficios contiene una lista de categorías de Medicamentos con Receta que requieren Autorización previa. Sin embargo, esta lista puede cambiar cada cierto tiempo. La lista de categorías de Medicamentos con Receta que requieren autorización previa se encuentra disponible en Nuestro sitio web en es.bcbsla.com o al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que se encuentra en la tarjeta de identificación del Afiliado. Si el Medicamento con Receta requiere Autorización previa, el Médico del Miembro debe llamar al número de teléfono para Autorizaciones médicas que figura en la tarjeta de identificación del Miembro a fin de obtener la Autorización. Si no se obtiene una Autorización, se pueden denegar los Beneficios si posteriormente se determina que el Medicamento con Receta no es Medicamento Necesario.
2. **Controles de Seguridad:** Antes de que se despache la receta del Afiliado, Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia o Nosotros realizaremos controles de calidad y seguridad para precauciones de uso, duplicación de medicamentos y frecuencia de renovación (p. ej., renovar antes de que el setenta y cinco por ciento [75 %] del suministro despachado se haya agotado).
3. **Límite de Cantidad por Despacho o Gasto Cubierto:** Los Medicamentos con receta que seleccionemos se encuentran sujetos a límites de cantidad por suministro diario, por cada vez que se dispensa o cualquier combinación de estos. El Límite de Cantidad por Despacho o el Gasto Cubierto se basa en lo siguiente: a) la dosis recomendada por el fabricante y la duración de la terapia; (b) uso común para el tratamiento episódico o intermitente; (c) recomendaciones o estudios clínicos aprobados por la FDA; o (d) según Nosotros lo determinemos.
4. **Terapia Escalonada:** Ciertos medicamentos o tipos de medicamentos están sujetos a la Terapia Escalonada. En algunos casos, es posible que le solicitemos al Miembro que primero pruebe uno o más Medicamentos con Receta para tratar una afección médica antes de que cubramos otro Medicamento con Receta para esa afección. Por ejemplo, si el Medicamento A como el Medicamento B tratan la afección médica del Afiliado, es posible que solicitemos al Médico del Afiliado que recete el medicamento A en primer lugar. Si el medicamento A no funciona para el Miembro, entonces cubriremos una receta escrita para el medicamento B. Sin embargo, si la solicitud de Su Médico para recetar el medicamento escalonado B no cumple con los criterios necesarios para comenzar con un medicamento escalonado B sin intentar utilizar primero uno del tipo A, o si Usted elige un medicamento B incluido en el programa de Terapia Escalonada de medicamentos sin intentar primero con uno alternativo A, Usted será responsable del costo total del medicamento.
5. **Anulación de la Terapia Escalonada:** Su proveedor que prescribe el Medicamento con Receta puede solicitar una anulación de la Terapia Escalonada.

- a. Se proporcionan anulaciones de la Terapia Escalonada para el cáncer metastásico avanzado en etapa cuatro o afecciones asociadas cuando existen ciertos criterios; también se proporcionan anulaciones de Terapia Escalonada para otras afecciones cuando se cumplen ciertos criterios.
 - b. Cuando se envía una solicitud de Anulación de Terapia Escalonada, responderemos a la solicitud dentro de las setenta y dos horas, a menos que existan circunstancias apremiantes, en cuyo caso responderemos a la solicitud dentro de las veinticuatro horas.
Si no tomamos la determinación a tiempo, la solicitud de anulación se considera aprobada.
 - c. Si se deniega una solicitud de Anulación de Terapia Escalonada, se puede presentar una Apelación.
- F. Algunos suministros para diabéticos, incluidos, entre otros los medidores continuos de glucosa necesarios y los materiales que los acompañan, las jeringas de insulina y las tiras reactivas están cubiertos por el Beneficio de medicamentos con receta.
- G. Cuando un Afiliado compra Medicamentos con Receta Cubiertos en una farmacia que no tiene un contrato con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia o cuando un Afiliado no Nos presenta una reclamación o a nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia, los Cargos Permitidos es el importe que la Compañía paga a nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia por los Medicamentos con Receta cubiertos.
- H. Los Medicamentos con Receta adquiridos fuera de los Estados Unidos deben ser equivalentes a los medicamentos que, de acuerdo con la ley Federal de los Estados Unidos, requieren una receta. Para los Medicamentos con Receta cubiertos y suministros comprados fuera de los Estados Unidos, el Afiliado debe presentar las Reclamaciones en Nuestro formulario de Reclamaciones de Medicamentos con Receta. Para obtener información sobre cómo presentar Reclamaciones por compras de Medicamentos con Receta en el extranjero, el Miembro debe ponerse en contacto con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación del Miembro.
- I. Como parte de Nuestra administración de Beneficios de Medicamentos con Receta, Nosotros podemos divulgar la información sobre la utilización de Medicamentos con Receta del Afiliado, incluso los nombres de los Médicos que recetan Sus medicamentos, a cualquier Médico que atiende al paciente o farmacia proveedora.
- J. Los descuentos o reembolsos que recibimos de los fabricantes de medicamentos sobre el costo de los medicamentos adquiridos en este Contrato se utilizan para equilibrar las tarifas. Usted puede estar sujeto a una carga excesiva de costos para el consumidor cuando se compran Medicamentos con Receta Cubiertos bajo este Plan de Beneficios. (La. R.S. 22.976.)

ARTÍCULO VIII. ATENCIÓN PREVENTIVA O DE BIENESTAR

Los siguientes servicios de Atención Médica de Prevención o del Bienestar están a disposición de los Afiliados. Si un Afiliado recibe servicios cubiertos de Atención Preventiva o del Bienestar de un Proveedor de la Red, los Beneficios se pagarán a un cien por ciento (100 %) del Cargo Permitido a menos que se especifique lo contrario a continuación. Si un Afiliado recibe servicios cubiertos de Atención Médica de Prevención o del Bienestar de un Proveedor de fuera de la Red, los Beneficios estarán sujetos a los importes de Copago (si corresponde) y Coaseguro que se muestran en el Esquema de Beneficios. La Cantidad de Deducible se aplicará a los Servicios Cubiertos recibidos de un Proveedor que No Pertenece a la Red, salvo que se especifique lo contrario a continuación. Los servicios de Atención Preventiva o del Bienestar pueden estar sujetos a otras limitaciones que figuran en el Esquema de Beneficios

A. Exámenes de Rutina de la Mujer

1. Visitas anuales de rutina a un ginecólogo u obstetra. Las visitas adicionales recomendadas por el ginecólogo u obstetra del Miembro pueden estar sujetas a la Cantidad de Deducible, al Copago o Coaseguro que se muestra en el Esquema de Beneficios, si no se trata de un servicio preventivo.
2. Una (1) prueba de Papanicolaou de rutina por Período de Beneficios.

3. Todas las mamografías convencionales y mamografías en 3-D (tomosíntesis digital de seno) y ecografías del seno están cubiertas sin costo para Usted cuando son realizadas por un Proveedor de dentro de la Red. Las mamografías realizadas a través de un Proveedor que No Pertenece a la Red estarán sujetas al Coaseguro que figura en el Esquema de Beneficios.
4. Cuando lo exija la ley vigente, las resonancias magnéticas de seno estarán cubiertas por este beneficio de atención médica de prevención o del bienestar, pero no al cien por cien (100 %). La Cantidad Deducible no se aplicará para las resonancias magnéticas de seno. Los beneficios estarán sujetos al coaseguro que se muestra en el Esquema de Beneficios para los Servicios de Imágenes de Alta Tecnología. Las resonancias magnéticas que no estén cubiertas por esta prestación de atención médica de prevención o del bienestar, podrán estar cubiertas por las prestaciones estándar del contrato para servicios de diagnóstico por imagen de alta tecnología cuando sean médicamente necesarias.

B. Exámenes físicos y pruebas

1. Examen Físico de Bienestar de Rutina: Ciertas pruebas de diagnóstico de bienestar de rutina ordenadas por Su Médico están cubiertas. Entre los ejemplos de pruebas de diagnóstico de bienestar de rutina que se pagarían conforme con este Beneficio de Atención Preventiva o de Bienestar incluyen, entre otros, análisis tales como análisis de orina, conteo sanguíneo completo (CBC, por sus siglas en inglés), bioquímica sérica, calcio, potasio, colesterol y niveles de azúcar en sangre.

Los servicios de Imágenes de Alta Tecnología, tales como, una resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas in inglés) , y cardiología nuclear no están cubiertos por este Beneficio de Atención Medica de Prevención o del Bienestar. Estos servicios de Imágenes de Alta Tecnología están cubiertos por los Beneficios estándar del Plan de Beneficios cuando las pruebas son Médicamente Necesarias.

2. Atención de Rutina del Bebé: Estarán cubiertos los exámenes de rutina de los bebés menores de 24 meses de edad quienes no han recibido diagnóstico alguno. Los exámenes de rutina indicados después de que el bebé cumpla los 24 meses de edad estarán sujetos al Beneficio del Examen Físico de Rutina.
3. Examen de Detección de Cáncer de Próstata: Se cubre un (1) examen de tacto rectal y una prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) por Período de Beneficios, para Afiliados de cincuenta (50) años y mayores, y según la recomendación de su Médico, en caso de que el Afiliado tenga más de cuarenta (40) años. No se aplica la Cantidad de Deducible del Período de Beneficios.

Se permitirá una segunda consulta si el Médico del Afiliado lo recomienda para un tratamiento de seguimiento dentro de los sesenta (60) días posteriores a la consulta, si se trata de una afección diagnosticada o tratada durante las consultas.

4. Examen de Detección de Cáncer Colorrectal: Una prueba inmunoquímica fecal para sangre oculta en heces (A FIT, por sus siglas en inglés), prueba de ADN Cologuard (prueba inmunoquímica Fecal) (FIT-fecal, en inglés), colonografía por Tomografía Computarizada (TC), sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de rutina realizadas conforme a las recomendaciones publicadas más recientemente por el Colegio Estadounidense de Gastroenterología, junto con la Sociedad Estadounidense del Cáncer, respecto de las edades, los antecedentes familiares y las frecuencias mencionadas en esas recomendaciones.

La preparación y los suministros genéricos seleccionados prescritos por un Médico para las colonoscopias cubiertas conforme con el Beneficio Preventivo y de Bienestar, se cubrirán en su totalidad cuando se obtengan de una Farmacia de la Red. Las pruebas de rutina para la detección de cáncer colorrectal no son servicios que de otra manera estarían excluidos de los Beneficios; porque Nosotros consideramos que los servicios son de Investigación. La preparación y los suministros de marca para la colonoscopia estarán cubiertos sin costo alguno para el Afiliado sólo bajo las siguientes circunstancias: el Médico prescribe la preparación y los suministros de marca para la colonoscopia debido a la incapacidad del Afiliado de tolerar la preparación y los suministros genéricos seleccionados para la colonoscopia.

5. Medición de la Masa Ósea: Pruebas científicamente comprobadas para el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis si un Afiliado es:
 - a. es una mujer con deficiencia de estrógeno y riesgo clínico de padecer osteoporosis que está considerando recibir tratamiento.
 - b. es una persona que recibe terapia de esteroides a largo plazo; o
 - c. una persona que está siendo observada para evaluar la respuesta o la eficacia de las terapias con medicamentos aprobados para la osteoporosis.
6. **Pruebas genéticas BRCA1 y BRCA2:** Las pruebas genéticas de los genes BRCA1 y BRCA2 se cubren sin costo para Usted, cuando se obtengan de un Proveedor de la Red para detectar un mayor riesgo de cáncer de seno y de ovario cuando lo recomiende un Proveedor de atención médica de acuerdo con las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos.

C. Atención Médica de Prevención o del Bienestar Exigida por la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Los servicios recomendados por el Equipo de Trabajo de los Servicios Preventivos de los Estados Unidos (que reciban calificaciones A o B), el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, y la Administración de Recursos y Servicios de Salud. Puede ver una copia de Nuestro folleto de Servicios de Atención Preventiva visitando Nuestro sitio web en: es.bcbsla.com/preventive.

La lista de Servicios Cubiertos cambia cada cierto tiempo. Para consultar la lista actual de los servicios recomendados de Atención Preventiva o de Bienestar exigida por la PPACA, visite el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en: <https://healthcare.gov/preventive-care-benefits/> o comuníquese con nuestro departamento de atención al cliente al número de teléfono que figura en su Tarjeta de Identificación.

D. Nuevos servicios de Atención Médica de Prevención o del Bienestar recomendados

Los nuevos servicios están cubiertos por el presente Contrato en la fecha requerida por la ley para dicha cobertura.

E. Servicios de COVID-19

Las pruebas de diagnóstico aprobadas, las pruebas de anticuerpos y los medicamentos antivirales que solicita el Médico del Afiliado con el fin de tomar decisiones clínicas o tratarlo si se sospecha que tiene COVID-19 están cubiertos por este Plan. Cuando un Afiliado recibe estos servicios de un Proveedor de dentro de la Red o que No Pertenece a la Red, los beneficios estarán cubiertos, hasta el límite permitido por la Red, sin costo alguno cuando así lo exige la legislación vigente. Los Proveedores que No Pertenecen a la Red pueden cobrar a los Afiliados la factura completa de los costos. Las cantidades facturadas no se aplican al Desembolso Máximo. Cuando la ley vigente no exija que se cubran sin coste alguno para un Afiliado, su plan podrá pagar según los Beneficios del Contrato, sujetas a los Copago, Deducibles y Coaseguro correspondientes, como se indica en el Esquema de Beneficios para los Proveedores de dentro de la Red o que no pertenecen a la Red.

Las pruebas de diagnóstico y las pruebas de anticuerpos aprobadas no incluyen una prueba utilizada para pruebas de vigilancia de salud pública o relacionadas con el empleo e, independientemente de la necesidad médica, las pruebas de diagnóstico de COVID-19 o las pruebas de anticuerpos para esos fines están excluidas de la cobertura.

ARTÍCULO IX. BENEFICIOS DE SALUD MENTAL

- A. Están disponibles los Beneficios para el tratamiento de la Salud Mental. El tratamiento debe ser brindado por un Doctor en Medicina, un Doctor en Osteopatía o un Profesional de la Salud Asociado. La cobertura para el tratamiento de Trastornos Mentales no incluye los servicios de asesoramiento, como la orientación profesional, terapia de pareja, terapia de divorcio, terapia de pérdida y duelo, asesoría para padres y orientación laboral.
- B. La primera visita de seguimiento después de ser dado de alta de un centro para Pacientes Hospitalizados para el tratamiento de Salud Mental o para el tratamiento de trastorno por consumo de sustancias tóxicas, está disponible sin costo para el Afiliado cuando se realiza dentro de los (7) días posteriores al alta por un Proveedor de la Red, aprobado por Nosotros como proveedor de salud del comportamiento. Se pagarán consultas adicionales sujetas a los Beneficios del Contrato.

ARTÍCULO X. BENEFICIOS DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS

- A. Están disponibles los Beneficios para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias tóxicas. El tratamiento debe ser brindado por un Doctor en Medicina, un Doctor en Osteopatía o un Profesional de la Salud Asociado. Los Servicios Cubiertos solo serán aquellos para el tratamiento del alcoholismo, la drogodependencia y el consumo de sustancias tóxicas y la dependencia fisiológica o psicológica que como consecuencia se desarrolla con el uso continuo.
- B. La primera visita de seguimiento después de ser dado de alta de un centro para Pacientes Hospitalizados para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias tóxicas, está disponible sin costo para el Miembro cuando se realiza dentro de los (7) días posteriores al alta por un Proveedor de la Red, aprobado por Nosotros como proveedor de salud del comportamiento. Se pagarán consultas adicionales sujetas a los Beneficios del Contrato.

ARTÍCULO XI. BENEFICIOS DE CIRUGÍA BUCAL

Para los Beneficios de Cirugía Bucal, los Proveedores de la Red Blue Connect, la Red Dental de United Concordia (Advantage Plus) o la red dental de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana son considerados Proveedores de la Red. Acceda estas Redes en línea en es.bcbsla.com, o llame al número de teléfono de Atención al Cliente que figura en Su tarjeta de identificación para obtener copias de los directorios. La cobertura se proporciona solo para los siguientes servicios o procedimientos:

- A. Escisión de tumores o quistes (no incluye quistes odontogénicos) de mandíbulas, encías, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca.
- B. Extracción de dientes impactados.
- C. Atención y Tratamiento Dental que incluyen la Cirugía y los aparatos dentales requeridos para corregir Lesiones Accidentales de mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar o base de la boca y de los dientes naturales sanos. (Para los fines de esta sección, los dientes naturales sanos incluyen aquellos que están empastados, cubiertos por fundas o coronas o unidos por medio de una corona o funda a un puente. Los dientes naturales sanos pueden tener empastes o tratamiento de conducto radicular.)
- D. Escisión de exóstosis o torus mandibular y del paladar duro.
- E. Incisión y drenaje de abscesos y tratamiento de celulitis.
- F. Incisión de senos paranasales, glándulas y conductos salivales.
- G. Anestesia para los servicios o procedimientos mencionados anteriormente cuando los proporcione un cirujano bucal.

- H. Anestesia para los servicios o procedimientos mencionados anteriormente cuando los proporcione un dentista que cuente con todos los permisos requeridos o con la capacitación para administrar dicha anestesia.
- I. Anestesia cuando se proporciona en un entorno de un Hospital y los cargos asociados al Hospital cuando la afección física o mental del Afiliado requiere que el tratamiento dental se preste entorno de un Hospital.
- J. Los Beneficios están disponibles para servicios dentales no cubiertos de otro modo por este Plan de Beneficios, cuando se requieren específicamente para pacientes que padecen cáncer de cabeza y cuello para restaurar la función corporal de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Los Beneficios se limitan a la preparación o seguimiento de radioterapia que involucra la boca. Para obtener más información sobre cómo acceder a estos Beneficios médicos, comuníquese con Nuestro Centro de Atención al Cliente al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación del Afiliado y solicite hablar con un Administrador de Casos.
- K. Los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos relacionados con el Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) y las afecciones musculares y neurológicas asociadas. Los servicios pueden requerir Autorización Previa, como se muestra en Su Esquema de Beneficios.

ARTÍCULO XII. BENEFICIOS DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y MÉDULA ÓSEA
(Solo para la categoría de la red)

Se requiere Nuestra Autorización para la evaluación de compatibilidad de un Afiliado para los procedimientos y trasplantes de todos los órganos sólidos y de la médula ósea. Para los fines de cobertura bajo este Plan de Beneficios, todos los procedimientos autólogos se consideran trasplantes.

LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS SÓLIDOS Y MÉDULA ÓSEA NO SERÁN CUBIERTOS A MENOS QUE UN MIEMBRO OBTenga NUESTRA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO ANTES DE QUE SE PRESTEN LOS SERVICIOS. EL MIEMBRO, O SU PROVEEDOR DEBE NOTIFICARNOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE EN CUESTIÓN ANTES DE LA ADMISIÓN Y DEBE PRESENTARNOS UNA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO. DEBEMOS RECIBIR LA INFORMACIÓN ADECUADA PARA QUE PODAMOS VERIFICAR LA COBERTURA SI LA NECESIDAD MÉDICA ESTÁ DOCUMENTADA Y APROBAR EL HOSPITAL EN EL QUE SE REALIZARÁ EL PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE. REMITIREMOS LA AUTORIZACIÓN ESCRITA AL MIEMBRO Y A LOS PROVEEDORES.

A. Gastos de adquisición

Si se obtiene un órgano, tejido o médula ósea de un donante vivo para un trasplante cubierto, los gastos médicos del donante se cubrirán como costos de adquisición para el receptor conforme a este Plan de Beneficios.

Si un órgano, tejido o médula ósea es vendido en lugar de ser donado a un Afiliado, el precio de compra de dicho órgano, tejido o médula ósea no estará cubierto.

B. Trasplante de Órganos, Tejidos y Médula Ósea

1. Los beneficios de trasplantes de órganos sólidos y médula ósea están disponibles solo cuando los servicios se reciben en un Centro de Trasplantes Blue Distinction (BDCT) para el trasplante u órgano específico o en un centro de la Red HMO Louisiana, Inc. (HMOLA), a menos que autoricemos lo contrario por escrito. No hay Beneficios disponibles para trasplantes de órganos sólidos y médula ósea realizados en otros centros. Cuando un Miembro es aprobado para estos Beneficios, los Beneficios se pagarán en el nivel de Beneficios de la Red.
2. Los Beneficios de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Médula Ósea se muestran en el Esquema de Beneficios y no están cubiertos en la categoría de Beneficios que No Pertenecen a la Red. Los Beneficios se ofrecen solo para los servicios de la Red.
3. Los Beneficios de Trasplante de Órganos, Tejidos y Médula Ósea incluyen cobertura de medicamentos inmunosupresores prescritos para procedimientos de trasplantes.

4. Los Beneficios como se especifican en esta sección, se proveerán para el tratamiento y la atención que resulten y estén directamente relacionados con los procedimientos de trasplante que se indican a continuación:

a. Trasplantes de Órganos Humanos Sólidos del:

- (1) Hígado;
- (2) Corazón;
- (3) Pulmón;
- (4) Riñón;
- (5) Páncreas;
- (6) Intestino delgado; y
- (7) Otros procedimientos de trasplante de órganos sólidos, según Nosotros lo determinemos que se hayan convertido en práctica estándar y eficaz y que se hayan considerado procedimientos eficaces por publicaciones revisadas por homólogos, así como otros recursos utilizados para evaluar nuevos procedimientos. Estos trasplantes de órganos sólidos serán considerados caso por caso.

b. Procedimientos de Trasplante de Tejidos (Autólogo y Alogénico), como se especifica a continuación:

Los trasplantes de tejido (que no sean de médula ósea) se cubren bajo los Beneficios regulares y no requieren Autorización previa. Sin embargo, si se requiere una Admisión hospitalaria, está sujeta al Artículo sobre la Administración de la Atención.

Los siguientes trasplantes de tejido estarán cubiertos:

- (1) Transfusiones de sangre;
- (2) Trasplante autólogo de paratiroide;
- (3) Trasplantes de córnea;
- (4) Injertos de hueso y cartílago;
- (5) Injertos de piel;
- (6) Trasplantes autólogos de células de los islotes; y
- (7) Otros procedimientos de trasplante de tejidos, según Nosotros lo determinemos, que se hayan convertido en práctica estándar y eficaz y que se hayan considerado procedimientos eficaces por publicaciones revisadas por homólogos, así como otros recursos utilizados para evaluar nuevos procedimientos. Estos trasplantes de tejidos se considerarán según cada caso individual.

c. Trasplantes de Médula Ósea

- (1) Están cubiertos los trasplantes de médula ósea alogénicos, autólogos y singénicos, incluyendo trasplantes en tándem, minitrasplantes (*Transplant lite*) e infusiones intravenosas de linfocitos de donante.
- (2) Otros procedimientos de trasplante de médula ósea que Nosotros hayamos determinado como práctica eficaz estándar y que se hayan convertido en práctica estándar y eficaz y que se hayan considerado procedimientos eficaces por publicaciones revisadas por homólogos, así como también otros recursos utilizados para evaluar nuevos procedimientos. Estos trasplantes de médula ósea se examinarán caso por caso.

ARTÍCULO XIII. BENEFICIOS DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL RECIÉN NACIDO

A. Atención del Embarazo

Los Beneficios para la Atención del Embarazo que sean prestados por un Hospital, Médico o Proveedor de la Salud Asociado están disponibles para la Afiliado cuya cobertura esté vigente al momento en que dichos servicios se presten en relación con su embarazo.

Se requiere una Autorización para una estancia en el Hospital relacionada con el parto de la madre cubierta o el recién nacido sano cubierto, solo si la duración de la estancia de la madre excede las cuarenta y ocho (48) horas tras un parto natural, o las noventa o seis (96) horas tras un parto por cesárea. Se requiere una Autorización si la estancia del recién nacido excede la de la madre. También se requiere una Autorización para un recién nacido que es ingresado por separado debido a complicaciones neonatales.

Contamos con varios programas de maternidad disponibles para ayudar a las Afiliados embarazadas a dar a luz bebés saludables. Tan pronto sepa que está embarazada, llame a Nuestro Departamento de Atención al Cliente al número que figura al dorso de su tarjeta de Identificación. Cuando Usted llame, le informaremos sobre los programas disponibles para Usted.

Los beneficios de atención del embarazo son los siguientes:

1. Servicios Médicos y Quirúrgicos

- a. Consulta inicial y las consultas durante el período del embarazo.
- b. Servicios de Diagnóstico.
- c. Parto, incluyendo la atención prenatal y posparto necesaria.
- d. Aborto Médicamente Necesario requerido para salvar la vida de la madre.

Los partos electivos anteriores a la semana treinta y nueve (39) de gestación serán denegados por no ser Médicamente Necesarios, a menos que los registros médicos avalen la Necesidad Médica. Los cargos del centro y otros cargos relacionados con un parto temprano electivo que no sea Médicamente Necesario también serán denegados.

2. Servicios del centro

Servicios del hospital requeridos en relación con el embarazo y los abortos Médicamente Necesarios como se describe más arriba. El cargo del Hospital (sala de recién nacidos) para un recién nacido sano se encuentra incluido en los Beneficios de la madre para la porción cubierta de su Admisión por Atención del Embarazo. Según lo determinemos, los cargos por recién nacidos sanos pueden estar cubiertos si el Afiliado en este Plan de Beneficios es el padre.

Los partos electivos antes de la semana treinta y nueve (39) de gestación no están cubiertos, a menos que se demuestre que son Médicamente Necesarios. Los cargos del centro y otros cargos relacionados con un parto temprano electivo que no sea Médicamente Necesario tampoco estarán cubiertos.

3. Beneficios

- a. Beneficios de la Red Blue Connect: El Miembro debe pagar un (1) Copago por Atención del Embarazo, si se muestra en el Esquema de Beneficios, por los servicios de los Médicos de la Red para cada embarazo cubierto. Los ingresos Hospitalarias para el embarazo y el parto están sujetas a los Copagos, Deducibles y al Coaseguro por cualquier hospitalización relacionada al embarazo, como se muestra en el Esquema de Beneficios. Además del Copago por Atención del Embarazo, podría aplicarse el Deducible y Coaseguro de la Red a algunos planes, si figura en el Esquema de Beneficios.
- b. Beneficios que No Pertenecen a la Red: El Miembro debe abonar el Coaseguro de Admisión en Hospitalización y el Coaseguro de Atención del Embarazo según el Esquema de Beneficios además de

la Cantidad de Deducible que corresponda. Es posible que se aplique un Deducible y Coaseguro Fuera de la Red a ciertos planes, si figura en el Esquema de Beneficios.

B. Atención del Recién Nacido

1. Declaración de Derechos en virtud de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

Conforme a la ley federal, los Planes médicos de grupo y proveedores de seguros médicos que ofrecen cobertura de Seguros médicos de grupo por lo general no pueden reducir los Beneficios de duración de la hospitalización relacionada con un parto para la madre o para el recién nacido por un periodo inferior a cuarenta y ocho (48) horas tras un parto natural o de noventa y seis (96) horas tras un parto por cesárea. Sin embargo, el plan o el emisor pueden pagar una hospitalización más corta si el Proveedor que les atiende (por ejemplo, Su médico, matrona certificada o asistente médico), después de consultar con la madre, da de alta a la madre o al Recién Nacido antes.

También, conforme a la ley federal, los planes y emisores no podrá fijar el nivel de Beneficios o de sus propios gastos de manera que cualquier período posterior a la estancia de cuarenta y ocho (48) horas o noventa y seis (96) horas se trate de forma menos favorable para la madre o el Recién Nacido que cualquier período anterior a la hospitalización.

Además, conforme a la ley federal, un plan o emisor no podrán solicitar que un Médico u otro Proveedor de atención médica obtengan Autorización para solicitar una hospitalización de hasta cuarenta y ocho (48) horas o noventa y seis (96) horas. Sin embargo, para utilizar ciertos Proveedores o centros o para reducir sus propios gastos, es posible que deba obtener una certificación previa. Para obtener información sobre la Autorización previa, comuníquese con su Administrador del Plan.

2. Para un recién nacido el cual está cubierto desde el nacimiento como un Dependiente:

a. Servicios quirúrgicos y médicos proporcionados por un Médico para el tratamiento de una enfermedad, parto prematuro, posmaduro o afección congénita de un recién nacido y circuncisión. Los servicios proporcionados por un Médico para la Atención del Bienestar del bebé hospitalizado tras el parto y hasta que sea dado de alta están cubiertos.

(1) Beneficios de la Red Blue Connect: El afiliado debe pagar todas las cantidades de Deducibles, Coaseguros y Copagos que correspondan como figuran en el Esquema de beneficios.

(2) Beneficios que No Pertenece a la Red: Los beneficios de servicios de un Médico para tratar a un recién nacido se determinarán al aplicar cualquier Deducible y Coaseguro que correspondan a los Cargos Permitidos por Servicios Cubiertos.

b. Servicios del Hospital, incluidos los servicios relacionados con la circuncisión durante la estancia del recién nacido tras el parto y el tratamiento de una enfermedad, el nacimiento prematuro, la posmadurez o una afección congénita de un recién nacido. Los cargos por servicios para un recién nacido sano, incluido el cargo del Hospital (sala de recién nacidos), no deben facturarse por separado de la factura del Hospital de la madre.

(1) El cargo del Hospital (sala de recién nacidos) para un recién nacido sano se encuentra incluido en los Beneficios de la madre para la porción cubierta de su Admisión por Atención del Embarazo. Según lo determinemos, los cargos por recién nacidos sanos pueden estar cubiertos si el Afiliado en este Plan de Beneficios es el padre.

(2) Beneficios de la Red Blue Connect: Se aplica un Copago por Admisión Hospitalaria a la Admisión de un recién nacido enfermo para su tratamiento en un Hospital. Proporcionaremos beneficios del cien por ciento (100 %) de los cargos permitidos para dicho tratamiento, menos el copago del Miembro. Es posible que se aplique un Deducible y Coaseguro de la Red Blue Connect a ciertos planes, si se muestra en el Esquema de Beneficios.

(3) Beneficios que No Pertenece a la Red: Los beneficios de servicios cubiertos del hospital para el tratamiento de un recién nacido enfermo se determinarán al aplicar el Coaseguro que figura en el

Esquema de beneficios de los cargos permitidos para dichos servicios. Es posible que se aplique un Deducible y Coaseguro Fuera de la Red a ciertos planes, , si figura en el Esquema de Beneficios.

ARTÍCULO XIV. BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE HABILITACIÓN/REHABILITACIÓN

Los Beneficios de Atención de Habilitación y Rehabilitación estarán disponibles para servicios y dispositivos proporcionados para Pacientes Hospitalizados o Pacientes Ambulatorios, incluidos los servicios de Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Terapia de Patología del Habla y Lenguaje, Rehabilitación Cardíaca, Rehabilitación Pulmonar o Servicios Quiroprácticos. Los Beneficios están disponibles cuando la terapia la proporciona un Proveedor licenciado y que ejerce dentro de la competencia que le otorga su licencia. Para poder ser considerado para un centro de rehabilitación como Paciente hospitalizado, el Afiliado debe ser capaz de tolerar un mínimo de tres (3) horas de terapia activa por día.

La Admisión para rehabilitación debe ser Autorizada antes de la Admisión y debe comenzar dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes al alta de una Admisión Hospitalaria por la misma afección o una similar, a menos que Nosotros aprobemos lo contrario.

Los Programas Diurnos de Rehabilitación para la Atención de Rehabilitación pueden ser Autorizados en lugar de las estancias como Pacientes hospitalizados para la rehabilitación. Los Programas Diurnos de Rehabilitación deben ser Autorizados antes de iniciar el programa y deben comenzar dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes al alta de un Ingreso Hospitalario por la misma afección o una similar.

A. Terapia Ocupacional

1. Los servicios de Terapia Ocupacional están cubiertos cuando son realizados por un Proveedor con licencia y que ejerce dentro de la competencia que le otorga su licencia, que incluyen, entre otros, un terapeuta ocupacional con licencia, un asistente de Terapia Ocupacional con licencia y certificado, supervisado por un terapeuta ocupacional con licencia o un enfermero registrado de práctica avanzada con licencia.
2. La Terapia Ocupacional debe ser derivada o solicitada por un Médico, un enfermero registrado de práctica avanzada, un dentista, podólogo u optometrista antes de recibir los servicios.
3. Los servicios relacionados con la prevención, el bienestar y la educación para la Terapia Ocupacional no requerirán un referido.

B. Fisioterapia

1. Los servicios de Fisioterapia están cubiertos cuando son realizados por un fisioterapeuta con licencia que ejerce dentro de la competencia que le otorga su licencia.
2. Un fisioterapeuta con licencia puede realizar una evaluación o Consulta inicial de detección para determinar la necesidad de Fisioterapia.
3. La Fisioterapia debe ser recetada o referida por un Médico, dentista, podólogo o quiropráctico antes de recibir los servicios. Sin embargo, la Fisioterapia se puede proporcionar sin la receta o referido de un Médico, dentista, podólogo o quiropráctico cuando se realiza bajo las siguientes circunstancias, si figura como un Servicio Cubierto:
 - a. A niños con una discapacidad del desarrollo diagnosticada conforme al plan de atención del Miembro.
 - b. Como parte de una agencia de Atención Médica a Domicilio conforme al plan de atención del Miembro.
 - c. A un paciente en un hogar para ancianos conforme al Plan de atención del Miembro.
 - d. En relación con la preparación o para proporcionar educación o actividades en un entorno de bienestar para prevenir las lesiones, reducir el estrés o promover el estado físico; o
 - e. A una persona para una afección o afecciones previamente diagnosticadas para las cuales los servicios de Fisioterapia son adecuados después de informar al Proveedor de atención médica que proporciona

el diagnóstico. El diagnóstico se debe haber realizado dentro de los noventa (90) días anteriores. El fisioterapeuta debe proporcionar al Proveedor de atención médica que realizó dicho diagnóstico con un plan de atención para los servicios de Fisioterapia dentro de los primeros quince (15) días a partir de la intervención de Fisioterapia.

C. Terapia de Patología del Habla y Lenguaje

1. Los servicios de la Terapia de Patologías del Habla y Lenguaje están cubiertos cuando los proporciona un Proveedor con licencia para ejercer en el estado en el que se brindan los servicios y que ejerce dentro de la competencia que le otorga su licencia, incluido, entre otros, un patólogo del habla o un audiólogo.
2. La terapia debe utilizarse para mejorar o recuperar las deficiencias del habla y el lenguaje o de la función de tragar.
3. La Terapia de Patología del Habla y Lenguaje debe ser recetada por un Médico antes de que se presten los servicios.

D. Servicios Quiroprácticos

1. Los Servicios Quiroprácticos estarán cubiertos cuando los preste un quiropráctico con licencia y que ejerce dentro de la competencia que le otorga su licencia.
2. Un quiropráctico con licencia puede hacer recomendaciones sobre la higiene personal y prácticas nutricionales apropiadas para la rehabilitación de un paciente y puede ordenar las pruebas diagnósticas que sean necesarias para determinar las afecciones asociadas con el funcionamiento integral de la columna vertebral.

ARTÍCULO XV. OTROS SERVICIOS, SUMINISTROS O EQUIPOS CUBIERTOS

Los siguientes servicios están disponibles para un Miembro, el Miembro debe pagar todos los Copagos, las Cantidades Deducibles correspondientes y el Coaseguro. Estos servicios, suministros y equipos pueden estar sujetos a otras limitaciones que figuran en el Esquema de Beneficios.

A. Beneficios de la acupuntura

Hay Beneficios disponibles para acupuntura cuando los servicios son Médicamente Necesarios. Los beneficios se limitan a doce (12) visitas por Período de Beneficio. Todas las demás visitas de acupuntura posteriores no están cubiertas.

B. Servicios de ambulancia

1. Servicios de traslado en ambulancia por carretera
 - a. Traslado de Emergencia

Los Beneficios para los Servicios de Ambulancia están disponibles para el transporte local para Afecciones Médicas de Emergencia solo como se especifica a continuación:

- (1) para los Afiliados, hacia el Hospital más cercano capaz de proveer los servicios adecuados según la condición del Afiliado de una enfermedad o lesión que requiera atención en el Hospital;
- (2) para un Recién Nacido, hacia el Hospital o Unidad de Atención Especial neonatal más cercano para el tratamiento de enfermedades, lesiones, defectos de nacimiento congénitos y complicaciones por nacimientos prematuros que requieren ese nivel de atención; o
- (3) para la Madre Médicamente Discapacitada de Forma Temporal de un Recién nacido enfermo cuando acompañe al Recién Nacido enfermo al hospital más cercano o a la Unidad de Atención Especial neonatal, por la recomendación del Médico que trata a la madre respecto de su necesidad de recibir Servicio de Ambulancia profesional.

b. Traslado que No es de Emergencia

Los Beneficios de los Servicios de Ambulancia están disponibles para el transporte local de los Afiliados por afecciones médicas que no presentan una Emergencia para obtener los servicios Médicamente Necesarios para Pacientes Hospitalizados o Ambulatorios cuando el Afiliado esté confinado en cama o su condición sea tal que el uso de cualquier otro método de transporte esté contraindicado. Los Beneficios para el Traslado que no es de Emergencia solo están disponibles hacia o desde el centro u Hospital más cercano, capaz de proveer los servicios Médicamente Necesarios.

El Afiliado debe cumplir con todos los siguientes criterios de confinamiento en cama para calificar para el transporte que no es de Emergencia:

- (1) incapaz de levantarse de la cama sin asistencia; e
- (2) incapaz de caminar; e
- (3) incapaz de sentarse en una silla o en una silla de ruedas.

c. El transporte en un vehículo habilitado para silla de ruedas no es un Servicio de Ambulancia cubierto.

2. Ambulancia por carretera sin traslado

Están disponibles los Beneficios para la respuesta de la ambulancia y el tratamiento en el lugar, sin necesidad de trasladar al Afiliado a un centro para recibir atención médica adicional.

3. Servicios de Traslado en Ambulancia Aérea

a. Traslado de Emergencia

Los Beneficios de los Servicios de Ambulancia aérea están disponibles para los Afiliados con una Afección Médica de Emergencia. Para que se cubra el Servicio de Ambulancia aérea para Afecciones Médicas de Emergencia, el Servicio de Ambulancia aérea debe ser específicamente solicitado por la policía o las autoridades médicas presentes en el lugar junto al Afiliado.

Los Beneficios de Servicios de Ambulancia aérea están disponibles para traslado de emergencia cuando el Afiliado se encuentre en un lugar al que una ambulancia no puede llegar por carretera.

El transporte por Ambulancias aérea, es al centro u Hospital más cercano que pueda proporcionar servicios adecuados para la afección del Afiliado correspondiente a una enfermedad o lesión que requiere atención Hospitalaria;

b. Traslado que No es de Emergencia

Los beneficios para los Servicios de Ambulancia Aérea que no sean de Emergencia deben ser autorizados por Nosotros antes de que se presten los servicios o no se recibirán beneficios para los mismos. Si Nosotros autorizamos los servicios antes de que se presten, los Beneficios para los Servicios de Ambulancia aérea que no sean de Emergencia están disponibles para los Afiliados, al centro u Hospital más cercano capaz de proporcionar servicios apropiados a la afección del Afiliado por una enfermedad o lesión que requiera atención Hospitalaria. Una vez Autorizados, usted debe verificar el estatus de participación en la red del Proveedor del Servicio de Ambulancia aérea en el estado o área donde se recogerá a la persona según el código postal. Para encontrar un Proveedor de la Red dentro del estado o el área donde usted estará recibiendo los servicios, acceda a Blue National Doctor and Hospital Finder (Buscador nacional Blue de médicos y hospitales) a través de <http://provider.bcbs.com> (en inglés) o llame al 1-800-810-2583.

4. Los Beneficios Servicios de Ambulancia se proveerán de la siguiente manera:
 - a. Si un Afiliado paga una tarifa periódica por afiliación a una organización de ambulancias con la que la Compañía no tiene un contrato de Proveedor, los Beneficios por gastos incurridos por el Afiliado por sus Servicios de Ambulancia se basarán en cualquier obligación que el Afiliado deba pagar que no esté cubierta por la tarifa. Si existe un contrato de Proveedor vigente entre la Compañía y la organización de ambulancias, los Beneficios se basarán en el Cargo Permitido.
 - b. Los servicios de traslado médico deben cumplir con todas las leyes locales, estatales y federales, y deben contar con todas las licencias y los permisos válidos adecuados.
 - c. No hay Beneficios si el transporte se realiza para la comodidad o conveniencia de un Afiliado.
 - d. No hay Beneficios disponibles cuando un Hospital transporta a los Afiliados entre distintos lugares de su propio recinto o entre instalaciones que son propiedad o están afiliadas a la misma entidad.

C. Trastorno de Déficit de Atención o Hiperactividad

El diagnóstico y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención o Hiperactividad está cubierto cuando lo presta o prescribe un Médico o Profesional de la Salud Asociado.

D. Trastornos del Espectro Autista, TEA (ASD, por sus siglas en inglés)

Los Beneficios de TEA (ASD, por sus siglas en inglés), incluyen, entre otros, evaluaciones o exámenes Médicamente Necesarios que se realizan para el diagnóstico, atención de Habilitación o Rehabilitación, atención farmacológica, atención psiquiátrica, atención psicológica y atención terapéutica. Los Afiliados que no han cumplido veintiún (21) años pueden recibir el Análisis de Comportamiento Aplicado, cuando la Compañía considere que es Médicamente Necesario. El Análisis de Comportamiento Aplicado no estará cubierto para Afiliados de veintiún (21) años o mayores.

Los Beneficios de TEA (ASD, por sus siglas en inglés), están sujetos a las cantidades de Copago, cantidades de Deducible y cantidades de Coaseguro que corresponden a los Beneficios obtenidos. Ejemplo: Un Miembro obtiene terapia del habla para tratar el ASD. El Afiliado pagará el Copago, cantidad de Deducible o Coaseguro correspondiente que figura en el Esquema de Beneficios para la terapia del habla.

E. Servicios Quirúrgicos para la Reconstrucción del Seno y Atención de Supervivencia a Largo Plazo para el Cáncer del Seno

1. De acuerdo con la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer, un Miembro que está recibiendo Beneficios relacionados con una mastectomía y elige la reconstrucción del seno, también recibirá Beneficios para los siguientes Servicios Cubiertos:
 - a. Todas las etapas de la reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía;
 - b. la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica incluyendo, entre otros, mastectomía profiláctica contralateral, liposucciones para transferencia a un seno reconstruido o para reparar una deformidad en el lugar de donde se realizó la extracción, tatuar la areola del seno, ajustes quirúrgicos del seno no mastectomizado, complicaciones médicas imprevistas que pueden requerir una reconstrucción adicional en el futuro;
 - c. prótesis; y
 - d. el tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

Estos Servicios Cubiertos se prestarán en la manera que se determine en consulta con el Médico que le atiende y el Miembro y, si corresponde, estarán sujetos a cualquier Cantidad de Deducible, Copago y Coaseguro.

2. Ciertas supervivientes de cáncer del seno tienen derecho a recibir exámenes anuales preventivos de detección de cáncer, como parte de la atención de supervivencia a largo plazo. Los Afiliados que pueden realizar los exámenes de detección son aquellos que:
 - a. le han diagnosticada previamente cáncer de seno;
 - b. ha completado el tratamiento de cáncer de seno;
 - c. se sometieron a una mastectomía bilateral; y
 - d. se determinó posteriormente que no tenía cáncer.

Estos exámenes Cubiertos incluyen, entre otros, imágenes de resonancia magnética, ultrasonido o alguna combinación de pruebas, según lo determinado tras la consulta entre el Médico que atiende y el Afiliado. Los exámenes anuales de prevención de cáncer bajo este Beneficio están sujetos a cualquier cantidad de Copago, de Deducible y de Coaseguro.

F. Servicios para labio leporino y paladar hendido

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes servicios:

1. Cirugía bucal y facial, tratamiento quirúrgico y atención de seguimiento.
2. Tratamiento protésico, como obturadores, dispositivos para el habla y dispositivos para la alimentación.
3. Tratamiento y administración de ortodoncia.
4. Servicios dentales preventivos y de restauración para asegurar la buena salud y las estructuras dentales adecuadas para el tratamiento de ortodoncia o la gestión o terapia protésica.
5. Evaluación y terapia del habla y del lenguaje.
6. Evaluaciones audiológicas y dispositivos de amplificación.
7. Tratamiento y administración otorrinolaringológicos
8. Evaluación y asesoramiento psicológico.
9. Evaluación y asesoramiento genético para pacientes y padres.

La cobertura también se proporciona para afecciones secundarias y tratamientos atribuibles a la afección médica primaria.

G. Participación en ensayos clínicos

1. Este Plan de Beneficios proporciona cobertura a cualquier Persona Calificada, para cubrir los costos de rutina de suministros o servicios proporcionados al paciente en relación con su participación en un Ensayo Clínico Aprobado para el cáncer u otra Enfermedad que Pone en Riesgo la Vida. La cobertura estará sujeta a cualquier término, condición y limitación correspondientes bajo este Plan de Beneficios, incluidos las cantidades de copago, deducible o Coaseguro que figuran en el Esquema de Beneficios.
2. Una «Persona Calificada» conforme a esta sección, significa un Afiliado que:
 - a. Cumple con los requisitos para participar en un Ensayo Clínico Aprobado conforme con el protocolo del ensayo respecto al tratamiento del cáncer u otra Enfermedad que ponga en riesgo la vida;
 - b. O que,

- (1) El profesional de atención médica que deriva es un Proveedor Participante y ha llegado a la conclusión de que la participación de la persona en dicho ensayo sería conveniente basado en que la persona cumple con los requisitos mencionados en el párrafo «a», anterior; o
 - (2) El Afiliado provee información médica y científica que establece que la participación del Afiliado en dicho ensayo sería conveniente basado en que el Afiliado cumple con las condiciones descritas en el párrafo «a» anterior.
3. Un «Ensayo Clínico Aprobado» a efectos de este párrafo significa un ensayo clínico de Fase I, II, III o IV realizado en relación con la prevención, la detección o el tratamiento contra el cáncer u otra afección que pone en riesgo la vida y que:
- a. El estudio o investigación está aprobado o financiado (lo que puede incluir fondos a través de contribuciones en especie) por uno o más de los siguientes:
 - (1) Los Institutos Nacionales de la Salud.
 - (2) Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
 - (3) La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud. (AHRQ, por sus siglas en inglés).
 - (4) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
 - (5) Grupos o centros cooperativos de cualesquiera de las entidades descritas en los párrafos (i) a (iv), el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de los Veteranos.
 - (6) Una entidad de investigación calificada no gubernamental identificada en las directrices emitidas por los Institutos Nacionales de la Salud para subvenciones de apoyo al centro.
 - b. El estudio o investigación se lleva a cabo conforme a una solicitud de medicamento nuevo en investigación, evaluada por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - c. El estudio o investigación es un ensayo de medicamento que está exento de tener una solicitud de medicamento nuevo en investigación.
 - d. El estudio o investigación es realizado por cualquiera de los siguientes Departamentos, y el estudio o investigación ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de evaluación por pares que el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (i) determina que es comparable al sistema de revisión por pares de estudios e investigaciones utilizados por los Institutos Nacionales de Salud, y (ii) asegura una revisión imparcial de los más altos estándares científicos por parte de personas calificadas que no tienen un interés en el resultado de la evaluación:
 - (1) El Departamento de Asuntos de los Veteranos.
 - (2) El Departamento de Defensa.
 - (3) El Departamento de Energía.
4. Los siguientes servicios no están cubiertos:
- a. Servicios no relacionados con la atención médica que se provean como parte del ensayo clínico;
 - b. Costos por el manejo de datos asociados al ensayo clínico;
 - c. Los medicamentos en investigación, dispositivos, artículos o servicios en sí mismos; o
 - d. Los servicios, tratamiento o suministros que no están cubiertos de otra forma bajo este Plan de Beneficios.

5. Tratamientos y atención al paciente relacionados con el protocolo que no están excluidos en este párrafo se cubrirán si cumplen con todos los criterios que se mencionan a continuación:
 - a. El tratamiento se proporciona con fines terapéuticos o paliativos en pacientes con cáncer u otras Enfermedades que ponen en Riesgo la Vida o para la prevención o detección temprana de dichas enfermedades.
 - b. El tratamiento se proporciona o los estudios se llevan a cabo en un ensayo clínico de Fase I, II, III o IV.
 - c. El protocolo propuesto debe haber sido revisado y aprobado por una junta de evaluación institucional calificada que opera en este estado y que tiene un contrato de aseguramiento de proyectos múltiples aprobado por la oficina de protección contra a riesgos de investigación.
 - d. El centro y el personal que proporcionan el protocolo deben ofrecer el tratamiento dentro del alcance de su práctica, experiencia y capacitación y ser capaces de hacerlo en virtud de su experiencia, capacitación y cantidad de pacientes tratados para mantener la pericia.
 - e. No debe haber un enfoque claramente superior, que no sea de investigación.
 - f. Los datos clínicos o preclínicos disponibles proporcionan una expectativa razonable de que el tratamiento será al menos tan eficaz como la alternativa que no sea de investigación.
 - g. El paciente ha firmado un formulario de consentimiento aprobado por la junta de revisión institucional.

H. Beneficios de cobertura para la Diabetes

1. Educación en Diabetes y Capacitación para el Autocontrol

- a. Los Afiliados que tienen diabetes insulina dependiente, diabetes con uso de insulina, diabetes gestacional o diabetes sin uso de insulina pueden necesitar educación sobre su afección y capacitación para controlar su afección. La cobertura está disponible para la capacitación y educación del autocontrol, las visitas al dietista y para el equipo y suministros necesarios para la capacitación, si lo prescribe el Proveedor que atiende al Afiliado.
- b. Los programas de evaluación y educación para el control personal de la diabetes están cubiertos sujetos a las siguientes situaciones:
 - (1) El programa debe ser prescrito por el Proveedor que atiende al Miembro y proporcionado por un profesional de la salud con licencia que certifique que el Miembro ha completado satisfactoriamente el programa de capacitación.
 - (2) El programa debe cumplir con el Estándar Nacional del Programa de Educación para el Control Personal de la Diabetes desarrollado por la Asociación Estadounidense de la Diabetes.

2. Detección de Retinopatía Diabética

Los Afiliados diabéticos tienen derecho a recibir exámenes de retina de los ojos para detectar y prevenir la retinopatía diabética y otras complicaciones de los ojos, una vez por Periodo de Beneficios, sin costo para el Afiliado cuando los servicios son proporcionados por un Proveedor de la Red. Los exámenes adicionales o los exámenes realizados por un Proveedor que No Pertenece a la Red están sujetos a los Beneficios del contrato.

I. Consultas al dietista

Los Beneficios están disponibles para visitas a dietistas certificados. Una (1) consulta al dietista está cubierta sin costo para los Afiliados cuando la realiza a un Proveedor de la Red. Todas las demás consultas posteriores a Dietistas están cubiertas por los Beneficios del contrato. Los diabéticos que necesiten los servicios de un Dietista

deben recibir dichos servicios como parte de sus Beneficios de Educación y Capacitación para el Autocontrol de la Diabetes.

J. Equipos y suministros médicos desechables

Los equipos o suministros médicos desechables, que tienen un propósito médico primario, están cubiertos y están sujetos a límites de cantidad razonables según lo determinemos. El equipo y los suministros están sujetos al Deducible y Coaseguro médico del Afiliado.

K. Equipo médico duradero, dispositivos ortésicos, aparatos y dispositivos protésicos

El Equipo Médico Duradero, Órtesis y los Aparatos y Dispositivos protésicos (ya sean para Extremidades o no) están cubiertos por el Deducible y el Coaseguro como aparece en el Esquema de Beneficios.

1. Equipo Médico Duradero

- a. El Equipo Médico Duradero está cubierto cuando el equipo sea prescrito por un Médico antes de obtener el equipo. El equipo no debe proporcionarse principalmente para la comodidad o conveniencia del Afiliado o de otras personas. Además, el equipo debe cumplir con todos los siguientes criterios que se detallan a continuación:

- (1) Debe tolerar el uso reiterado,
- (2) Debe ser principal y comúnmente utilizado para cumplir con un propósito médico.
- (3) Por lo general, no sería de utilidad para una persona que no padece ninguna enfermedad o lesión.
- (4) Debe ser adecuado para el uso en el domicilio del paciente.

- b. Beneficios para alquiler o compra de Equipo Médico Duradero.

- (1) Los beneficios de alquiler de un equipo médico duradero se basarán en el cargo permitido para alquiler (pero no excederán el cargo permitido de compra).
- (2) Según Nuestro criterio, los Beneficios se proporcionarán para la compra de Equipo Médico duradero, suministros adecuados y oxígeno destinados al uso terapéutico. La compra de un equipo Médico Duradero se basará en el Cargo Permitido para compras.
- (3) Cuando el Equipo Médico Duradero es aprobado por Nosotros, los beneficios para el equipo estándar se proporcionarán para cualquier equipo de lujo.

Los equipos de lujo o las características y funcionalidades de lujo de los equipos son aquellos que:

- (a) que no tienen una finalidad médica;
 - (b) que no son necesarios para realizar las actividades de la vida diaria;
 - (c) que son únicamente para la comodidad o confort del Afiliado; o
 - (d) que no son determinados por Nosotros como Medicamento Necesarios.
- (4) Los accesorios y suministros médicos necesarios para el funcionamiento efectivo del Equipo Médico Duradero cubierto, se consideran parte integral del gasto cubierto para el alquiler o compra y no se cubrirán por separado.
 - (5) La reparación o el ajuste del Equipo Médico Duradero que se compre o el reemplazo de los componentes están cubiertos. No se cubrirá el reemplazo de equipo perdido o el reemplazo de equipo dañado debido a negligencia o mal uso. No se cubrirá el reemplazo de equipo dentro de los cinco (5) años posteriores a la compra o alquiler que no sea Medicamento Necesario, según se

define en este Plan de Beneficios. No se cubrirá la reparación, el ajuste o la sustitución del equipo cuando se proporcione en garantía.

c. Limitaciones relacionadas al Equipo Médico Duradero.

- (1) Durante el alquiler del Equipo Médico Duradero, no habrá cobertura para la reparación, ajuste o reemplazo de las piezas y accesorios necesarios para el funcionamiento y mantenimiento adecuado del equipo cubierto, ya que esto es responsabilidad del proveedor del Equipo Médico Duradero.
- (2) No habrá cobertura para el equipo cuando un suministro o aparato normalmente disponible pueda sustituir el equipo para cumplir con el mismo propósito de manera efectiva.
- (3) No hay cobertura para el reemplazo de equipos perdidos. No habrá cobertura para la reparación o el reemplazo del equipo dañado debido a negligencia o uso incorrecto.
- (4) Nosotros determinaremos cuáles serán los límites de cantidad razonables de artículos y suministros de Equipo Médico Duradero.
- (5) Independientemente de las Reclamaciones de Necesidad Médica, los equipos de lujo o las características y funcionalidades de lujo de los equipos que no estén aprobados por Nosotros no están cubiertos.

2. Órtesis

Los beneficios que se especifican en esta sección estarán disponibles para la compra de dispositivos ortésicos y estarán sujetos a lo siguiente:

- a. No habrá cobertura para pruebas o ajustes ya que éstos están incluidos en el Cargo Permitido para la Órtesis.
- b. La reparación o reemplazo de la Órtesis estará cubierta solo dentro de un período de tiempo razonable a partir de la fecha de compra, sujeto a la vida útil esperada del dispositivo. Nosotros determinaremos ese período de tiempo. No se cubrirá la reparación o sustitución del aparato cuando esté en garantía.
- c. Cuando los dispositivos ortopédicos sean aprobados por Nosotros, los beneficios para los dispositivos estándar se proporcionarán para cualquier dispositivo de lujo.
 - (1) Los equipos de lujo o las características y funcionalidades de lujo de los equipos son aquellos que:
 - (a) que no tienen una finalidad médica;
 - (b) que no son necesarios para realizar las actividades de la vida diaria;
 - (c) que son únicamente para la comodidad o confort del Afiliado; o
 - (d) que no son determinados por Nosotros como Medicamento Necesarios.
 - (2) Independientemente de las Reclamaciones de Necesidad Médica, los dispositivos y características de lujo y las funcionalidades de los dispositivos que no estén aprobados por Nosotros no están cubiertos.
- d. No hay Beneficios disponibles para dispositivos de apoyo para los pies, excepto cuando se utilizan en el tratamiento del pie diabético.

3. Aparatos y Dispositivos Protésicos (que no son para extremidades)

Los Beneficios estarán disponibles para la compra de Aparatos y Dispositivos Protésicos (que no sean prótesis de extremidades o servicios) que Autorice la Compañía y están cubiertos conforme a las siguientes condiciones:

- a. No habrá cobertura para pruebas o ajustes, ya que estos están incluidos en el Cargo Permitido para el Aparato o Dispositivo Protésico.
- b. La reparación o el reemplazo del Aparato o Dispositivo Protésico estará cubierta solo dentro de un período de tiempo razonable a partir de la fecha de compra sujeto a la vida útil esperada del aparato. Nosotros determinaremos ese período de tiempo. No se cubrirá la reparación o sustitución de aparatos o dispositivos cuando se proporcionen en garantía.
- c. Cuando los aparatos o dispositivos protésicos sean aprobados por Nosotros, los beneficios para los aparatos o dispositivos estándar se proporcionarán para cualquier dispositivo o aparato de lujo.
 - (1) Los aparatos o dispositivos de lujo o las características y funcionalidades de lujo de los aparatos o dispositivos son aquellos que:
 - (a) que no tienen una finalidad médica;
 - (b) que no son necesarios para realizar las actividades de la vida diaria;
 - (c) que son únicamente para la comodidad o confort del Afiliado; o
 - (d) que no son determinados por Nosotros como Medicamento Necesarios.
 - (2) Independientemente de las Reclamaciones de Necesidad Médica, los aparatos o dispositivos de lujo o las características y funcionalidades de lujo de los aparatos o dispositivos que no estén aprobados por Nosotros no están cubiertos.

4. Aparatos y Dispositivos Protésicos y Servicios Protésicos para las Extremidades

Los Beneficios estarán disponibles para la compra de Aparatos y Dispositivos Protésicos y Servicios Protésicos para las extremidades que Nosotros Autoricemos, y estarán cubiertos sujeto a lo siguiente:

- a. La reparación o el reemplazo del Aparato o Dispositivo Protésico estará cubierta solo dentro de un período de tiempo razonable a partir de la fecha de compra sujeto a la vida útil esperada del aparato. Nosotros determinaremos ese período de tiempo. No se cubrirá la reparación o sustitución de aparatos o dispositivos cuando se proporcionen en garantía.
- b. Cuando los aparatos o dispositivos protésicos sean aprobados por Nosotros, los beneficios para los aparatos o dispositivos estándar se proporcionarán para cualquier dispositivo o aparato de lujo.
 - (1) Los aparatos o dispositivos de lujo o las características y funcionalidades de lujo de los aparatos o dispositivos son aquellos que:
 - (a) que no tienen una finalidad médica;
 - (b) que no son necesarios para realizar las actividades de la vida diaria;
 - (c) que son únicamente para la comodidad o confort del Afiliado; o
 - (d) que no son determinados por Nosotros como Medicamento Necesarios.
 - (2) Independientemente de las Reclamaciones de Necesidad Médica, los aparatos o dispositivos de lujo o las características y funcionalidades de lujo de los aparatos o dispositivos que no estén aprobados por Nosotros no están cubiertos.
- c. Un Afiliado puede elegir un Aparato o Dispositivo Protésico que supera el valor del Beneficio a pagar bajo este Plan de Beneficios y deberá pagar la diferencia entre el precio del dispositivo y el Beneficio a pagar, sin sanción financiera o contractual para el Proveedor del dispositivo.

- d. Los Aparatos y Dispositivos Protésicos para las extremidades deben ser prescritos por un Médico con licencia y provistos por un centro acreditado por la Junta Estadounidense para la Certificación en Ortésica, Protésica y Pedórsica (ABC, por sus siglas en inglés) o por la Junta para la Certificación de Ortésicos y Protésicos (BOC, por sus siglas en inglés).

L. Servicios Médicos de Emergencia

1. Servicios del Centro Hospitalario

- a. Un Miembro debe pagar un copago, deducible o Coaseguro por servicios en la sala de emergencias, como figura en el Esquema de beneficios, por cada visita que realiza a un hospital o centro de salud asociado para servicios médicos de emergencia mientras se encuentre fuera del área de servicio.
- b. El copago por servicios en la sala de emergencias no se aplica si la visita deriva en la admisión hospitalaria como paciente hospitalizado.

2. Servicios Profesionales

Un Miembro debe pagar el copago del médico por cada visita que realiza al consultorio de un médico para recibir servicios médicos de emergencia mientras se encuentre fuera del área de servicio.

M. Beneficios para la disfunción eréctil

Los servicios de disfunción eréctil están cubiertos por este Plan cuando determinamos que son Medicamente Necesarios y están sujetos a las siguientes limitaciones:

1. Los servicios están disponibles sólo para Miembros de dieciocho (18) años o más.
2. La cobertura está disponible para el tratamiento Quirúrgico de la Disfunción Eréctil (incluidos los implantes de pene). Estos Tratamientos quirúrgicos requieren Autorización Previa, como se muestra en Su Esquema de Beneficios.
3. La cobertura de los implantes de pene está limitada a uno por vida.
4. La cobertura del tratamiento (es decir, extracción, reparación, reimplantación) resultante de las complicaciones del único implante de pene cubierto está condicionada a la Necesidad Médica.
5. La cobertura para la provisión de dispositivos asistidos por vacío (sistema de erección masculina por vacío) se cubrirá como se especifica en la sección de Equipos Médicos Duraderos de este Plan de Beneficios y está condicionada a las limitaciones incluidas en la misma, incluyendo la limitación de reemplazo de cinco (5) años.
6. No se cubre la terapia sexual para el tratamiento de la disfunción sexual que no sea la Disfunción Eréctil.

N. Beneficios de Terapia Genética e Inmunoterapia Celular

La Terapia Genética y la Inmunoterapia Celular son tratamientos especializados de alto costo administrados por un número limitado de proveedores médicos capacitados y de calidad. Los Beneficios están disponibles solo para estos servicios: (1) CUANDO LA AUTORIZACIÓN ESCRITA DE LA NECESIDAD MÉDICA ES DADA POR LA COMPAÑÍA ANTES DE QUE SE REALICEN LOS SERVICIOS; Y (2) LOS SERVICIOS SE REALIZAN EN UNA INSTALACIÓN ADMINISTRATIVA QUE HA RECIBIDO LA APROBACIÓN ESCRITA PREVIA DE LA COMPAÑÍA PARA REALIZAR SU PROCEDIMIENTO.

O. Pruebas genéticas o moleculares para el cáncer

Las pruebas genéticas o moleculares para el cáncer están cubiertas por este Plan según lo exija la ley y cuando sean médicamente necesarias.

P. Beneficios de Audición

1. Los Beneficios de audífonos están disponibles para Afiliados cubiertos menores de diecisiete (17) y cuando los reciben de un Proveedor de la Red u otro Proveedor que Nosotros aprobemos. Este Beneficio se limita a 1 audífono para cada oído con pérdida auditiva cada 36 meses. El audífono debe ser ajustado y proporcionado por un audiólogo con licencia, un especialista en audífonos con licencia o un distribuidor de audífonos, tras recibir la autorización médica por parte de un Médico y una evaluación audiológica médicamente apropiada para la edad del niño.

Pagaremos hasta Nuestro Cargo Permitido por este Beneficio. Es posible que incrementemos Nuestro Cargo Permitido si el costo del fabricante para el Proveedor excede el Cargo Permitido.

2. Los audífonos implantables de conducción ósea, los implantes cocleares y los audífonos de fijación osteointegrada (BAHA, por sus siglas en inglés) están cubiertos para todos los Miembros que cumplan con los requisitos, independientemente de su edad, al igual que cualquier otro servicio o suministro, siempre y cuando sea de Necesidad Médica y al pago correspondiente de Copagos, Coaseguro y Deducibles.

Q. Imagen de diagnóstico de alta tecnología

Están cubiertos los servicios de imágenes de alta tecnología que son Médicamente Necesarios, incluidos, entre otros, MRI, MRA, CT, PET (en inglés) y cardiología nuclear. Estos servicios requieren una Autorización previa.

R. Atención Médica a Domicilio

Los servicios de Atención médica a domicilio proporcionados a un Afiliado en lugar de una Admisión hospitalaria están cubiertos.

S. Cuidados de Hospicio

El Cuidado de Hospicio está cubierto.

T. Gastos de Intérprete para personas sordas o con deficiencias auditivas

Los servicios realizados por un intérprete calificado o una persona encargada de la transliteración están cubiertos cuando el Miembro necesita estos servicios en relación con un tratamiento médico o consultas por diagnósticos proporcionados por un Médico o Profesional de la Salud Asociado, si los servicios se requieren por las deficiencias auditivas o su incapacidad para comprender o comunicarse a través del idioma hablado. No están cubiertos los servicios proporcionados por un integrante de la familia.

U. Productos Alimentarios Bajos en Proteína para el Tratamiento de Enfermedades Metabólicas Hereditarias

Los Beneficios están disponibles para productos alimenticios bajos en proteínas para el tratamiento de ciertas Enfermedades Metabólicas Hereditarias. Una «Enfermedad Metabólica Hereditaria» se refiere a una enfermedad provocada por una anomalía heredada de la química del cuerpo. «Productos Alimentarios Bajos en Proteína» se refieren a aquellos alimentos que están especialmente formulados para tener menos de un gramo de proteína por porción y que están hechos para utilizarse bajo la supervisión de un Médico para el tratamiento dietético de una Enfermedad Metabólica Hereditaria. Los Productos Alimentarios Bajos en Proteína no incluyen a los alimentos naturales que son naturalmente bajos en proteínas.

Los Beneficios para los Productos Alimentarios Bajos en Proteínas están limitados al tratamiento de las siguientes enfermedades:

- Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)
- Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce (MSUD, por sus siglas en inglés)
- Acidemia Metilmalónica (MMA, por sus siglas en inglés)
- Acidemia Isovalérica (IVA, por sus siglas en inglés)
- Acidemia Propiónica
- Acidemia Glutárica

- Defectos Cíclicos de la Urea
- Tirosinemia

V. Linfedema

Los tratamientos para linfedema estarán cubiertos cuando los preste o los recete un Médico con licencia o se reciban en un Hospital u otro centro público o privado autorizado para proveer el tratamiento de linfedema. La cobertura incluye, entre otros, sistemas de vendaje de compresión multicapa y prendas de compresión gradual personalizadas o estándar.

W. Procedimientos de Esterilización Permanente

Los beneficios están disponibles para los procedimientos quirúrgicos que producen la esterilización permanente, como la vasectomía, la ligadura de trompas y la colocación histeroscópica de microinsertos en las trompas de falopio, a menos que figuren como no Cubiertos en el Esquema de Beneficios. Si están cubiertos, la ligadura de trompas y la colocación histeroscópica de microinsertos en las trompas de Falopio están disponibles como un Beneficio de Cuidado Preventivo o de Bienestar.

X. Medicamentos con Receta

Los Medicamentos con Receta aprobados para la administración propia (p. ej., medicamentos orales y autoinyectables) deben obtenerse a través de la sección Beneficios de Medicamentos con Receta de este Plan de Beneficios.

Y. Servicios Privados de Enfermería

1. La cobertura está disponible para un Miembro para recibir los Servicios Privados de Enfermería, cuando se realicen de forma Ambulatoria y cuando el enfermero no esté relacionado con el Miembro por consanguinidad, matrimonio o adopción.
2. Los Servicios Privados de Enfermería están sujetos a la Cantidad de Deducible y al de Coaseguro como aparece en el Esquema de Beneficios.
3. Los Servicios Privados de Enfermería no están cubiertos para Pacientes Hospitalizados.

Z. Estudios del sueño

Los estudios del sueño Médicamente Necesarios que se llevan a cabo en el domicilio o en un laboratorio y las Reclamaciones profesionales asociadas cumplen con los requisitos para recibir cobertura. Sólo están cubiertos los estudios del sueño realizados como estudio del sueño en el domicilio o en un laboratorio del sueño acreditado por la red. Los Afiliados deben consultar su directorio de Proveedores o comunicarse con un representante de atención al cliente al número que figura en su Tarjeta de Identificación para verificar si un laboratorio del sueño está acreditado.

AA. Servicios de Telemedicina

Los Beneficios están disponibles para Usted para diagnósticos, consultas, tratamientos, educación, administración de la atención, autocontrol del paciente y apoyo a los cuidadores cuando Usted y su Proveedor no se encuentren físicamente en el mismo lugar.

La interacción entre el Afiliado y el Proveedor puede tener lugar de diferentes maneras, según las circunstancias, pero esta interacción debe ser siempre adecuada para el entorno en el que se prestan los servicios de Telemedicina.

Los Servicios de Telemedicina generalmente deben realizarse en tiempo real mediante transmisiones simultáneas de vídeo y audio bidireccionales (sincrónicas). Los Servicios de Telemedicina no cubren llamadas telefónicas y solo cuando lo aprobamos, se permite por otros métodos distintos a transmisiones simultáneas de audio y vídeo.

Los Servicios de Telemedicina Asíncronos o de Almacenamiento Directo entre un Paciente establecido y su Proveedor pueden tener lugar cuando un paciente establecido envía videos o imágenes pregrabados a un Proveedor a través de una comunicación compatible con HIPAA, a solicitud del proveedor o cuando los datos se transfieren entre dos Proveedores en nombre del paciente. Este método de Servicios de Telemedicina se limita a los servicios aprobados por Nosotros.

La cantidad que Usted paga por la consulta a través del Servicio de Telemedicina puede ser diferente a la cantidad que Usted pagaría por el servicio que le prestaría ese mismo Proveedor en un entorno que no sea Telemedicina. Usted pagará más por una consulta de Telemedicina cuando su Proveedor no es parte de su Red.

Tenemos derecho a determinar si la facturación fue apropiada y contiene los elementos necesarios para que podamos tramitar la Reclamación.

En general, no hay cobertura para los Servicios de Telemedicina que no están dentro del alcance de la licencia del Proveedor o no cumplen con ningún estándar de atención en comparación con una consulta en persona. No existe cobertura para encuentros respaldados por tecnología que no cumple con HIPAA.

Nosotros determinamos los Servicios de Telemedicina y los Proveedores que pueden prestar esos servicios.

BB. Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés)

Los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos relacionados con el Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) y las afecciones musculares y neurológicas asociadas. Los servicios pueden requerir Autorización Previa, como se muestra en Su Esquema de Beneficios.

CC. Centro de Atención de Urgencias

Los Servicios de los Centros Atención de Urgencias están cubiertos.

ARTÍCULO XVI. ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN

A. Autorización de admisiones, servicios y suministros; selección de proveedor y sanciones

1. Selección del Proveedor

Generalmente un Afiliado puede obtener la atención médica de cualquier Proveedor. Los Beneficios se pagarán al nivel más alto de la Red cuando se reciba la atención de un Proveedor de la Red. Los Proveedores Participantes y no Participantes se consideran Proveedores que No Pertenecen a la Red.

- a. Si un Afiliado desea recibir servicios de parte de un Proveedor que No Pertenece a la Red y obtener el nivel más alto de Beneficios, debe informar a Nuestro Departamento de Administración de la Atención antes de que se presten los servicios. Aprobaremos el uso de un Proveedor que No Pertenece a la Red solo si Nosotros establecemos que los servicios **no pueden** ser prestados por un Proveedor de la Red dentro de un radio de 75 millas del lugar de residencia del Miembro.

Debemos aprobar el uso de un Proveedor que No Pertenece a la Red y emitir la debida Autorización antes de que se presten los servicios. Si Nosotros no aprobamos el uso de un Proveedor que No Pertenece a la Red y emitimos una Autorización antes de que se presten los servicios, los Servicios Cubiertos que después se determinen como Médicamente Necesarios se pagarán según el nivel más bajo de un Proveedor que No Pertenece a la Red que figure en el Esquema de Beneficios.

- b. Si aprobamos el uso de un Proveedor que No Pertenece a la Red, dicho Proveedor puede aceptar o no el Copago o Deducible del Afiliado en el momento en que se presten los servicios. Pagaremos Beneficios hasta el Cargo Permitido por Servicios Cubiertos prestados por un Proveedor aprobado que No Pertenece a la Red que haya obtenido cualquier Autorización necesaria antes de que se presten los servicios. Descontaremos de Nuestro pago la cantidad del Copago, Deducible y Coaseguro del Afiliado,

independientemente de que el Proveedor no perteneciente a la red acepte o no el Copago, Deducible o Coaseguro.

La Autorización por Necesidad Médica no es una aprobación de uso de un Proveedor que No Pertenece a la Red. Son dos funciones independientes.

2. Sanciones por no Obtener Autorización: Admisiones, Servicios para Pacientes Ambulatorios y otros Servicios y Suministros Cubiertos

Si no se solicita la Autorización antes de la Admisión o de la recepción de otros Servicios y suministros Cubiertos que necesiten Autorización, tendremos derecho a determinar si la Admisión o los demás Servicios y Suministros Cubiertos son Médicamente Necesarios. Si los servicios no eran Médicamente Necesarios, la Admisión o los otros Servicios Cubiertos y suministros no tendrán cobertura y el Afiliado deberá pagar todos los gastos en los que haya incurrido.

Si los servicios son médicamente necesarios, se proveerán los Beneficios según el estatus de participación del proveedor que los presta, de la siguiente manera:

a. Admisiones

(1) Si un Proveedor de la Red o un Proveedor Participante no logra obtener la Autorización necesaria, Reduiremos los Cargos Permitidos de acuerdo con el importe de la sanción que se estipula en el contrato que tiene el Proveedor con Nosotros o con otro plan de Blue Cross and Blue Shield. Esta sanción se aplica a todos los cargos cubiertos de hospitalización. El Proveedor de la Red o el Proveedor Participante es responsable de todos los cargos no cubiertos. El afiliado sigue siendo responsable del copago, deducible y Coaseguro según corresponda.

(2) Si un Proveedor Fuera de la Red no obtiene una Autorización necesaria, Nosotros reduciremos los Cargos Permitidos según la cantidad que se muestra en el Esquema de Beneficios. Esta sanción se aplica a todos los cargos cubiertos de hospitalización. El Afiliado es responsable de todos los cargos que no estén cubiertos y de cualquier otro Copago, Deducible y Coaseguro que pudiesen aplicarse, tal como figura en el Esquema de Beneficios.

b. Servicios para Pacientes Ambulatorios, Otros Servicios Cubiertos y Suministros

(1) Si un Proveedor de la Red no obtiene la Autorización necesaria, podremos Reducir el Cargo Permitido en un treinta por ciento (30 %). Esta sanción se aplica a todos los servicios y suministros que requieran una Autorización, excepto los cargos por hospitalización. El Proveedor de la Red es responsable de todos los cargos no cubiertos. El afiliado sigue siendo responsable del copago, deducible y Coaseguro según corresponda.

(2) Si un Proveedor que No Pertenece a la Red no cumple con obtener la Autorización requerida, los Beneficios se pagarán al nivel más bajo de los que No Pertenecen a la Red que figuran en el Esquema de Beneficios. El Afiliado es responsable de todos los cargos que no estén cubiertos y sigue siendo responsable del copago, cantidad de deducible y coaseguro según corresponda.

3. Autorización de Admisiones

a. Autorización de Admisiones Electivas

El Miembro es responsable de asegurar que su Proveedor le notifique a Nuestro Departamento de Administración de la Atención sobre cualquier Admisión Hospitalaria que sea Electiva o que no sea de Emergencia. La Compañía debe ser notificada (llamando al número de teléfono que figura en el Esquema de Beneficios o en la tarjeta de identificación del Miembro) antes de la Admisión con respecto a la naturaleza y el propósito de cualquier Admisión Electiva o de no Emergencia en un Hospital. La Compañía determinará cuál es el entorno más adecuado para el servicio electivo y la duración adecuada de la estancia, cuando se documente que la Hospitalización es Médicamente Necesaria.

- (1) Si Nosotros denegamos una solicitud de Autorización para una Admisión a cualquier centro, no cubriremos la Admisión y el Afiliado deberá pagar todos los cargos en los que incurra durante la Admisión para la cual se denegó la Autorización.
- (2) Si no se solicita la Autorización antes de la Admisión, Nosotros tendremos derecho a determinar si la Admisión era Médicamente Necesaria. Si la Admisión era Médicamente Necesaria, los Beneficios se otorgarán de acuerdo con el estatus de participación del Proveedor.
- (3) Las cantidades adicionales por las que el Miembro es responsable, puesto que se denegó o no se solicitó la Autorización de una Admisión hospitalaria electiva o que no sea de emergencia, se consideran como no cubiertas y no se aplicarán para cubrir la Cantidad de Desembolso.

b. Autorización para Admisiones de Emergencia

Es responsabilidad del Afiliado de asegurarse de que el Médico o el Hospital, o un representante de esta, informe al Departamento de Administración de Atención de la Compañía de todas las admisiones hospitalarias que sean de Emergencia. Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la Admisión de Emergencia, se deberá notificar a la Compañía (llamando al número de teléfono que se indica en el Esquema de Beneficios o en la tarjeta de identificación del Afiliado) sobre la naturaleza y el propósito de la Admisión de Emergencia. La Compañía podría eliminar o extender este límite de tiempo si determina que el Afiliado no pudo notificar a tiempo o indicarle a su representante que notificara a la Compañía la Admisión de Emergencia. En el caso en que el final del período de notificación sea un día feriado o caiga en el fin de semana, la Compañía debe recibir la notificación al siguiente día laborable. La Compañía determinará la duración adecuada de la estancia para la cual se pide Admisión de Emergencia, cuando se haya documentado que la Hospitalización es Médicamente Necesaria.

- (1) Si Nosotros denegamos la Autorización de la Admisión a cualquier centro, no cubriremos dicha Admisión y el Afiliado deberá pagar todos los cargos en los que incurra durante la Admisión cuya Autorización se denegó.
- (2) Si no se solicita Autorización, Nosotros tendremos derecho a determinar si la Admisión era Médicamente Necesaria. Si la Admisión era Médicamente Necesaria, los Beneficios se otorgarán de acuerdo con el estatus de participación del Proveedor.
- (3) Las cantidades adicionales por los que el Afiliado es responsable, porque se denegó o no se solicitó la Autorización de una Admisión de Emergencia, se consideran como no cubiertos y no se aplicarán a la Cantidad de Desembolso.

c. Revisión Concurrente

Cuando Nosotros Autorizamos la Hospitalización de un Afiliado, Autorizaremos esa estancia en el Hospital por un determinado número de días. Si el Afiliado no ha sido dado de alta en o antes del último día Autorizado, y el Afiliado necesita que se Autoricen más días, deberá asegurarse de que Su Médico u Hospital se comuniquen con Nuestro Departamento de Administración de la Atención para solicitar la Revisión Concurrente con el fin de Autorizar los días adicionales. La solicitud para la continuación de la hospitalización debe realizarse durante o antes del último día Autorizado del Afiliado, de modo que Nosotros podamos revisar y responder a la solicitud ese día. Si Autorizamos la solicitud, volveremos a Autorizar un número determinado de días, repitiendo este procedimiento hasta que le den el alta al Afiliado o se deniegue su solicitud de continuar hospitalizado.

- (1) Si Nosotros no recibimos una solicitud de Autorización para continuar la estadía en o antes del último día Autorizado, no se aprobarán más días una vez transcurrido el último día Autorizado y no se pagarán Beneficios adicionales a menos que Nosotros recibamos y Autoricemos otra solicitud. Si en cualquier momento de este procedimiento de Revisión Concurrente se recibe una solicitud de Autorización para continuar la estadía y Nosotros determinamos que no es Médicamente Necesario que el Afiliado permanezca hospitalizado o que permanezca hospitalizado en un nivel de atención solicitado, Nosotros notificaremos por escrito al Afiliado y a sus Proveedores que se denegó la solicitud y que no se Autorizan días adicionales.

- (2) Si Nosotros denegamos una solicitud de Revisión Concurrente o una solicitud de nivel de atención para Servicios de Hospital, Nosotros notificaremos al Afiliado, a su Médico y al Hospital dicha denegación. Si, a partir de entonces, el Afiliado decide permanecer Hospitalizado, o con el mismo nivel de atención, el Afiliado no será responsable de ningún cargo a menos que el Médico o el Hospital le notifiquen su responsabilidad financiera antes de incurrir en cargos adicionales.
 - (3) Los cargos por días en el Hospital que no hayan sido Autorizados y que el Afiliado debe pagar, se consideran como no cubiertos y no se aplicarán para cubrir la Cantidad de Desembolso.
4. Autorización de Servicios para Pacientes Ambulatorios, Incluidos Otros Servicios Cubiertos y Suministros
- Ciertos servicios, suministros y Medicamentos con Receta requieren de Nuestra Autorización antes de que el Afiliado los reciba. La lista de Autorizaciones figura en el Esquema de Beneficios del Afiliado. El Afiliado es responsable de asegurar que su Proveedor obtenga todas las Autorizaciones requeridas antes de que reciba los servicios, suministros o Medicamentos con Receta. Podríamos necesitar que el Proveedor del Afiliado nos envíe información médica o clínica acerca de la afección que padece el Afiliado. Para obtener las Autorizaciones, el Proveedor del Afiliado debe comunicarse con Nuestro Departamento de Administración de la Atención al número de teléfono que se muestra en la tarjeta de identificación del Afiliado.
- a. Si Nosotros denegamos una solicitud de Autorización, los servicios para Pacientes Ambulatorios y los suministros no estarán cubiertos.
 - b. Si no se solicita la Autorización antes de recibir los servicios para Pacientes Ambulatorios y suministros que la requieran, Nosotros tendremos el derecho de determinar si dichos servicios y suministros fueron Médicamente Necesarios. Si los servicios o suministros fueran Médicamente necesarios, los Beneficios se otorgarán según el estatus de participación del Proveedor.
 - c. Los importes adicionales por las que el Miembro es responsable, debido a que se ha denegado la Autorización de servicios y suministros para Pacientes Ambulatorios o porque no se ha solicitado dicha Autorización, se consideran no cubiertos y no se aplicarán para la Cantidad de Desembolso.

B. Control de Enfermedades

1. Requisitos: El Miembro puede reunir los requisitos para participar en los programas de control de enfermedades, a Nuestra discreción, conforme a distintos criterios que incluyen un diagnóstico de enfermedad crónica, la gravedad y el tratamiento propuesto u obtenido. El programa busca identificar a los candidatos tan temprano como sea posible. Se refuerzan las técnicas de autocontrol y se asigna un enfermero personal. El Afiliado, los Médicos y los cuidadores podrían incluirse en todas las fases del programa de control de enfermedades. El personal de enfermería del programa también puede derivar a los Afiliados a los recursos comunitarios para que reciban más apoyo y tratamiento.
2. Beneficios de control de enfermedades: Los programas de control de enfermedades de HMO Louisiana, Inc. están dedicados a mejorar la calidad de atención de los Afiliados como también a disminuir los costos de atención médica en poblaciones con enfermedades crónicas. El personal de enfermería trabaja con los Miembros y los ayuda a aprender las técnicas de autocontrol que necesitarán conocer para tratar su enfermedad crónica, fijar objetivos realistas para modificar el estilo de vida y mejorar el cumplimiento a su tratamiento indicado por el Médico. HMO Louisiana, Inc. se dedica a respaldar el trabajo del médico para mejorar la salud y el bienestar del Miembro.

C. Administración de Casos

1. Es posible que el Miembro reúna los requisitos para solicitar los Servicios de Administración de Casos, sobre la base de distintos criterios, entre ellos el diagnóstico, la gravedad, la duración de la enfermedad y el tratamiento propuesto o realizado. El programa procura identificar a los candidatos tan temprano como sea posible y trabajar con los pacientes, sus Médicos y familiares, y otros recursos comunitarios para evaluar alternativas de tratamiento y Beneficios disponibles.
2. La función de Administración de Casos es prestar servicios al Afiliado evaluando, facilitando, planificando y haciendo recomendaciones sobre las necesidades médicas de forma individual. La población de pacientes

que se beneficia de la Administración de Casos es amplia y está compuesta por varios grupos, inclusive aquellos en la fase aguda de una enfermedad y quienes presentan una afección crónica.

3. Nuestra determinación de que la afección médica específica de un Afiliado justifique que el Afiliado sea un candidato adecuado para recibir los servicios de Administración de Casos no Nos obligará a tomar la misma determinación o una similar para el Afiliado o cualquier otro Afiliado: La prestación de servicios de Administración de Casos para un Afiliado no le dará derecho al Afiliado ni a ningún otro Afiliado a recibir los servicios de Administración de Casos, ni deberá interpretarse como una renuncia a Nuestro derecho de administrar y hacer cumplir este Plan de Beneficios de acuerdo con los términos que en él se expresan.
4. A menos que lo hayamos acordado explícitamente, todos los términos y las condiciones de este Plan de Beneficios, incluyendo entre otros, las limitaciones máximas de Beneficios y todas las demás limitaciones y exclusiones, continuarán en plena vigencia y efecto si un Afiliado recibe servicios de Administración de Casos.
5. Los servicios de Administración de Casos del Afiliado serán rescindidos si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:
 - a. Determinamos, a Nuestra entera discreción, que un Afiliado ya no es un candidato adecuado para recibir los servicios de Administración de Casos o que dichos servicios ya no son necesarios.
 - b. Las metas a corto y a largo plazo establecidas en el plan de Administración de Casos se han alcanzado, o el Afiliado decide no participar en el plan de Administración de Casos.

D. Beneficios Alternativos

1. El Afiliado podría reunir los requisitos para solicitar Beneficios Alternativos, a discreción de la Compañía, conforme a distintos criterios, que incluyen el diagnóstico, la gravedad, la duración de la enfermedad y el tratamiento propuesto o provisto. El programa busca identificar los candidatos tan temprano como sea posible y trabajar con los pacientes, sus Médicos y familiares, y otros recursos comunitarios para evaluar alternativas de tratamiento y los Beneficios disponibles cuando se determine que es beneficioso para el Afiliado y para la Compañía.
2. La determinación de la Compañía de que la afección médica específica de un Afiliado justifique que el Afiliado sea un candidato adecuado para recibir Beneficios Alternativos, no obligará a la Compañía a tomar la misma determinación o una similar para cualquier otro Afiliado; como tampoco la prestación de Beneficios Alternativos a un Afiliado le dará derecho a otro Afiliado a recibir Beneficios Alternativos, ni deberá interpretarse como una renuncia al derecho de la Compañía de administrar y hacer cumplir este Plan de Beneficios de acuerdo con sus términos explícitos.
3. A menos que la Compañía lo haya acordado explícitamente, todos los términos y las condiciones de este Plan de Beneficios, incluyendo entre otros, las limitaciones máximas de Beneficios y todas las demás limitaciones y exclusiones, continuarán en plena vigencia y efecto si un Afiliado está recibiendo Beneficios Alternativos.
4. Los Beneficios Alternativos provistos según lo estipulado en este Artículo se proporcionan en lugar de los Beneficios a los que el Afiliado tiene derecho conforme a este Plan de Beneficios y acumulan para las limitaciones máximas de Beneficios bajo este Plan de Beneficios.
5. Los Beneficios Alternativos del Afiliado serán rescindidos si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:
 - a. Nosotros determinamos, a Nuestra entera discreción, que el Afiliado ya no es un candidato idóneo para recibir Beneficios Alternativos o que ya no necesita Beneficios Alternativos.
 - b. El Afiliado recibe atención, tratamiento, servicios o suministros para su afección médica que estén excluidos bajo este Plan de Beneficios, y que no estén especificados como Beneficios Alternativos aprobados por Nosotros.

ARTÍCULO XVII. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

- A. Se excluyen los beneficios por afecciones, servicios, Operaciones, suministros y tratamiento que no están cubiertos por este Plan de Beneficios.
- B. Si un Afiliado tiene Complicaciones por afecciones, Operaciones o tratamientos no incluidos; se excluirán los Beneficios por dichas afecciones, servicios, Operaciones, suministros y tratamientos.
- C. Cualquiera de las limitaciones y exclusiones enumeradas en este Plan de Beneficios puede ser eliminada o modificada, como se muestra en el Esquema de Beneficios. A menos que figuren como cubiertos en el Esquema de Beneficios.
- D. A menos que figuren como cubiertos en el Esquema de Beneficios, se excluyen los siguientes:
1. Servicios, tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos, artículos o suministros que no sean Médicamente Necesarios, como se define en esta póliza. El hecho de que un Médico u otro Proveedor recete, ordene, recomiende o apruebe un servicio o suministro, o que un tribunal ordene que se provea un servicio o suministro, no lo convierte en Médicamente Necesario.
 2. Cualquier cargo que exceda el Cargo Permitido.
 3. Los cargos adicionales por servicios de enfermería que se suman al cargo estándar del Hospital por los Servicios de Enfermería General, Comidas y Alojamiento; los cargos por alojamiento de lujo o por alojamiento en cualquier Hospital o Centro de Salud Asociado brindado principalmente para la conveniencia del paciente; o, el Servicio de Enfermería General, Comidas y Alojamiento en cualquier otra habitación al mismo tiempo que se proveen los Beneficios para el uso de una Unidad de Atención Especial.
 4. Se excluyen los Beneficios para servicios, Operaciones, suministros, tratamiento o gastos:
 - a. que no sean los mencionados específicamente como cubiertos en este Plan de Beneficios o por los cuales el Miembro no tiene la obligación de pagar, o por los cuales no hay cargos ni un cargo menor si un Miembro no tiene cobertura en su seguro médico. los Beneficios están disponibles cuando los Servicios Cubiertos se prestan en centros médicos que son propiedad y están administrados por el Estado de Luisiana o cualquiera de sus subdivisiones políticas;
 - b. que se presten o proporcionen antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura del Miembro o después de que la cobertura del Miembro finalice, excepto en los siguientes casos: los Beneficios Médicos relacionados con una Admisión se proveerán en caso de una Admisión en curso en la fecha en que finalice la cobertura del Miembro conforme a este Plan de Beneficios, hasta la finalización de la Admisión o hasta que el Miembro haya alcanzado los límites de Beneficios establecidos en este Plan de Beneficios, lo que ocurra primero.
 - c. que se realicen por, o bajo la dirección de, un Proveedor, Médico o Profesional de la Salud Asociado que actúe fuera de la competencia que le otorga su licencia;
 - d. en la medida en que el pago se haya realizado o esté disponible bajo algún otro contrato emitido por HMO Louisiana, Inc. o por cualquier Compañía Blue Cross o Blue Shield, o en la medida provista a través de otro contrato, excepto cuando la ley así lo disponga, y excepto cuando haya beneficios bajo pólizas de Beneficios limitados;
 - e. que se haya pagado o sea pagadero bajo las partes A o B de Medicare cuando el Afiliado tiene Medicare, excepto cuando se apliquen las disposiciones de Pagador Secundario de Medicare;
 - f. Que sean de naturaleza de Investigación, excepto por lo provisto específicamente en este Plan de Beneficios. Las determinaciones de investigación se realizan de acuerdo con Nuestras políticas y procedimientos;
 - g. prestados como resultado de una enfermedad o lesión ocupacional compensable bajo cualquier ley federal o estatal de compensación a los trabajadores o cualquier programa relacionado, pero sin limitarse

- a, la Ley Jones, la Ley Federal de Responsabilidad de los Empleadores, la Ley Federal de Compensación a los Empleados, la Ley de Compensación a los Trabajadores Marítimos y Portuarios, la Ley de Beneficios para el Pulmón Negro, el Programa de Compensación de Enfermedades Ocupacionales de los Empleados de Energía y el Artículo 23 de los Estatutos Revisados de Luisiana, esté o no vigente la cobertura de dichas leyes o programas. Esta exclusión no se aplicará a los servicios que se le presten a un Afiliado que sea dueño de un diez por ciento (10 %) o más del Grupo, si el Afiliado ha realizado todo lo siguiente: (1) legalmente optó por ser excluido de la cobertura de compensación para trabajadores del Grupo, mediante la celebración de un acuerdo por escrito con la empresa de seguros de compensación para trabajadores del Grupo, en el que indica que elige no estar cubierto por dicha cobertura; (2) se inscribió debidamente con la Compañía en una cobertura de salud de 24 horas para los propietarios; (3) entregó a la Compañía una copia del acuerdo escrito entre el Afiliado y la compañía de seguros de compensación para trabajadores; (4) entregó a la Compañía evidencia escrita de la participación del Afiliado en el Grupo. Si esta información no se envía a la Compañía en el momento de la inscripción inicial para el seguro de salud del Afiliado, o una vez adquirido el porcentaje de participación accionaria requerido, el Afiliado podrá solicitar esta cobertura en la próxima oportunidad de inscripción abierta;
- h. que se reciban de un departamento dental o médico mantenido por o en nombre de un Empleador, una asociación mutual de Beneficios, un sindicato laboral, fideicomiso o persona o Grupo similar; o
 - i. prestados, prescritos o provistos de otro modo por un Proveedor que es el Afiliado, el Cónyuge, hijo, hijastro, padre, padrastro o abuelo del Afiliado;
 - j. para llamadas telefónicas, comunicaciones por video, mensajes de texto, mensajes de correo electrónico, mensajes instantáneos o comunicaciones a través del portal del paciente entre Usted y Su Proveedor, a menos que se indique específicamente como cubierto por el Beneficio de Servicios de Telemedicina; por los servicios facturados con códigos de Telemedicina no adecuados para el entorno en el que se prestan los servicios; por los servicios de Telemedicina no permitidos por nosotros; y por los servicios de Telemedicina prestados por proveedores no permitidos por nosotros.
 - k. por no acudir a una consulta programada, por no completar un formulario de Reclamación, por no obtener los registros médicos de la información requerida para adjudicar una Reclamación, o por no acceder a un proveedor o inscribirse en él;
 - l. para los servicios que se prestan en el hogar a menos que los servicios cumplan con la definición de servicios Médicos a Domicilio, o que estén cubiertos específicamente en esta póliza, o estén aprobados por Nosotros;
 - m. cualquier procedimiento incidental, procedimiento desagregado o procedimiento mutuamente exclusivo, excepto según lo descrito en este Plan de Beneficios; o
 - n. pruebas de paternidad y pruebas realizadas con fines legales.
5. Los Beneficios para los servicios en las siguientes categorías están excluidos:
- a. aquellos servicios para enfermedades contraídas o lesiones sostenidas como resultado de una guerra, declarada o no declarada, o cualquier acto de guerra;
 - b. aquellos para lesiones o enfermedades que el secretario de Asuntos de los Veteranos encontró que fueron incurridas o agravadas durante la prestación del servicio en los servicios uniformados;
 - c. aquellos que ocurran como resultado de haber participado en un motín o acto de desobediencia civil;
 - d. aquellos que ocurren como resultado de un Afiliado haber cometido o intentado cometer un delito.
 - e. Para el tratamiento de cualquier Miembro detenido en una institución correccional que haya sido juzgado y condenado por el delito que causó la detención.

6. **INDEPENDIEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por servicios, Operaciones, suministros, tratamiento o gastos relacionados con, o Complicaciones de lo que se detalla a continuación:
- a. rinoplastia;
 - b. servicios de blefaroplastia identificados con los códigos CPT 15820, 15821, 15822, 15823; de ptosis de ceja identificado con el código CPT 67900; o cualesquiera otros códigos revisados o equivalentes;
 - c. ginecomastia;
 - d. aumento o reducción de los senos, excepto por los servicios de reconstrucción de los senos, como se establece específicamente en este Plan de Beneficios;
 - e. implantación, extracción o reimplantación de implantes de seno y servicios, enfermedades, afecciones, complicaciones o tratamiento en relación con, o como resultado de, implantes de seno, excepto por los servicios de reconstrucción de seno especificados en este Plan de Beneficios;
 - f. diástasis del recto;
 - g. biorretroalimentación;
 - h. clínicas o programas para el cambio de hábitos o estilo de vida, excepto aquellos que la ley Nos exija que cubramos o aquellos que ofrecemos, respaldamos, aprobamos o promocionamos como parte de Su cobertura de atención médica bajo este Plan de Beneficios. Algunos de estos programas pueden ofrecerse como programas de valor añadido y pueden estar sujetos a un costo adicional mínimo. Si es clínicamente apto para participar, Usted elige voluntariamente si desea participar en los programas;
 - i. Los programas para la prevención de la diabetes, a menos que se apruebe por Nosotros, se limitarán a una vez cada treinta y seis (36) meses;
 - j. los campamentos o programas de la naturaleza, excepto cuando los proporciona un Centro de Tratamiento Residencial calificado y aprobado por Nosotros como Medicamento Necesarios para el tratamiento de afecciones de salud mental o trastornos por consumo de sustancias tóxicas;
 - k. tratamiento relacionado con disfunciones sexuales, trastorno de bajo deseo sexual u otras deficiencias sexuales;
 - l. Los servicios de Disfunción Eréctil prestados a los Miembros que no tengan dieciocho (18) años o más;
 - m. pruebas industriales o programas de autoayuda, incluidos, entre otros, los programas para el tratamiento del estrés, programas de refuerzo laborales o evaluación de capacidad funcional; evaluaciones de conducción, excepto los servicios que la ley exige que se cubran;
 - n. terapia recreativa;
 - o. Principalmente para mejorar la capacidad atlética; o
 - p. Programas de rehabilitación del dolor para pacientes hospitalizados y programas de control del dolor para pacientes hospitalizados.
7. **INDEPENDIEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, Operaciones, suministros, tratamiento o gastos relacionados con:
- a. exámenes de la vista de rutina (excepto para los diabéticos que se muestran en la sección Beneficios), anteojos o lentes de contacto o exámenes (excepto para el par inicial y el ajuste de anteojos o lentes de contacto necesarios tras la Operación de cataratas), a menos que se indiquen como cubiertos en esta póliza o Esquema de Beneficios;
 - b. ejercicios de la vista, entrenamiento visual u ortóptica;

- c. audífonos o exámenes para recetar o ajustar audífonos, excepto por lo especificado en este Plan de Beneficios;
 - d. postizos, pelucas, crecimiento del cabello o implantes capilares;
 - e. corrección de errores de refracción del ojo, inclusive, entre otros, la queratotomía radial y la cirugía con láser;
 - f. terapia visual.
8. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, Cirugía, suministros, tratamiento o gastos relacionados con:
- a. cualquier costo originado por la donación de un órgano o tejido para trasplante cuando el Afiliado es donante, excepto según lo estipulado en este Plan de Beneficios;
 - b. procedimientos de trasplante de cualquier órgano o tejido humano que no estén específicamente mencionados como cubiertos. Servicios o suministros relacionados que incluyen la administración de quimioterapia en altas dosis para acompañar los procedimientos de trasplante;
 - c. el trasplante de cualquier órgano o tejido no humano; o
 - d. los trasplantes de médula ósea y el rescate de células madre (autólogo y alogénico) no están cubiertos, excepto según lo dispuesto en este Plan de Beneficios.
 - e. Terapia Génica o Inmunoterapia Celular si no se obtiene una Autorización previa o si los servicios se realizan en un Centro administrativo que no ha sido aprobado por escrito por la Compañía antes de que se presten los servicios.
9. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por cualquiera de los siguientes, excepto según lo dispuesto específicamente en este Plan de Beneficios o en el Esquema de Beneficios:
- a. programas para bajar de peso;
 - b. procedimientos de cirugía bariátrica que incluyen, entre otros:
 - (1) Baipás gástrico en Y de Roux
 - (2) Banda gástrica ajustable laparoscópica
 - (3) Banda gástrica
 - (4) Cruce duodenal con derivación biliopancreática;
 - c. eliminación de excesos de grasa o piel, o servicios prestados en un spa o centros similares; o
 - d. obesidad u obesidad mórbida, independientemente de la Necesidad Médica, **salvo que lo exija la ley.**
10. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para alimentos o suplementos alimentarios, fórmulas y alimentos médicos, incluyendo aquellos para alimentación por sonda gástrica. Esta exclusión no se aplica a los Productos Alimentarios Bajos en Proteínas, según se describen en este Plan de Beneficios.
11. Los Beneficios se excluyen para los Medicamentos con receta que Nosotros determinemos que no son Medicamento Necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los siguientes también están excluidos a menos que se muestren como cubiertos en el Esquema de Beneficios:

- a. medicamentos para mejorar el estilo de vida, incluidos, entre otros, los medicamentos utilizados con fines estéticos (p. ej., Botox®, Renova®, Tri-Luma®), caída del cabello o tratamiento contra la calvicie (p. ej., Propecia®, Rogaine®), medicamentos contra los efectos que provoca el envejecimiento en la piel, ni medicamentos utilizados para mejorar el rendimiento atlético;
- b. medicamentos para la obesidad, la pérdida de peso, el control del peso o el mantenimiento del peso (por ejemplo, Contrave®, Qsymia®, Saxenda®, Wegovy™);
- c. todo medicamento que no se haya comprobado que sea eficaz en la práctica médica en general;
- d. Medicamentos en investigación y medicamentos usados que no sean para la indicación aprobada por la FDA junto con todos los servicios Medicamento Necesarios asociados con la administración del medicamento, excepto los medicamentos que no están aprobados por la FDA para una indicación particular, pero que están reconocidos por tratar la indicación cubierta en un compendio de referencia estándar o como se muestra en los resultados de estudios clínicos controlados publicados en al menos dos revistas médicas nacionales profesionales revisadas por homólogos o se espera que el medicamento proporcione un resultado clínico similar para la indicación cubierta como aquellos incluidos en los estándares de práctica médica aceptados a nivel nacional según lo determinemos Nosotros;
- e. Medicamentos para la fertilidad;
- f. Suplementos dietéticos o nutricionales, o suplementos y tratamientos con hierbas, excepto aquellos que deban ser cubiertos según las recomendaciones del Grupo de Trabajo de los Servicios de Prevención de los Estados Unidos;
- g. vitaminas prescritas que no aparecen como cubiertas en el Formulario de Medicamentos con Receta (incluyendo entre otras, Enlyte);
- h. medicamentos que puedan obtenerse legalmente sin la receta de un Médico, inclusive los medicamentos de venta sin receta (OTC, en inglés), excepto aquellos que deben estar cubiertos por la ley.
- i. Algunos Medicamentos con Receta para los que existe un equivalente o una alternativa similar entre los medicamentos de venta libre (OTC);
- j. Repeticiones de medicamentos que excedan el número especificado por el Médico o el límite de despacho que se describe en este Plan de Beneficios, o una repetición antes de usar el setenta y cinco por ciento (75 %) del suministro diario o cualesquier repetición dispensada más de un (1) año después de la fecha de prescripción original del Médico;
- k. Medicamentos compuestos que presentan cualquiera de las siguientes características:
 - (1) Son similares a un producto comercialmente disponible;
 - (2) Su(s) ingrediente(s) principal(es) se utiliza(n) para una indicación que no cuenta con la aprobación de la FDA;
 - (3) Sus ingredientes principales se mezclan para administrarse de una manera inconsistente con lo aprobado por la FDA en el etiquetado del medicamento (p. ej., un medicamento aprobado para uso oral que se administre tópicamente);
 - (4) medicamentos compuestos que contienen productos farmacéuticos o componentes de dichos productos farmacéuticos que han sido retirados o sacados del mercado por razones de seguridad; o
 - (5) Recetas compuestas cuyos únicos ingredientes no requieran receta;
- l. Medicamentos con Receta que se despachen antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura del Afiliado o después que la cobertura del Afiliado termine;

- m. Medicamentos con Receta seleccionados que contengan más de un ingrediente activo (algunas veces conocidos como «medicamentos combinados»);
- n. Productos de Medicamentos con Receta que incluyan o estén empaquetados con un producto de Medicamento sin Receta están incluidos;
- o. Los equipos para la preparación de Medicamentos con Receta están excluidos;
- p. algunos Medicamentos con Receta que están envasados de manera que contienen más de un (1) Medicamento con Receta;
- q. algunos Medicamentos con Receta con múltiples alternativas terapéuticas, que pueden estar disponibles con una mayor o menor concentración o en una forma de dosificación diferente (por ejemplo, tableta, cápsula, líquido, suspensión, liberación prolongada, a prueba de manipulación);
- r. Medicamentos con Receta que contengan marihuana, incluyendo la marihuana medicinal;
- s. Reemplazo de Medicamentos con Receta extraviados o hurtados, o de aquellos que se echan a perder por mal manejo, daño o rotura;
- t. Los Medicamentos con receta, equipos o sustancias para tratar disfunciones sexuales, trastorno de bajo deseo sexual (Addyi®) u otras deficiencias sexuales;
- u. Medicamentos con receta, equipos o sustancias para tratar la disfunción eréctil (por ejemplo, Viagra®, Cialis®, Levitra®) para Miembros que sean menores de dieciocho (18) años;
- v. Medicamentos, drogas, o sustancias cuyo despacho, posesión, consumo o uso sea ilegal bajo las leyes de los Estados Unidos, o de cualquier otro estado, o que se dispensen o usen de manera ilegal;
- w. terapia de hormona de crecimiento, excepto para insuficiencia renal crónica, síndrome de desgaste por SIDA, Síndrome de Turner, Síndrome de Prader-Willis, Síndrome de Noonan, para sanar heridas en pacientes quemados, retraso en el crecimiento en pacientes con quemaduras severas, síndrome del intestino corto, talla baja por deficiencia del gen SHOX, déficit de hormona del crecimiento cuando un Médico lo confirma por medio de una prueba de estimulación provocativa con resultados anormales;
- x. Medicamentos con Receta para, o tratamiento de estatura baja idiopática;
- y. La cobertura de Medicamentos con Receta para Fármacos Peligrosos Regulados podría estar limitada o excluida cuando dichos Fármacos Peligrosos Regulados han sido recetados por varios médicos de manera simultánea, cuando un médico esté de acuerdo en que las recetas se obtuvieron a través de la tergiversación del afiliado a ese médico. La limitación podría incluir, pero no se limita a, requerir que en el futuro las Sustancias Peligrosas Controladas se obtengan de un solo médico y de una farmacia;
- z. Preparaciones de medicamentos con recetas de aplicación tópica que estén aprobados por la FDA como dispositivos médicos;
- aa. Medicamentos con Receta sujetos al programa de Terapia Escalonada cuando dicho programa no se utilizó o porque el medicamento no fue aprobado por Nosotros o por Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia;
- bb. Los Medicamentos con Receta aprobados para la administración propia (p. ej., medicamentos orales y autoinyectables) están excluidos cuando se obtienen de un Médico o de otro Proveedor, a menos que esté contratado por Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia;
- cc. los medicamentos antihemofílicos cubiertos, inmunoglobulinas, medicamentos recomendados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA), para ser administrados por un profesional de atención médica, o los medicamentos cuya vía de administración incluya, entre otras, el bolo e infusión intravenosa, administración intramuscular, implantable, intratecal, intraperitoneal, intrauterina, gránulos,

bombas y otras vías de administración según lo determine la Compañía están cubiertos bajo el beneficio médico y están excluidos bajo el beneficio de farmacia; y

dd. El impuesto o interés sobre la venta, que incluya el impuesto sobre la venta de Medicamentos con Receta. Cualquier impuesto aplicado a la venta de los medicamentos con receta se incluirá en el costo del medicamento para determinar el Coaseguro del Afiliado y nuestra responsabilidad financiera. Nosotros cubriremos el costo del impuesto sobre la venta de Medicamentos con receta cualificados, a menos que el costo total del Medicamento con receta sea inferior a la cantidad del Copago del Afiliado, en cuyo caso, el Afiliado deberá pagar el costo del Medicamento con receta y el impuesto sobre la venta.

12. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para artículos para la comodidad, higiene y conveniencia personal, incluidos, entre otros, aires acondicionados, humidificadores, equipos personales para el acondicionamiento físico o modificaciones al domicilio o vehículo del Miembro;
13. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para el cuidado de rutina de los pies; cuidado o tratamiento paliativo o cosmético; y tratamiento de pies planos, excepto para Operaciones Médicamente Necesarias. Además, los Beneficios para cortar o remover callos y callosidades, cortar o desbridar las uñas o dispositivos de apoyo para el pie están disponibles para personas a quienes se les ha diagnosticado diabetes cuando esos servicios son Médicamente Necesarios.
14. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para cualquier aborto que no sea para salvar la vida de la madre.
15. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios o suministros relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad, incluyendo, entre otros, la fertilización in vitro, el lavado uterino para la recuperación embrionaria, la transferencia de embriones, la inseminación artificial, la transferencia de gametos en las trompas de Falopio, la transferencia de cigotos en las trompas de Falopio, la transferencia de óvulos por tubo inferior y terapia farmacológica u hormonal administrada como parte del tratamiento. Aun si la persona fuese fértil, estos procedimientos no están disponibles como Beneficios.
16. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, suministros o tratamiento relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad, incluyendo, entre otros, la fertilización in vitro, el lavado uterino para la recuperación embrionaria, la transferencia de embriones, la inseminación artificial, la transferencia de gametos en las trompas de Falopio, la transferencia de cigotos en las trompas de Falopio, la transferencia de óvulos por tubo inferior y terapia farmacológica u hormonal administrada como parte del tratamiento.
17. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los servicios prenatales y posnatales o los suministros de una Madre Sustituta Gestacional incluyendo, entre otros, servicios de Hospital, Operaciones, Salud Mental, farmacia o médicos.
18. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, Operaciones, suministros, tratamiento o gastos de un Afiliado cubierto relacionados con:
 - a. Pruebas genéticas, a menos que los resultados sean requeridos específicamente para tomar una decisión sobre el tratamiento médico del Afiliado o la ley exija;
 - b. Diagnóstico genético preimplantacional;
 - c. Prueba de detección antes de la concepción; y
 - d. Pruebas prenatales de detección, excepto aquellas para la detección de fibrosis quística.
19. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para anestesia por hipnosis o cargos por anestesia de Servicios no Cubiertos.

20. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para la acupuntura cuando se utiliza para proporcionar tratamiento para una afección o servicio que está excluido de la cobertura de este Plan de Beneficios.
21. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para Cirugía Estética, procedimientos, servicios, suministros o tratamiento con fines estéticos, a menos que sea necesario debido a Anomalías Congénitas o Mastectomía. Las complicaciones que resulten de cualquiera de estos u otros servicios no cubiertos están excluidos.
22. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para Tratamiento y Atención Dental y dispositivos dentales, excepto según lo dispuesto específicamente en este Plan de Beneficios bajo los Beneficios de Cirugía Bucal. Esta exclusión no se aplica a los Servicios para Labio Leporino y Paladar Hendido.
23. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por diagnóstico, tratamiento o cirugía de anomalías dentofaciales, incluyendo, entre otros, maloclusión, hiperplasia o hipoplasia mandibular o maxilar y cualquier otra afección ortodóntica, excepto cuando la ley así lo requiera. Esta exclusión no se aplica a los Servicios para Labio Leporino y Paladar Hendido.
24. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para exámenes médicos o pruebas de diagnóstico para exámenes físicos de rutina o periódicos, exámenes de detección e inmunizaciones, inclusive exámenes exigidos con fines ocupacionales, recreativos, para campamentos o escuelas, excepto lo establecido específicamente en este Plan de Beneficios.
25. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los gastos de viaje de cualquier tipo o tipo que no sean los Servicios de Ambulancia cubiertos al hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente la afección del Miembro, excepto según lo dispuesto específicamente en este Plan de Beneficios, o según lo aprobado por Nosotros.
26. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, No se cubre la repatriación de los restos mortales desde una ubicación en el extranjero hasta los Estados Unidos. El transporte aéreo o marítimo, privado o comercial no está cubierto. Los miembros que viajan al extranjero deben considerar la posibilidad de adquirir una póliza de seguro de viaje que cubra la Repatriación a su país de origen y viajes aéreos o marítimos cuando no se requiera una ambulancia.
27. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios educativos y suministros, adiestramiento y readiestramiento para una vocación, o el diagnóstico, pruebas o tratamiento para la recuperación de la lectura, dislexia y otros trastornos del aprendizaje. Esto incluye los servicios de Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) que no son tratamientos de habilitación y que se enfocan específicamente en metas académicas o educativas; y los servicios paraprofesionales o de supervisión utilizados como ayuda de mantenimiento o la Asistencia de un Cuidador para apoyar en las oportunidades de aprendizaje en un contexto académico. Esta exclusión de servicios educativos y suministros no se aplica a la formación y la educación acerca de la diabetes o a ninguna de las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos que se requiera cubrir por ley.
28. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para el Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) que Nosotros hayamos determinado que no es Médicamente Necesario. También se excluyen los siguientes: ABA realizado a los Afiliados de veintiún años (21) y mayores; ABA realizado por un Proveedor que no tiene certificación como analista asistente del comportamiento, ni licencia como analista de comportamiento otorgada por la Junta de Análisis de Comportamiento de Luisiana o la agencia emisora de licencias correspondiente, si es de otro estado y, el Análisis de Comportamiento Aplicado no está cubierto para otras afecciones que no sean los trastornos del Espectro Autista.

29. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para la Admisión a un Hospital principalmente para recibir Servicios de Diagnóstico, que se podrían haber prestado de manera segura y adecuadamente en cualquier otro entorno, por ejemplo, el departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital o el consultorio de un Médico.
30. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen los beneficios para la Asistencia de un Cuidador, en residencias de ancianos o en domicilios particulares, sin importar el nivel de cuidados requeridos o proporcionados. Esta exclusión de Asistencia de un cuidador no se aplica a los servicios de Atención de Rehabilitación que deben ser cubiertos por ley.
31. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para cargos de hospital para un recién nacido sano, excepto lo específicamente indicado en este Plan de Beneficios;
32. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los servicios de orientación que incluyen, entre otros, orientación profesional, terapia de pareja, terapia de divorcio, terapia de pérdida y duelo, asesoría para padres y orientación laboral. Esta exclusión no se aplica a los servicios de asesoramiento que deban estar cubiertos como parte de la Atención Médica de Prevención o del Bienestar o cuando la ley así lo exija.
33. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para el tratamiento médico y quirúrgico para los ronquidos en ausencia de apnea obstructiva del sueño, incluyendo la uvulopalatoplastia asistida por láser (LAUP, por sus siglas en inglés).
34. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para la reversión de un procedimiento de esterilización voluntaria.
35. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para cualquier Equipo Médico Duradero, equipo médico desechable, artículos y suministros que sobrepasen los límites de cantidad razonables, según Nosotros lo determinemos; los desfibriladores portátiles no están cubiertos. Los desfibriladores implantables y los portátiles están cubiertos cuando Nosotros los Autoricemos.
36. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los estudios del sueño, a menos que se realicen como un estudio del sueño en el domicilio o en un laboratorio del sueño acreditado por la red. Si un estudio del sueño no es realizado por un laboratorio del sueño acreditado por la Red, como un estudio del sueño en su domicilio o se deniega la realización de un estudio del sueño, entonces ni el estudio del sueño ni las Reclamaciones profesionales relacionadas con el estudio del sueño son válidos para la cobertura.
37. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios o suministros para el almacenamiento profiláctico de sangre del cordón umbilical.

ARTÍCULO XVIII. DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA

A. Continuación del Cónyuge Superviviente

Si los requisitos para recibir cobertura de Grupo finalizan tras el fallecimiento del Suscriptor, el Cónyuge superviviente que esté cubierto como Dependiente y que tenga cincuenta (50) años o más, tiene hasta noventa (90) días desde la fecha del fallecimiento del Suscriptor para notificar a la Compañía sobre su decisión de continuar con la misma cobertura para sí mismo, y si ya están cubiertos, para sus hijos Dependientes.

- La cobertura es automática durante los noventa (90) días del período de elección. Se debe pagar una prima por dicha cobertura. Si decide no continuar, o si no se recibe el dinero de la prima durante el período de cobertura automática de noventa (90) días, dicha cobertura automática cesa con retroactividad al final del ciclo de facturación en el que ocurrió el fallecimiento.
- Si se escoge la continuación de cobertura dentro del período de noventa (90) días, la cobertura continuará sin interrupción. La prima se adeudará a partir de la última fecha en que se pagó la prima. No se requerirán exámenes físicos. La prima para continuar la cobertura no debe superar a la prima cotizada para cada Suscriptor según la clase de cobertura dentro del contrato del Grupo.

El Grupo será responsable de notificar al Cónyuge sobre su derecho de continuar con la cobertura y de facturar y cobrar la prima. Sin embargo, si se Nos ha proporcionado la dirección residencial del Cónyuge superviviente tras el fallecimiento y el Grupo nos ha notificado el fallecimiento del Suscriptor de una manera aceptable para Nosotros, seremos Nosotros quienes notifiquemos al Cónyuge superviviente su derecho a continuar la cobertura.

La cobertura continúa sobre una base de pago de primas hasta que suceda una de las siguientes situaciones:

- la fecha en que venza la prima y no se pague a tiempo; o
- la fecha en que el Cónyuge superviviente o un hijo Dependiente reúne los requisitos para recibir cobertura de Medicare; o
- la fecha en que el Cónyuge superviviente o un hijo Dependiente cumple con los requisitos para participar en otro plan médico para grupos; o
- la fecha en la que el Cónyuge superviviente vuelve a contraer matrimonio o fallece; o
- la fecha en la que este Plan de Beneficios de Grupo finaliza; o
- la fecha en la que el hijo Dependiente deja de cumplir con los requisitos.

B. Continuación Estatal

Esta sección (Continuación Estatal) está disponible únicamente si el Grupo no está sujeto a la Continuación de la Cobertura conforme a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 y cualquier enmienda subsiguiente.

El Suscriptor o Dependiente cubierto cuya cobertura en este Plan de Beneficios finalice debido a: 1) fallecimiento del Suscriptor; o 2) finalización del contrato de trabajo del Suscriptor; o 3) por el divorcio del Suscriptor o de un Afiliado cubierto, podría tener derecho a continuar la cobertura de este Plan de Beneficios. El Suscriptor o el Dependiente que solicite la continuación de cobertura debe haber estado cubierto ininterrumpidamente por este Contrato (o cualquier otra póliza para grupos que este Plan de Beneficios haya reemplazado) durante los tres (3) meses consecutivos inmediatamente anteriores a la fecha en que esta cobertura hubiese finalizado.

La continuación de cobertura para un Suscriptor o sus Dependientes **no** estará disponible si:

- la Persona Cubierta, dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la rescisión de la cobertura, está o podría haber estado cubierto por otra cobertura Grupal o un plan médico patrocinado por el gobierno tal como Medicare o Medicaid, o Grupo; o

- la cobertura del Suscriptor o del Afiliado según este Plan de Beneficios terminó a causa de fraude o falta de pago de la contribución obligatoria de la prima; o
- la Persona cubierta cumple con los requisitos para la continuación de la cobertura conforme a la ley COBRA.

Para elegir la continuación de la cobertura en esta sección, el Suscriptor o Miembro deben notificar por escrito al Grupo sobre su elección de continuar esta cobertura médica Grupal y debe pagar toda contribución necesaria al Grupo por adelantado. La contribución inicial debe pagarse antes de finalizar el mes posterior al mes en que sucedió el evento que hizo que el Suscriptor o Afiliado cumpliera con los requisitos. (Si el Dependiente cumple con los requisitos a causa de un divorcio, se considerará que el evento ocurrió en la fecha de la sentencia de divorcio). El Grupo dispone de un formulario para continuar la cobertura.

La continuación del seguro bajo la póliza Grupal para cualquier Persona Cubierta finalizará en la primera de las siguientes fechas:

- doce (12) meses de calendario a partir de la fecha en la que la cobertura, de lo contrario, hubiese finalizado; o
- la fecha en que finaliza el período por el cual el Suscriptor o Dependiente realizan su última contribución requerida de la prima por la cobertura;
- la fecha en la que el Suscriptor o Miembro se convierte o cumple con los requisitos para estar cubierto por Beneficios similares bajo cualquier acuerdo de cobertura para individuos de un Grupo, ya sea asegurado o no, incluyendo Medicare o Medicaid; o
- la fecha de rescisión de la póliza de Grupo; o
- la fecha en la que un Afiliado inscrito de una organización de mantenimiento de la salud pasa a residir legalmente fuera del área de servicio de la Compañía.

C. Continuación de Cobertura conforme a la ley COBRA

Las siguientes disposiciones se aplican únicamente si el Grupo está sujeto a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés) y todas sus enmiendas. Consulte al Gerente de Recursos Humanos del Grupo o al Administrador de Beneficios para conocer más detalles sobre la ley COBRA, o la posibilidad de aplicar la ley COBRA a este Plan de Beneficios.

¿Qué es la continuación de cobertura de la ley COBRA?

De conformidad con la ley COBRA, los Empleados y dependientes que cumplen con los requisitos de ciertos Empleadores pueden tener la oportunidad de continuar, durante un período limitado, la cobertura de atención médica patrocinada por el empleador cuando se produzcan ciertos eventos en sus vidas (también conocido como «evento calificado») que de otra manera producirían la pérdida de cobertura bajo el plan del Empleador. Cuando un evento calificado causa tal pérdida de cobertura, se debe ofrecer la continuación de cobertura COBRA a cada persona que sea un «beneficiario calificado». El Suscriptor, Cónyuge del Suscriptor y los hijos dependientes del Suscriptor figuran bajo la ley como beneficiarios calificados. La continuación de cobertura COBRA ofrece la misma cobertura que el Plan le ofrece a los otros participantes o beneficiarios que no están recibiendo continuación de cobertura. El beneficiario calificado podría tener que pagar el costo total de la continuación de cobertura por el tiempo que dure.

¿Tengo otras alternativas además de la continuación de cobertura COBRA?

La continuación de cobertura COBRA no es la única alternativa que los Afiliados pudieran tener cuando pierden cobertura bajo este Plan de Beneficios. Podrían existir otras opciones de cobertura para Usted y Su familia.

Por ejemplo, Usted podría calificar para adquirir cobertura individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Perder la cobertura bajo este Plan de Beneficios, le brinda a Usted la oportunidad de un período de inscripción especial en el Mercado, aun cuando ocurra fuera del período de Inscripción del Mercado. Desde que pierde la cobertura de este Plan de Beneficios, tiene sesenta (60) días para solicitar una inscripción especial a través del

Mercado de Seguros Médicos. En el Mercado de seguros, Usted podría calificar para un nuevo crédito fiscal que reduzca Sus primas mensuales inmediatamente y puede ver cuáles serán Sus primas, cantidades de deducible y desembolsos antes de tomar la decisión de inscribirse. El hecho de cumplir con los requisitos para COBRA no limita Su capacidad para obtener cobertura o para obtener un crédito fiscal a través del Mercado de Seguros Médicos. Sin embargo, es importante que sepa que si Usted o cualquiera de Sus Dependientes elige la continuación de cobertura COBRA en vez de obtener cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos, Usted perderá la oportunidad de inscripción especial para el Mercado de Seguros Médicos y Usted no podrá inscribirse hasta que abra el próximo período de inscripción regular del Mercado o Su continuación de cobertura COBRA se agote.

Además, Usted podría calificar para una oportunidad de inscripción especial para otro plan médico para grupos para el que Usted reúne los requisitos (como el plan de su Cónyuge), aun si el plan generalmente no acepta inscripciones tardías, si Usted solicita la inscripción dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que perdió la cobertura de este Plan de Beneficios.

Por lo tanto, lo invitamos a que analice todas Sus opciones para que elija la que mejor se adapte a Sus necesidades y presupuesto.

¿Qué sucede si escojo la continuación de cobertura COBRA?

Si Usted y Sus Dependientes son beneficiarios calificados y deciden recibir la continuación de cobertura COBRA, Usted tiene que seguir todos los avisos y los períodos de tiempo requeridos que se mencionan a continuación, de lo contrario, Usted perderá Sus Derechos. Si el Grupo exige períodos de tiempo más cortos que los que aquí se indican, los períodos de tiempo más cortos del Grupo serán los que aplicarán.

¿Qué son los «eventos calificados»?

Un «evento calificado» es cualquiera de los siguientes eventos:

- finalización del contrato de trabajo de un Empleado con cobertura por una razón que no sea por una falta grave;
- pérdida de los requisitos necesarios de un Empleado con cobertura debido a una reducción en las horas de trabajo del empleado;
- muerte de un Suscriptor cubierto;
- divorcio o separación legal entre el Suscriptor cubierto y su Cónyuge;
- el Suscriptor cubierto adquiere el derecho a los Beneficios de Medicare resultando en la pérdida de cobertura para los Dependientes;
- un hijo Dependiente deja de ser un Dependiente que cumple con los requisitos conforme a los términos de este Plan de Beneficios; o
- el Empleador presenta la solicitud para un procedimiento de quiebra conforme al Capítulo 11, pero únicamente para los antiguos empleados cubiertos que se jubilaron del Empleador en cualquier momento.

AVISO: Aplican reglas especiales para ciertos jubilados y sus Dependientes que pierdan cobertura porque el Empleador se acogió a una quiebra conforme al Capítulo 11. En este caso, ciertos jubilados pueden elegir la cobertura COBRA de por vida. Los Dependientes que cumplen los requisitos de los jubilados podrán continuar con la cobertura hasta que el jubilado fallezca. Cuando el jubilado muere, los Dependientes pueden decidir el continuar con la cobertura por treinta y seis (36) meses más a partir de la fecha de la muerte del jubilado. En todos los casos, los beneficiarios calificados deberán pagar por la cobertura que hayan elegido. La cobertura de COBRA bajo estas circunstancias finalizará antes debido a varios motivos, por ejemplo, entre otros: el Empleador deja de proveer cualquier plan de salud grupal a cualesquiera Empleados o los beneficiarios calificados no pagan las primas requeridas u obtienen cobertura bajo el plan médico grupal de otro Empleador que no excluye o limita los Beneficios por las Afecciones Preexistentes del Beneficiario calificado. Los derechos de continuación de cobertura COBRA conforme a los procedimientos de quiebra del Capítulo 11 serán determinados por el tribunal

de quiebras, y la cobertura que los beneficiarios que cumplan con los requisitos podrían recibir podría no ser igual a la que tenían bajo el plan para jubilados antes de que el Empleador se declarara en quiebra conforme al Capítulo 11.

¿Tengo que notificar cualquier evento calificado?

El beneficiario calificado debe notificar al Grupo los siguientes eventos que cumplen los requisitos dentro de los 60 días siguientes al evento:

- divorcio o separación legal,
- tener derecho a Medicare, o
- pérdida de los requisitos necesarios de un Dependiente para recibir cobertura como hijo dependiente.

El Grupo le informará al beneficiario calificado sobre sus derechos en virtud de la ley COBRA tan pronto ocurra cualquiera de los eventos calificados o después de la notificación oportuna de un evento calificado cuando dicha notificación sea requerida por el Beneficiario calificado.

¿Qué debo hacer para obtener la continuación de cobertura COBRA?

Para elegir la continuación de cobertura, el beneficiario calificado debe completar un formulario de elección de COBRA y deberá entregarlo oportunamente al Grupo. La opción de elegir la continuación de cobertura se ofrecerá durante un período que:

- comience no más tarde de la fecha en la cual el Afiliado perdería la cobertura bajo el plan médico para grupos (la «fecha de final de la cobertura»); y
- finalice sesenta (60) días después de la fecha de final de la cobertura o sesenta (60) días después de que el Afiliado haya recibido notificación sobre su derecho de continuar con la cobertura, lo que ocurra en última instancia.

Cada beneficiario calificado tiene un derecho independiente de elegir la continuación de cobertura. Por ejemplo, el Cónyuge del empleado puede elegir la continuación de cobertura incluso si el empleado no lo hace. Se puede elegir la continuidad de la cobertura para uno, varios o todos los hijos Dependientes que sean beneficiarios calificados. Uno de los padres puede elegir la cobertura de continuación en nombre de los hijos Dependientes. El empleado o el Cónyuge del empleado puede elegir la continuación de cobertura en nombre de todos los beneficiarios calificados.

¿Cuánto tendré que pagar por la continuación de cobertura COBRA?

Se puede requerir que un Miembro pague el costo total de la continuidad de la cobertura (incluyendo las contribuciones tanto del empleador como del empleado) más una cantidad adicional para cubrir los gastos administrativos. Si se elige la continuación de cobertura, el beneficiario calificado debe emitir su primer pago para la continuación de cobertura dentro de los cuarenta y cinco (45) días a partir de la fecha en que hizo la elección. Si el beneficiario calificado no realiza el primer pago de manera correcta y en su totalidad dentro del período de cuarenta y cinco (45) días, se perderán todos los derechos de continuación de cobertura COBRA. A partir de entonces, para mantener la cobertura es necesario realizar los pagos mensuales a tiempo. Es posible que el Afiliado no reciba notificaciones de los pagos vencidos.

¿Cuándo comenzará la continuación de cobertura COBRA y cuánto tiempo durará?

Una vez seleccionada, la continuación de cobertura COBRA comenzará en la fecha final de la cobertura y finalizará cuando se presente cualquiera de las siguientes situaciones:

- Dieciocho (18) meses tras el evento calificado en caso de la finalización del contrato de trabajo o la reducción del horario laboral. Cuando el empleado adquiera el derecho a recibir los Beneficios de Medicare a menos de dieciocho (18) meses antes de la finalización del contrato de trabajo o la reducción del horario laboral, la continuación de la cobertura para beneficiarios calificados que no sean el Empleado se extenderá durante el

período más largo de treinta y seis (36) meses a partir de la fecha de adquisición de Medicare o de dieciocho (18) meses a partir del evento calificado; o

- Treinta y seis (36) meses tras el evento calificado cuando dicho evento no sea la finalización del contrato de trabajo o de la reducción del horario laboral; o
- la fecha en que el Empleador deje de tener un plan médico Grupal para sus empleados; o
- La fecha en que finaliza la cobertura a causa de la falta de pago de las primas cuando están vencidas; o
- La fecha en que el beneficiario calificado recibe cobertura primero de otro plan médico para grupos y los Beneficios bajo ese otro plan no están excluidos ni limitados con respecto a una Afección Preexistente (AVISO: Existen limitaciones en planes que imponen exclusiones por Afecciones Preexistentes y tales exclusiones quedaron prohibidas a partir de 2014 bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio); o
- La fecha en que el beneficiario calificado adquiere el derecho para recibir Medicare (ya sea Parte A, Parte B o ambas).

¿Puedo extender mi continuación de cobertura COBRA?

El derecho de un beneficiario calificado a la continuación de cobertura COBRA nunca durará más de treinta y seis (36) meses a partir del evento calificado. Este período de duración máxima no podrá extenderse, independientemente de las circunstancias.

Aquellos que reciben dieciocho (18) meses de continuidad de cobertura pueden extender su período, como se explica a continuación, si se someten a un segundo evento calificador o son declarados discapacitados por la Administración del Seguro Social durante ese período original de dieciocho (18) meses.

Si un beneficiario calificado experimenta un segundo evento calificado que no sea la finalización del contrato de trabajo o la reducción del horario laboral mientras recibe los dieciocho (18) meses de continuación de cobertura COBRA, los Dependientes que eran beneficiarios calificados al momento del primer evento calificado y eligieron la continuación de cobertura COBRA, podrían calificar para hasta dieciocho (18) meses adicionales de continuación de cobertura, para un máximo de treinta y seis (36) meses. Esta extensión podría estar disponible para los Dependientes que reciban continuación de cobertura si:

- el Empleado o Exempleado fallece;
- el Empleado o Exempleado obtiene el derecho de recibir Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- el Empleado o Exempleado y su Cónyuge Dependiente se divorcian;
- el hijo Dependiente ya no cumple con los requisitos según el Plan de Beneficios como Dependiente.

El segundo evento calificado se aplica únicamente si el evento hubiese causado que el Dependiente perdiera la cobertura del plan, si el primer evento calificado no hubiese ocurrido. Los beneficiarios calificados deben notificar al Grupo dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha del segundo evento calificado para extender la continuación de cobertura COBRA.

Los dieciocho (18) meses de continuación de cobertura también pueden extenderse hasta un máximo de veintinueve (29) meses si un beneficiario calificado se incapacita en algún momento durante los primeros sesenta (60) días de cobertura de COBRA y se determina que está discapacitado (según lo determinado en el Título II, o XVI de la Ley del Seguro Social) por la Administración del Seguro Social durante los dieciocho (18) meses originales de cobertura COBRA.

Esta prórroga de once (11) meses está disponible para todas las personas que cumplen con los requisitos, que sean beneficiarios calificados y que hayan elegido la continuación de cobertura de la ley COBRA durante los dieciocho (18) meses anteriores. El beneficiario calificado debe notificar al Grupo la determinación de discapacidad antes del final del período inicial de dieciocho (18) meses de COBRA y dentro de los sesenta (60) días tras la fecha del aviso de la Administración del Seguro Social de la determinación de discapacidad.

El beneficiario calificado también debe notificar al Grupo en un plazo de treinta (30) días, sobre cualquier decisión final que tome la Administración de Seguro Social mediante la que se establezca que el beneficiario calificado ya no se considera discapacitado. En este caso, la cobertura finalizará en la primera de las siguientes fechas: veintinueve (29) meses después de la fecha del evento calificado o el primer día del mes que comience después de treinta (30) días de la determinación final en la que se determine que el beneficiario calificado ya no está incapacitado, sujeto a los dieciocho (18) meses originales de cobertura COBRA.

Mantenga a Su Plan informado de cualquier Cambio de Dirección

Para proteger Sus derechos y los de Su familia, Usted debe mantener informado al Grupo sobre cualquier cambio en Su dirección o las direcciones de los afiliados de Su familia. Usted también debe mantener copia de todas las notificaciones que Usted le envía al Administrador del Plan para grupos, para Sus registros.

D. Derechos de los Empleados en virtud de la Ley de los Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés)

Los Empleados que se van en una licencia militar para prestar «servicio en los servicios uniformados de los Estados Unidos» (como se describe el término en la USERRA) pueden elegir continuar con la cobertura bajo este Plan de Beneficios por hasta 24 meses a partir de la fecha en que el Empleado se ausenta para prestar el servicio.

Solo un Empleado con cobertura puede elegir la continuación de cobertura bajo USERRA para sí mismo y para los Dependientes que cumplan con los requisitos y que estaban con cobertura por el Plan inmediatamente antes de este irse a prestar el servicio militar. Los Dependientes no tienen ningún derecho individual para elegir la continuación de cobertura USERRA.

Para reclamar la continuación de cobertura USERRA, el Empleado debe notificar debidamente al Empleador que se ausentará para prestar «servicio en los cuerpos uniformados» y solicitar la continuación de la cobertura, según lo requerido por el Empleador.

Es posible que el empleado que elige la continuación de cobertura de la ley USERRA deba pagar una prima. Si la ausencia por licencia dura treinta (30) días o menos, es posible que la persona deba pagar la contribución requerida para la cobertura del Empleado. Sin embargo, si la licencia militar se extiende por más de treinta (30) días, es posible que la persona deba pagar hasta el 102 % de la contribución total conforme al Plan (incluidas las contribuciones de cobertura tanto del Empleador como del Empleado).

La continuación de cobertura USERRA puede finalizar antes del período máximo de 24 meses si:

1. el Empleado incumple con el pago a tiempo de las primas requeridas, o
2. El día después de la fecha en la que la ley requiere que el empleado solicite o vuelva a un puesto de empleo y no cumple con ello.

Los Empleadores sujetos a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés) podrán elegir sus derechos de continuación de cobertura USERRA al mismo tiempo que la cobertura de continuación de COBRA, según lo permitido por ley. Cada Empleador actúa independientemente para decidir cómo aplicar esta disposición y no refleja ninguna pauta emitida por BCBSLA. En todos los casos, el Empleador deberá ser consultado sobre cómo esta disposición aplica al plan para grupos patrocinado por el Empleador.

Comuníquese con su Empleador para solicitar más detalles sobre cómo los derechos de continuación de cobertura de USERRA y otra continuación de cobertura le aplican a Usted.

ARTÍCULO XIX. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

A. Aplicabilidad

1. Esta sección de Coordinación de Beneficios («COB», por sus siglas en inglés) se aplica a este Plan cuando el Afiliado tiene cobertura de atención médica en más de un Plan. «Plan» se define a continuación.
2. Esta Sección pretende describir el orden de las reglas de determinación de Beneficios que rigen el orden en que cada Plan pagará una Reclamación de Beneficios. El Plan que paga primero es llamado Plan principal. El Plan principal debe pagar los Beneficios de acuerdo con los términos de su póliza, sin tener en cuenta la posibilidad de que otro Plan pueda cubrir algunos gastos. El Plan que paga después del Plan Principal es el plan Secundario. El plan Secundario puede reducir los Beneficios que paga para que los pagos de todos los Planes no excedan el 100 % del total del Gasto Permitido.

B. Definiciones (*Aplicables únicamente a este Artículo de este Plan de Beneficios*)

1. «Gasto Permitido» significa cualquier servicio o gasto de atención médica, incluidos deducibles, coaseguros o copagos, que esté cubierto en su totalidad o al menos en parte por cualquier Plan que cubra a la persona.
 - a. Cuando un Plan ofrece Beneficios en forma de servicios, el valor en efectivo razonable por cada servicio se considerará un Gasto Permitido y un beneficio pagado.
 - b. Un gasto o la parte de un gasto que no esté cubierto por alguno de los Planes no es un gasto permitido.
 - c. Los siguientes casos son ejemplos de gastos que no se consideran Gastos Permitidos.
 - (1) Si una persona está confinada en una habitación privada de un hospital, la diferencia entre el costo de una habitación semiprivada y una privada no es un gasto permitido, a menos que uno de los planes brinde cobertura por los gastos de habitaciones privadas del hospital.
 - (2) Si una persona tiene cobertura de dos o más Planes que computan sus pagos de Beneficios en base a las tarifas frecuentes y habituales o al reembolso a plazos de un valor relativo o una metodología similar de reembolso, cualquier cantidad que cobre el Proveedor que exceda la cantidad de reembolso más alta para un Beneficio específico no es un Gasto permitido.
 - (3) Si una persona tiene cobertura de dos o más Planes que brindan Beneficios o servicios sobre la base de las tarifas negociadas, cualquier cantidad que exceda la tarifa negociada más elevada no es un Gasto Permitido.
 - d. Los siguientes casos son ejemplos de gastos que se consideran Gastos Permitidos.
 - (1) Si una persona tiene cobertura de un Plan que calcula sus beneficios o servicios basándose en las tarifas frecuentes y habituales o al reembolso a plazos de un valor relativo o una metodología similar de reembolso y otro Plan que brinda sus beneficios o servicios basándose en las tarifas negociadas, el acuerdo de pago del Plan principal será el gasto permitido para todos los planes.
 - (2) La cantidad de cualquier reducción de Beneficios por el Plan principal debido a que una persona cubierta no ha cumplido con las disposiciones del Plan no es un Gasto permitido. Algunos ejemplos de este tipo de disposiciones del plan incluyen las segundas opiniones para operaciones, autorizaciones previa a la Admisión y los acuerdos con los Proveedores preferidos.
2. «Plan de Panel Cerrado» es un plan que proporciona Beneficios médicos a las personas cubiertas principalmente en la forma de servicios mediante un panel de Proveedores que han firmado contrato con el plan o trabajan para este, y que excluye los Beneficios por servicios proporcionados por otros Proveedores, excepto en casos de emergencia o si tiene un referido de un miembro del panel.
3. «Coordinación de Beneficios o Disposición COB (por sus siglas en inglés)» es la parte del Plan de Beneficios que ofrece Beneficios de atención médica en el cual se aplica la disposición de COB y que puede reducirse debido a los Beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del Plan de Beneficios que proporcione

Beneficios de atención médica está separada de este plan. Un Plan de Beneficios puede aplicar una provisión de COB a ciertos Beneficios, tales como los Beneficios dentales, coordinando solo con Beneficios similares y puede aplicar otra provisión de COB para coordinar otros Beneficios.

4. «Padre con Custodia»
 - a. el padre al que se le otorgó la custodia de un hijo por un decreto judicial; o
 - b. en ausencia de un decreto judicial, el padre con quien el niño reside más de la mitad del año natural sin tener en cuenta ninguna visita temporal.
5. «Reglas de Determinación del Orden de los Beneficios» determinan si este plan es un Plan principal o un Plan secundario cuando la persona tiene cobertura de atención médica con más de un Plan. Cuando este plan es primario, determina primero el pago para estos Beneficios antes que los de cualquier otro Plan sin considerar los Beneficios de ningún otro Plan. Cuando este plan es secundario, determina sus Beneficios después de los del otro Plan y puede reducir los Beneficios pagaderos de manera que todos los Beneficios del Plan no excedan el 100 % del Gasto Permitido total.
6. «Plan» es cualquiera de los siguientes que brinda Beneficios o servicios para el cuidado o tratamiento médico o dental. Si se utilizan Planes de Beneficios separados para brindar una cobertura coordinada para los Afiliados de un grupo, los Planes de Beneficios separados se consideran partes de un mismo plan y no hay COB entre esos Planes de Beneficios separados.
 - a. El plan incluye:
 - (1) Planes de Beneficios para Grupos y Contratos de Seguros para individuos;
 - (2) Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés);
 - (3) cobertura para grupos o para individuos mediante planes de panel cerrado;
 - (4) Planes de Beneficios de Tipo Grupo (ya sea asegurados o no asegurados);
 - (5) los componentes de atención médica de los contratos de atención a largo plazo, como la atención de enfermería especializada;
 - (6) los Beneficios médicos de los contratos de automóviles de grupo o individuales; o
 - (7) Medicare u otros Beneficios gubernamentales, según lo permita la ley.
 - b. El Plan no incluye:
 - (1) Beneficios de cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija;
 - (2) cobertura solo por accidentes;
 - (3) la cobertura de enfermedad especificada o cobertura específica de accidente;
 - (4) la cobertura de salud de Beneficios limitados como se define las leyes estatales;
 - (5) las coberturas tipo accidente en la escuela excepto aquellas indicadas en la LSA-R.S. 22:1000 A.3C;
 - (6) los Beneficios prestados en las pólizas de seguro de atención a largo plazo para servicios no-médicos;
 - (7) Pólizas suplementarias de Medicare;
 - (8) un plan estatal de Medicaid; o

(9) cobertura bajo otro plan gubernamental federal, a menos que lo permita la ley.

Cada Plan de Beneficios de cobertura bajo a o b, mencionado anteriormente, es un Plan por separado. Si un Plan tiene dos partes y se aplican las normas de COB únicamente a una de las dos, cada una de las partes se tratará como un plan distinto.

C. Reglas para la determinación del orden de los Beneficios

1. Cuando una persona está cubierta por dos o más Planes, las reglas para determinar el orden de los pagos de Beneficios son las siguientes:
 - a. El Plan principal paga o proporciona sus Beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en cuenta los Beneficios de cualquier otro Plan.
 - (1) Salvo lo dispuesto en el Apartado (2) de más adelante, un Plan que no contenga una Disposición de Coordinación de Beneficios que sea consistente con esta sección es siempre el primario a menos que las disposiciones de ambos Planes establezcan que el plan que cumple es el primario.
 - (2) La cobertura que se obtiene en virtud de la membresía en un grupo que está designado a complementar una parte del paquete básico de Beneficios y estipula que la cobertura complementaria debe exceder cualquier otra parte del Plan proporcionado por el Titular de la Póliza. Algunos ejemplos de estos tipos de situaciones son coberturas médicas principales que se superponen al plan básico de Beneficios hospitalarios y quirúrgicos y las coberturas de tipo seguro que se suscriben en conexión con un Plan de Panel Cerrado para brindar beneficios Fuera de la Red.
 - b. Un Plan puede considerar los Beneficios pagados o proporcionados por otro Plan al calcular el pago de sus Beneficios sólo cuando es secundario a ese otro Plan.
2. Cada Plan determina su orden de Beneficios utilizando la primera de las siguientes normas que se aplique:
 - a. Regla de Dependiente o no Dependiente. El Plan que cubre a una persona que no es como Dependiente, por ejemplo, como Empleado, Afiliado, titular de la póliza, Suscriptor o jubilado es el Plan Principal mientras que el Plan que cubre a una persona como Dependiente es el Plan Secundario. Sin embargo, si la persona es un Beneficiario de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al Plan que cubre a la persona como Dependiente; y es principal al Plan que cubre a la persona como no Dependiente (por ejemplo, , un Empleado jubilado); entonces el orden de Beneficios entre los dos Planes se invierte de tal manera que el Plan que cubra a la persona como Empleado, Afiliado, titular de la póliza, Suscriptor o jubilado es el Plan Secundario y el otro Plan es el Plan Principal.
 - b. Regla de un Menor Dependiente cubierto por más de un Plan. A menos que un decreto judicial declare lo contrario, cuando un hijo Dependiente está cubierto por más de un Plan, el orden de Beneficios se determina de la siguiente manera:
 - (1) Para un hijo Dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, sea que se hayan casado o no:
 - (a) El Plan del padre cuyo cumpleaños sea primero en el año calendario es el Plan Principal; o
 - (b) Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el plan del padre que haya estado cubierto por más tiempo es el Plan principal.
 - (2) Para un hijo Dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, sea que se hayan casado o no:
 - (a) Si un decreto judicial declara que uno de los padres es responsable de los gastos de la atención médica del hijo o de la cobertura de atención médica y el Plan de ese padre tiene un

conocimiento concreto de esos términos, ese Plan es primario. Esta regla se aplica a los años del plan que comiencen después de que se notifica el decreto del tribunal;

- (b) Si un decreto judicial declara que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo Dependiente, las disposiciones del Apartado (2)(b)(1) mencionadas anteriormente serán las que determinen el orden de Beneficios;
 - (c) Si una sentencia judicial declara que ambos padres tienen custodia compartida sin especificar que uno de ellos sea responsable de los gastos del cuidado de salud o de la cobertura de atención médica del niño Dependiente, las disposiciones del Apartado (2)(b)(1) mencionadas anteriormente serán las que determinen el orden de beneficios; o
 - (d) Si no existe un decreto judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de la atención médica o la cobertura de atención médica de un hijo dependiente, el orden de beneficios para el hijo se determina como sigue:
 - (i) El Plan que cubre al padre con Custodia;
 - (ii) El Plan que cubre al cónyuge del padre que tiene la custodia.
 - (iii) El Plan que cubre al padre que no tiene custodia; y entonces
 - (iv) El Plan que cubre al cónyuge del padre sin custodia.
- (3) Para los hijos Dependientes cubiertos bajo más de un Plan de personas que no son sus padres, las disposiciones de los Apartados (2)(b)(1) o (2)(b)(2) mencionadas anteriormente determinarán el orden de los Beneficios como si tales personas fueran los padres del niño.
- (4) Para un hijo Dependiente cubierto bajo el plan del cónyuge:
- (a) Para un hijo dependiente que tiene cobertura bajo uno o ambos planes de los padres y también tiene su propia cobertura como dependiente bajo el plan del Cónyuge, se aplica la regla del Apartado (2)(e) (Duración más larga o más corta en la Cobertura).
 - (b) En el caso de que la cobertura del Hijo Dependiente bajo el Plan del Cónyuge comenzará en la misma fecha que la cobertura del Hijo Dependiente bajo cualquiera de los Planes de ambos padres, el orden de los Beneficios será determinado aplicando la regla de cumpleaños arriba mencionada en el Apartado 2(b)(1) de los padres del hijo dependiente y del cónyuge del dependiente.
- c. Regla de Empleado Activo o Jubilado o de Empleado Despedido. El Plan que cubre a una persona como un empleado activo, es decir, un empleado que no es ni despedido ni jubilado, es el Plan principal. El Plan que cubre a esa misma persona como empleado jubilado o despedido es el Plan Secundario. Lo mismo sería válido si una persona es Dependiente de un Empleado activo y esa misma persona es Dependiente de un Empleado jubilado o despedido. Si el otro Plan no cuenta con esta regla, y si, como resultado, los Planes no concuerdan respecto del orden de los Beneficios, esta regla debe ignorarse. Esta regla no se aplica si la regla del Apartado (2)(a) puede determinar el orden de los beneficios.
- d. COBRA o Regla Estatal de Continuación de Cobertura. Si una persona cuya cobertura se provee conforme a COBRA o bajo un derecho de continuación provisto por el estado u otra ley federal cubierta bajo otro Plan, el Plan que cubre a la persona como Empleado, Afiliado, Suscriptor o jubilado o que cubre a la persona como Dependiente de un Empleado, Afiliado, Suscriptor o jubilado es el Plan Principal y el de COBRA, o el del estado u otra continuación de cobertura federal es el Plan Secundario. Si el otro Plan no cuenta con esta regla, y si, como resultado, los Planes no concuerdan respecto del orden de los Beneficios, esta regla debe ignorarse. Esta regla no se aplica si la regla del Apartado (2)(a) puede determinar el orden de los beneficios.

- e. Regla de la Duración de la Cobertura más Larga o más Corta. Un Plan que cubrió a la persona como Empleado, Afiliado, titular de la póliza, Suscriptor o jubilado durante más tiempo es el Plan Principal, mientras que el Plan que cubrió a la persona durante un período más corto es el Plan Secundario.
- f. Regla de Último Recurso. Si ninguna de las reglas precedentes determina el orden de los Beneficios, los Gastos Permitidos se repartirán por igual entre los Planes que cumplan con la definición de Plan. En cualquier caso, este Plan nunca pagará más de lo que hubiera pagado si hubiera sido el Plan principal.

D. Efectos en los Beneficios de este Plan

1. Cuando este plan es secundario, sus beneficios pueden ser reducidos de manera que el total de Beneficios pagados o proporcionados por todos los Planes durante un año del plan no sean más que el total de los Gastos Permitidos. Al determinar la cantidad a pagar por cualquier Reclamación, el Plan secundario calculará los Beneficios que habría pagado en ausencia de otra cobertura de atención médica y aplicará esa cantidad calculada a cualquier Gasto permitido en su Plan que no haya sido pagado por el Plan principal. El plan Secundario puede entonces reducir su pago en la cantidad de manera que, cuando se combina con la cantidad pagada por el Plan Principal, los Beneficios totales pagados o proporcionados por todos los Planes para la Reclamación no excedan el gasto total Permitido para dicha Reclamación. Además, el plan Secundario deberá acreditar a su plan el Deducible, el Coaseguro y Copagos y cualquier cantidad que hubiera acreditado a su Deducible en la ausencia de otra cobertura de atención médica. En cualquier caso, este Plan nunca pagará más de lo que hubiera pagado si hubiera sido el Plan principal.
2. La diferencia entre los pagos de Beneficios que este Plan hubiera tenido que pagar si hubiera sido el Plan Principal y el pago de Beneficios realmente pagado o proporcionado deben registrarse como una reserva de beneficios para la persona cubierta y serán utilizados por este plan para pagar cualquier Gasto Permitido no pagado durante el período de determinación de la Reclamación. A medida que se presente cada Reclamación, este plan:
 - a. determinar su obligación de pagar o proporcionar Beneficios bajo su Plan de Beneficios;
 - b. determinar si una reserva de Beneficios se ha registrado para la persona cubierta; y
 - c. determinar si hay algún Gasto Permitido sin pagar durante el período de determinación de reclamaciones.
3. Si existe una reserva de beneficios, el Plan Secundario utilizará la reserva de beneficios de la persona cubierta para pagar hasta el 100 por ciento del total de los Gastos Permitidos incurridos durante el período de determinación de la reclamación. Al final del período de determinación de reclamaciones, la reserva de Beneficios vuelve a cero. Se debe crear una nueva reserva de beneficios para cada nuevo período de determinación de reclamaciones.
4. Si una persona cubierta está inscrita en dos o más planes de panel Cerrado, y si por alguna razón incluye la provisión de servicios por un Proveedor fuera del panel, los Beneficios no son pagaderos por un Plan de Panel Cerrado, no se aplicará COB entre ese Plan y los otros Planes de Panel Cerrado.

Puede solicitar una copia en papel o en forma electrónica del Apéndice C, el cual brinda una explicación para los planes secundarios sobre el propósito y uso de la reserva de beneficios y como los planes secundarios calculan las reclamaciones. Una copia del Apéndice C se encuentra también disponible en el sitio web del Departamento de Seguros de Luisiana en https://www.lidi.la.gov/docs/default-source/documents/legaldocs/regulations/reg32-appendixc.pdf?Sfvrnsn=24e14b52_0.

E. Resumen

Este es un resumen de solo algunas de las disposiciones de su Plan de salud para ayudarlo a comprender la Coordinación de los Beneficios, lo que puede ser muy complicado. Esta no es una descripción completa de todas las reglas y procedimientos de coordinación, y no cambia ni reemplaza el contenido anterior, el cual determina sus Beneficios.

1. Doble Cobertura

Es común que los afiliados de su familia estén cubiertos por más de un plan de atención médica. Por ejemplo, esto ocurre cuando ambos esposos trabajan y eligen tener cobertura familiar a través de ambos empleadores. Cuando usted recibe cobertura de más de un plan de salud, la ley estatal les permite a sus aseguradoras seguir un procedimiento llamado «Coordinación de Beneficios» para determinar cuánto debe pagar cada uno cuando tiene una Reclamación. El objetivo es asegurarse que los pagos combinados de todos los planes no sumen más que sus gastos cubiertos de atención médica. La Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés) es complicada, y cubre una amplia variedad de circunstancias. Este es solo un resumen de algunos de los más comunes.

2. Primario o Secundario

Se le pedirá que identifique todos los Planes que cubren a los afiliados de su familia. Necesitamos esta información para determinar si somos el pagador de Beneficios «primario» o «secundario». Cuando Usted tenga una Reclamación, el Plan Principal siempre paga primero. Cualquier plan que no contenga las reglas de COB de su estado siempre será principal.

3. Cuando este Plan es Primario

Si usted o un afiliado de su familia están cubiertos por otro Plan además de este, seremos el plan principal cuando:

- a. La Reclamación es para sus propios gastos de atención médica, a menos que esté cubierto por Medicare y tanto usted como su cónyuge estén jubilados;
- b. La Reclamación es para su Cónyuge, que está cubierto por Medicare, y ustedes dos no están jubilados;
- c. La Reclamación es para los gastos de atención médica de su hijo que está cubierto por Este Plan y:
 - (1) Está casado y la fecha de su cumpleaños es anterior al cumpleaños de su Cónyuge o está viviendo con otra persona, independientemente de si ha estado o no casado con esa persona, y su cumpleaños es anterior al cumpleaños de esa otra persona. Esto se conoce como la regla del cumpleaños.
 - (2) Está separado o divorciado y nos ha informado de un decreto judicial que lo hace responsable de los gastos de atención médica de su hijo; o
 - (3) No existe un decreto judicial, pero usted tiene la custodia del menor.

4. Otras Situaciones

- a. Seremos primarios cuando cualquier otra disposición de la ley estatal o federal así lo exija. Cuando seamos el plan principal, pagaremos los Beneficios de acuerdo con los términos de su Plan de Beneficios, como si no tuviera otra cobertura de atención médica bajo ningún otro plan.
- b. Seremos secundarios cuando las reglas no requieran que seamos primarios. Cuando somos el Plan secundario, no pagamos hasta que el plan principal haya pagado sus beneficios. Entonces pagaremos una parte o la totalidad de los Gastos Permitidos que queden sin pagar, como se explica a continuación. Un «Gasto Permitido» es un servicio o gasto de atención médica cubierto por uno de los Planes, incluidos los Copagos, Coaseguros y Deducibles.
 - (1) Si hay una diferencia entre la cantidad que los planes permiten, basaremos nuestro pago en la cantidad más alta. Sin embargo, si el Plan Principal tiene un Contrato con el Proveedor, nuestros pagos combinados no serán más de lo que exige el Contrato. Las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) y las Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) generalmente tienen contratos con sus Proveedores.

- (2) Determinaremos nuestro pago restando la cantidad que pagó el Plan Principal de la cantidad que hubiéramos pagado si hubiéramos sido el principal. Usaremos cualquier importe restante para pagar el saldo de los Gastos no pagados Permitidos cubiertos por cualquiera de los planes.
- (3) Si el Plan Principal cubre tipos similares de gastos de atención médica, pero permite gastos que no cubrimos, pagaremos esos gastos siempre que haya un saldo en su reserva de beneficios, como se explica a continuación.
- (4) No pagaremos una cantidad que el plan principal no cubrió porque usted no siguió sus reglas y procedimientos. Por ejemplo, si su plan ha reducido sus beneficios porque usted no obtuvo la Autorización previa, tal como lo exige ese plan, no pagaremos el importe de la reducción, porque no es un gasto permitido.

c. **Reserva de Beneficios**

Cuando somos secundarios, a menudo pagaremos menos de lo que habríamos pagado si hubiéramos sido el plan primario. Cada vez que «ahorramos» pagando menos, pondremos esos ahorros en una reserva de beneficios. Cada afiliado de su familia cubierto por este Plan tiene una reserva de beneficios por separado. Utilizamos la reserva de beneficios para pagar los Gastos Permitidos que están cubiertos solo parcialmente por ambos Planes. Para obtener un reembolso, debe mostrarnos lo que el plan principal ha pagado para que podamos calcular la diferencia. Para asegurarse que recibe la prestación completa por Beneficio o por coordinación, debe enviar todas las Reclamaciones a cada uno de sus Planes. Los importes pueden acumularse en su reserva por un año. Al final del año se elimina cualquier saldo y al siguiente año se inicia una nueva reserva de beneficios para cada persona en cuanto haya algún saldo en sus Reclamaciones.

F. Derecho a recibir y divulgar la información necesaria

Se necesita cierta información para aplicar estas normas de COB. Tenemos el derecho de decidir cuál es la información que Nosotros necesitamos. Podremos obtener la información necesaria o dársela a cualquier otra organización o persona. No necesitamos divulgar u obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Toda persona que reclame sus Beneficios dentro de Este Plan debe darnos toda la información que necesitemos para honrar la Reclamación.

G. Facilidad de pago

Un pago realizado dentro de cualquier otro Plan podría incluir una cantidad que debió haberse pagado bajo este Plan. Nosotros podremos pagar esa cantidad a la organización que realizó el pago. Esa cantidad se tratará como si fuese un Beneficio pagado bajo este Plan. En la medida en que se realicen dichos pagos, Nos descargan de responsabilidad adicional. El término «pago realizado» incluye la prestación de Beneficios en forma de servicios, en cuyo caso se considerará que el pago realizado es el valor razonable en efectivo de cualquier Beneficio provisto en forma de servicio

H. Derecho de reembolso

Si la cantidad de los pagos que realizamos es superior a lo que debería haberse pagado dentro de esta sección de COB, Nosotros podremos recuperar el pago en exceso. Podremos obtener dicha recuperación o pago a través de una o más de las siguientes opciones:

1. de las personas a las que Nosotros les hemos pagado o en nombre de las cuales Nosotros hemos pagado;
2. de las compañías de seguros; o
3. de otras organizaciones.

La «cantidad de los pagos realizados» incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio que se haya provisto en forma de servicios.

ARTÍCULO XX. DISPOSICIONES GENERALES - GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA Y AFILIADOS

LAS SIGUIENTES DISPOSICIONES GENERALES SE APLICAN AL GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA Y A TODOS LOS AFILIADOS.

El Grupo suscribe este Plan de Beneficios en nombre de las personas cualificados que se inscriben en este Plan de Beneficios. La aceptación por el Grupo de este Plan de Beneficios supone la aceptación y la vinculación de quienes se inscriben como Suscriptores y Dependientes.

A. El Plan de Beneficios

1. Este Plan de Beneficios, que incluye el formulario de inscripción y cambios del empleado y el Esquema de Beneficios, que expresan todo el dinero y las modificaciones o anexos, constituyen la totalidad del contrato entre las partes.
2. Excepto lo aquí provisto específicamente, este Plan de Beneficios no hará responsable a la Compañía por cualquier deber u obligación que las leyes o normas federales o estatales impongan sobre el Empleador. En la medida en que este Plan de Beneficios sea un plan de beneficios para el bienestar del empleado, como se define en la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés), y sus enmiendas, el Grupo será el administrador del plan de beneficios para el bienestar del empleado y será el único responsable de cumplir con todas las obligaciones que impongan la ley o las normas sobre el administrador del plan, excepto sobre aquellas específicamente a cargo de la Compañía aquí mencionadas. En la medida en que este Plan de Beneficios provea Beneficios para el tratamiento de ciertas lesiones, las exclusiones a los Beneficios cubiertos no se aplican en un grado que sea inconsistente con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), según enmendada. Los Beneficios están disponibles para el Afiliado por enfermedad o lesión corporal por causa de un acto de violencia doméstica o una afección médica (incluyendo condiciones de salud física y mental); o para servicios médicos de emergencia. En la medida en que este Plan de Beneficios esté sujeto a la ley COBRA, el Grupo será el administrador a los fines de la ley COBRA. El Grupo es responsable de establecer y cumplir todos los procedimientos obligatorios de la ley COBRA que puedan aplicarse al Grupo. El Grupo indemnizará y exonerará a la Compañía de toda responsabilidad en caso de que la Compañía incurriera alguna obligación como resultado de un incumplimiento del Grupo.
3. La Compañía no será responsable de incumplimientos, actos, omisiones, negligencias, cumplimiento irregular, acto ilícito o mala práctica de parte de cualquier Hospital u otra institución, o de cualquier representante o empleado de ella, ni de parte de ningún médico, Proveedor Asociado, enfermero, técnico u otra persona que participe de la atención o el tratamiento del Miembro o esté relacionado con ellos.
4. La Compañía tiene plena autoridad discrecional para determinar los requisitos para recibir Beneficios o interpretar los términos de este Plan de Beneficios. Los Afiliados que no estén de acuerdo con la resolución de la Compañía pueden seguir cualquier procedimiento pertinente que esté disponible según los términos de este Plan de Beneficios y la ley.
5. Nosotros tendremos el derecho de celebrar contratos con subcontratistas, Proveedores de servicios médicos o terceras partes en relación con este Plan de Beneficios. Cualquiera de las funciones que Nosotros debamos llevar a cabo según este Plan de Beneficios podrán ser realizadas por Nosotros o cualquiera de Nuestras filiales, sucursales, subcontratistas o personas designadas.

B. Sección 1557 Procedimiento de Quejas Formales

HMO Louisiana, Inc. no discrimina en base a raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. HMO Louisiana, Inc. ha adoptado un procedimiento de quejas interno que prevé la pronta resolución de las quejas alegando cualquier acción prohibida por la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. La Sección 1557 prohíbe la discriminación en función de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en determinadas actividades o programas de salud. La Sección 1557 y las normas que la implementan pueden ser examinadas en la oficina del coordinador de la Sección 1557, quien ha sido designado para coordinar los esfuerzos de HMO Louisiana, Inc. por cumplir con la Sección 1557 en la siguiente dirección:

Section 1557 Coordinator
P. O. Box 98012
Baton Rouge, LA 70898-9012
225-298-7238
800-711-5519 (TTY 711)
Fax: 225-298-7240

Correo electrónico: Section1557Coordinator@bcbsla.com

Si Usted considera que ha sido víctima de discriminación en función de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, puede presentar una queja conforme a este procedimiento. Es ilegal que Blue Cross and Blue Shield of Louisiana tome represalias contra alguien que se oponga a la discriminación, presente una queja formal o participe en la investigación de una queja formal.

- Las Quejas Formales se deben enviar al coordinador de la Sección 1557 en un plazo de 60 días desde la fecha en la que usted tenga conocimiento de la presunta acción discriminatoria.
- La queja debe ser por escrito y debe incluir Su nombre y dirección. La queja debe indicar el problema o la acción que se alega es discriminatoria y el remedio o la protección legal que se busca.
- El Coordinador de la Sección 1557 investigará la queja. Puede que la investigación sea informal, pero se hará a conciencia. Le sugerimos que envíe evidencias relacionadas con Su queja. El Coordinador de la Sección 1557 conservará los archivos y registros de HMO Louisiana, Inc. que se relacionen con tales quejas. En la medida en que sea posible, el Coordinador de la Sección 1557 tomará las medidas adecuadas para preservar la confidencialidad de los archivos y registros que se relacionen con las quejas y los compartirá solo con quienes tengan necesidad de conocer la información.
- El Coordinador de la Sección 1557 emitirá una decisión por escrito sobre la queja dentro de los 30 días posteriores a su recepción.
- Usted puede apelar la decisión del Coordinador de la Sección 1557 escribiendo al Administrador de Quejas de la Sección 1557 dentro de los 15 días de recibir la decisión del Coordinador de la Sección 1557. El Administrador de Quejas de la Sección 1557 emitirá una decisión por escrito sobre la apelación a más tardar de 30 días de ser recibida.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento de quejas no le impide a Usted utilizar otros remedios legales o administrativos, incluyendo presentar una queja basándose en discriminación por raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad ante un tribunal o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted puede presentar una queja de discriminación por vía electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono al:

United States Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de Quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Estas quejas deben presentarse en un plazo de 180 días desde la fecha de la presunta discriminación.

HMO Louisiana, Inc. tomará las medidas apropiadas para asegurar que las personas con discapacidades y las personas con limitado dominio del inglés reciban ayuda auxiliar y servicios o servicios de asistencia lingüística, respectivamente, si es necesario para participar en este proceso de quejas. Tales arreglos pueden incluir, entre otros, la provisión de intérpretes calificados, la provisión de cintas de audio del material para personas con visión reducida, o asegurar una ubicación libre de obstáculos para los procedimientos. El Coordinador de la Sección 1557 será responsable de tales arreglos.

C. Cambios en el Plan de Beneficios

Sujeto a todas las leyes y regulaciones vigentes, Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Plan de Beneficios a través de una ' notificación al Grupo y cada Suscriptor con al menos sesenta (60) días de anticipación. Ninguna modificación o renuncia a cualquier disposición del Plan de Beneficios será efectiva hasta que sea aprobada por Nuestro presidente ejecutivo o su delegado.

D. Tarjetas de identificación y Planes de Beneficios

Prepararemos una Tarjeta de Identificación para cada Suscriptor. Proporcionaremos un Plan de Beneficios al Grupo e imprimiremos una cantidad suficiente de copias del Plan de Beneficios para los Suscriptores del Grupo. Según las indicaciones del Grupo, entregaremos todos los materiales del Grupo para su distribución entre sus Suscriptores, o entregaremos los materiales a los Suscriptores directamente. La copia del Plan de Beneficios del Suscriptor servirá como su certificado de cobertura. A menos que se acuerde lo contrario entre el Grupo y Nosotros, el Grupo es el único responsable de distribuir dichos documentos a los Suscriptores.

E. Beneficios a los que tiene derecho el Miembro

1. Nuestra responsabilidad se limita a los Beneficios especificados en este Contrato.
2. Los Beneficios para los Servicios Cubiertos detallados en este Plan de Beneficios se prestarán únicamente para servicios y suministros prestados a partir de la Fecha de entrada en vigor del Miembro por un Proveedor incluido en este Plan de Beneficios y regularmente incluidos en los cargos de dicho Proveedor'
3. Continuidad de los servicios de atención médica.
 - a. Después de la finalización de un acuerdo contractual con un Proveedor, la notificación de la eliminación de un Proveedor de la Red de Proveedores de HMOLA o de la Red de Proveedores Participantes de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, será entregada por Nosotros a cualquier Miembro que haya iniciado un tratamiento por parte del Proveedor.
 - b. Un Afiliado que es un paciente que requiere atención médica continuada, puede tener derecho a la continuidad de la atención médica hasta la finalización del curso del tratamiento o hasta 90 días después de que le notifiquemos que el Proveedor ha abandonado la Red de Proveedores HMOLA y la Red de Proveedores Participantes de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana.
 - c. Un paciente que requiere atención médica continuada es aquel que:
 - (1) Está siguiendo un curso de tratamiento para una afección médica grave y compleja;
 - (2) Está siguiendo un curso de atención institucional o a un curso como paciente hospitalizado;
 - (3) Tiene programada una operación no selectiva por parte del proveedor, y se incluye el recibir cuidados postoperatorios;
 - (4) Está embarazada y se somete a un curso de tratamiento para el embarazo; o
 - (5) Tiene una enfermedad terminal, lo que significa que el pronóstico médico es una esperanza de vida de 6 meses o menos, y está recibiendo tratamiento para la enfermedad terminal por parte del Proveedor.
 - d. Las disposiciones de continuidad de la atención no se aplican si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:
 - (1) La razón de la finalización del acuerdo contractual de un Proveedor es el resultado de las razones documentadas relativas a la calidad de la atención, o la suspensión, revocación o restricción correspondiente de la licencia para ejercer en Luisiana por el Tribunal Examinador de Médicos del Estado de Luisiana.
 - (2) El motivo de la rescisión del acuerdo contractual de un Proveedor es como resultado de un fraude.

- (3) El Afiliado voluntariamente elige cambiar de Proveedor.
- (4) El Miembro se traslada a un lugar fuera de la zona geográfica de servicio del Proveedor o de la Red de Proveedores HMOLA.
- (5) La enfermedad del Afiliado no cumple los requisitos para ser considerada una enfermedad grave y compleja.

F. Aviso de los Requisitos del Miembro - Datos del personal del Empleador

1. El Grupo es el único responsable de brindar la información que solicitamos a los fines de inscribir Miembros del Grupo en este Plan de Beneficios, procesar las bajas y realizar cambios de la situación familiar y del estado de la membresía. La aceptación de los pagos de las personas que ya no cumplen con los requisitos para recibir la cobertura no obligará a la Compañía a proporcionar los Beneficios de este Plan.
2. Todas las notificaciones de cambios en la membresía o cobertura deberán realizarse en los formularios aprobados por Nosotros y deberán incluir toda la información necesaria para que Nosotros realicemos los cambios.
3. El Grupo debe notificar a nuestro Departamento de Facturación y Membresía sobre la rescisión de la cobertura de un Miembro completando un formulario de cancelación (u otro medio de notificación aceptable por nosotros) y enviarlo a Nuestras oficinas. Para el Suscriptor, debemos recibir el formulario de cancelación al final del ciclo de facturación que le sigue inmediatamente al ciclo de facturación en el que finaliza el empleo del Suscriptor en el Grupo o al finalizar su derecho para recibir cobertura (o cualquier otro período descrito en el Esquema de Beneficios). En el caso de los Dependientes, Nosotros debemos recibir el formulario de cancelación al final del ciclo de facturación inmediatamente posterior al ciclo en el que el Dependiente ya no cumple con los requisitos para recibir la cobertura (o cualquier otro período descrito en el Esquema de Beneficios). El Grupo debe enviar a nuestro Departamento de Facturación y Membresía prueba de la elección del Afiliado respecto de la cobertura de continuación disponible, tras haber finalizado la cobertura y dentro de los tres (3) días hábiles desde la recepción por parte del Grupo de los formularios de continuación firmados por el Afiliado. La Compañía no tiene la obligación de reembolsar la cantidad de primas pagadas por el Grupo o por cualquier Afiliado, si el pago se hizo a la Compañía debido a que el Grupo no notificó a tiempo a la Compañía la rescisión de la cobertura de un Afiliado.
4. El Grupo adquirió este Plan de Beneficios con arreglo a unas directrices especiales de suscripción, y el Grupo ya no cumple con esas directrices especiales de suscripción.
5. Las solicitudes de rescisión de la cobertura que se envíen después del período mencionado se cumplirán únicamente de manera provisional tras la fecha de recepción, y el Grupo será responsable de pagar todas las primas correspondientes hasta la fecha de finalización. Todas las solicitudes de rescisión de la cobertura, sean oportunas o no, estarán sujetas a otros términos, condiciones y requisitos legales que puedan aplicarse. Cuando el Grupo presente una solicitud ante la Compañía para rescindir la cobertura de un Afiliado o la de cualquiera de sus Dependientes, se considerará que el Grupo asume que ni el Afiliado ni su Dependiente han realizado pagos a fin de cubrir el costo de las primas de cualquier período de cobertura más allá de la fecha en que el Grupo desea que se termine la cobertura, y que no se proporcionó información ni se hizo una declaración al Afiliado ni a su Dependiente para generar una expectativa de que la cobertura de la persona continuaría más allá de esa fecha, a excepción de las divulgaciones que exige la ley con respecto a cualquier derecho de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) u otra cobertura de continuación obligatoria. En el caso en que la persona tenga derecho a continuar la cobertura conforme a la ley COBRA u otro mandato similar, el Grupo tendrá que solicitar oportunamente la rescisión de la cobertura de la persona conforme al proceso regular que creó la Compañía para tal fin, y enviar la elección de la persona para que continúe la cobertura en un proceso por separado.
6. El Grupo garantiza la precisión de la información que nos transmite a Nosotros y entiende que Nosotros confiaremos en dicha información. El Grupo acepta proporcionar o permitir la inspección de los expedientes del personal para verificar si cumple con los requisitos, si así lo solicitemos Nosotros.
7. Además, el Grupo acepta indemnizarnos por todos los gastos en los que debamos incurrir debido al incumplimiento del Grupo de transmitir información correcta y en el período que Nosotros la solicitamos. La

indemnización incluye, entre otros conceptos, los pagos por Reclamaciones realizadas en nombre de las personas que cumplen los requisitos para recibir los Beneficios. Como alternativa, la Compañía podrá, a su criterio exclusivo, hacer responsable al Grupo de todos los pagos de primas de los Afiliados cuyas coberturas no fueron canceladas a tiempo a causa del incumplimiento del Grupo de notificar a la Compañía sobre la rescisión o los cambios de requisitos para recibir cobertura.

G. Terminación de la Cobertura de un Afiliado

1. La Compañía puede decidir rescindir la cobertura o finalizar la cobertura de un Miembro si este lleva a cabo un acto o una práctica que constituyan un fraude o haga una tergiversación intencionada de los hechos materiales según los términos de esta póliza. La emisión de esta cobertura está condicionada a las declaraciones contenidas en el momento de la solicitud y la inscripción. Todas las declaraciones realizadas son importantes para la emisión de esta cobertura. Cualquier información omitida intencionalmente de la solicitud o del formulario de inscripción, con respecto a cualquier Suscriptor propuesto o Afiliado Cubierto, constituirá una tergiversación intencionada de hechos materiales. La cobertura de un Miembro podrá rescindirse retroactivamente a la fecha de entrada en vigor de la cobertura o finalizarse dentro de los tres (3) años de la fecha de entrada en vigor del Miembro, por causa de fraude o tergiversación intencional de los hechos materiales. La Compañía le enviará al Afiliado una notificación escrita con sesenta (60) días de anticipación antes de rescindir o finalizar la cobertura conforme esta sección. Si inscribe a alguien que no cumple los requisitos para la cobertura, se considerará un acto de fraude o tergiversación intencional de los hechos materiales.
2. A menos que la continuación de cobertura esté disponible y se seleccione como se estipula en este Plan de Beneficios, la cobertura del Afiliado finaliza tal como se indica a continuación:
 - a. La cobertura del Suscriptor, y la de todos sus dependientes, finaliza automáticamente y sin notificación al final del ciclo de facturación en el que el Suscriptor deja de cumplir con los requisitos.
 - b. La cobertura para el Cónyuge del Suscriptor se cancelará automáticamente, y sin previo aviso, al final del período para el cual se hayan pagado las primas, cuando se presente un decreto final de divorcio u otra resolución legal de finalización del matrimonio.
 - c. La cobertura de un Dependiente finalizará automáticamente y sin notificación al final del ciclo de facturación en que el Dependiente deja de cumplir con los requisitos como Dependiente, si las primas han sido pagadas hasta ese período.
 - d. Tras el fallecimiento del Suscriptor, la cobertura de todos sus dependientes que sobrevivan finalizará automáticamente y sin notificación al final del ciclo de facturación en el que haya ocurrido el fallecimiento, si se han pagado las primas durante ese período. Sin embargo, el Cónyuge o Dependiente que le sobreviva puede elegir la continuación de cobertura, como se describe en otra sección de este Plan de Beneficios.
3. En el caso en que el Grupo cancele este Plan de Beneficios o que Nosotros terminemos este Plan de Beneficios debido a la falta de pago oportuno o debido a que el Grupo no cumple con una obligación exigida por este Plan de Beneficios, dicha cancelación o rescisión por sí sola pondrá fin a todos los derechos del Miembro sobre los Beneficios conforme a este Plan de Beneficios, a partir de la Fecha de entrada en vigor de dicha cancelación o rescisión. El Grupo tendrá la obligación de notificar a sus Miembros, participantes y beneficiarios sobre dicha cancelación o rescisión. No tenemos la obligación de notificar al nivel de Miembro.
4. En el caso en que ocurra lo previsto por los párrafos a., b., c., o d. mencionados, si el Afiliado está hospitalizado la fecha en que finaliza la cobertura, los Beneficios médicos relacionados con la Admisión de ese paciente finalizarán cuando termine dicha Admisión, o cuando se alcance cualquier límite de Beneficios establecido en este Plan, lo que ocurra primero.
5. Excepto que se estipule lo contrario en este Plan de Beneficios, no hay Beneficios disponibles para un Miembro por Servicios Cubiertos prestados después de la fecha de cancelación o rescisión de la cobertura del Miembro.

6. Nos reservamos el derecho de cambiar de forma automática el tipo de cobertura del Suscriptor para reflejar que no hay más hijos o nietos cubiertos bajo este Plan de Beneficios.
7. La cancelación o rescisión entrará en vigor a la medianoche del último día del ciclo de facturación. Los ciclos de facturación van desde el 1.º día del mes o hasta el final del mes o desde el día 15 del mes hasta el día 14 del mes siguiente.
8. Cuando la cobertura del Grupo finaliza porque el plan deja de existir o la cobertura bajo la ley COBRA se ha agotado, los Miembros pueden solicitar cobertura individual a la Compañía o al Mercado de Seguros Médicos.

H. Presentación de Reclamaciones

1. Usted debe presentar todas las Reclamaciones dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que se prestaron los servicios, a menos que no sea posible hacerlo dentro de ese período. En ninguna circunstancia una Reclamación se presentará más tarde de quince (15) meses a partir de la fecha en que se prestaron los servicios.
2. La mayoría de los Miembros con cobertura de Medicamentos con Receta no necesitarán presentar Reclamaciones para obtener los Beneficios de Medicamentos con Receta, ya que esto se realiza automáticamente para el Miembro. Sin embargo, si el Miembro debe presentar una reclamación para acceder al Beneficio de Medicamentos con Receta, el Miembro deberá utilizar el formulario de Reclamaciones de Medicamentos con Receta. El Formulario de Reclamación de Medicamentos con Receta o un documento adjunto que Nos resulte aceptable, deberá estar firmado por el farmacéutico que despache el medicamento. El formulario de reclamaciones debe enviarse a nuestro administrador de beneficios de farmacia, cuyo número de teléfono figura en la tarjeta de identificación del afiliado.

I. Acciones legales

1. Ninguna demanda relacionada con una Reclamación puede presentarse no más tarde que doce (12) meses después de que se requiera que se presenten las Reclamaciones.
2. Todas y cada una de las demandas, con diferencia de las relacionadas con las Reclamaciones mencionadas anteriormente, se deben presentar dentro de un (1) año a partir de la finalización del Periodo de Beneficios.

J. Divulgación de la información

Podemos solicitar que el Afiliado o el Proveedor proporcionen cierta información en relación con la Reclamación de Beneficios del Afiliado. Mantendremos tal información, los registros o las copias de los registros de manera confidencial, salvo que en Nuestro criterio la misma deba ser divulgada.

K. Cesión

1. Los derechos y Beneficios del Miembro conforme a este Plan de Beneficios son personales para usted y no pueden ser asignados en su totalidad o en parte por Usted. Reconoceremos las asignaciones de Beneficios a los Hospitales si tanto el Plan de Beneficios como el Proveedor están sujetos a los La. R.S. 40:2010. Si ni el Plan de Beneficios ni el Proveedor se encuentran sujetos a los La. R.S. 40:2010, Nosotros no reconoceremos las cesiones ni los intentos de ceder los Beneficios. La información incluida en la descripción escrita de la cobertura de salud no debe interpretarse de modo que el plan médico o Nosotros seamos responsables frente a algún tercero a quien el Miembro le debe el costo de atención médica, tratamiento o servicios.
2. Nos reservamos el derecho de pagarle directamente a los Proveedores de la Red Blue Connect, a los Proveedores de la Red HMOLA o a los Proveedores en la Red de Proveedores de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, en lugar de pagarle a Usted.

L. Relación entre el Afiliado y el Proveedor

1. La elección del Proveedor es exclusiva del Afiliado.

2. Nosotros y todos los Proveedores de la Red Blue Connect somos contratistas independientes entre sí, y no seremos considerados como agentes, representantes o empleados el uno del otro para ningún propósito en absoluto. HMO Louisiana, Inc. no presta Servicios Cubiertos, sino que únicamente paga por los Servicios Cubiertos que recibe el Afiliado. No somos responsables de ningún acto u omisión de ninguno de los Proveedores, ni de ninguna reclamación o demanda originada por daños provenientes de ellos, y de ninguna manera estamos relacionados con ninguna lesión que el Miembro haya sufrido mientras recibía la atención de cualquiera de los Proveedores de la red o en sus instalaciones. No tenemos ninguna responsabilidad por el incumplimiento o la negativa de un Proveedor a prestarle los Servicios Cubiertos al Miembro.
3. El uso o no de un adjetivo como «de la Red» o «No Pertenece a la Red» cuando nos referimos a un Proveedor, no es indicativo acerca de la capacidad del Proveedor.

M. Legislación vigente y política de conformidad

Este Plan de Beneficios estará regido y será interpretado de acuerdo con las leyes y normas del Estado de Luisiana, excepto cuando queden desplazadas por las leyes federales. Este Plan de Beneficios no está sujeto a la normativa de parte de ningún otro estado que no sea el de Luisiana. Si cualquier disposición de este Plan de Beneficios entra en conflicto con cualquier ley vigente del Estado de Luisiana o de los Estados Unidos de América, este deberá enmendarse automáticamente para que cumpla con los requisitos mínimos de la ley. Cualquier acción legal presentada contra el Plan debe presentarse en el tribunal correspondiente del Estado de Luisiana.

N. Este Plan de Beneficios y Medicare

1. Para los Empleadores que tengan veinte (20) empleados activos o más, las leyes y normas federales disponen que todos los empleados activos mayores de sesenta y cinco (65) años, y todos los Cónyuges de empleados activos y mayores de sesenta y cinco (65) años, podrán elegir la cobertura según este Plan de Beneficios o Medicare.
 - a. Cuando dicho empleado o Cónyuge elija la cobertura de este Plan de Beneficios, este Plan de Beneficios será el pagador primario de los Beneficios y Medicare será el pagador secundario.
 - b. Este Plan de Beneficios no proporcionará Beneficios para complementar los pagos de Medicare para el empleado activo mayor de sesenta y cinco (65) años ni para el Cónyuge del empleado activo mayor de sesenta y cinco (65) años, en los casos en que el empleado o el Cónyuge elijan tener el programa Medicare como pagador primario.
2. De acuerdo con las leyes federales, si un empleado activo menor de sesenta y cinco (65) años o el dependiente de un empleado activo menor de sesenta y cinco (65) años están cubiertos por un Plan de Beneficios del Grupo de un empleador con cien (100) o más empleados y también tienen cobertura en el programa Medicare por discapacidad del Seguro Social, el Plan de Beneficios del Grupo es el pagador primario y Medicare es el pagador secundario.
3. Para las personas menores de sesenta y cinco (65) años que tengan cobertura bajo este Plan de Beneficios y que también tengan cobertura del programa Medicare, únicamente por causa de Enfermedad renal en etapa terminal, el programa de Medicare será el pagador primario y este Plan de Beneficios, el pagador secundario, salvo que durante el primer período de treinta (30) meses dichas personas cumplan con los requisitos para recibir los Beneficios de Medicare exclusivamente a causa de la nefropatía terminal, este Plan de Beneficios será el pagador primario y Medicare, el pagador secundario.
4. Cuando este Plan de Beneficios es el pagador primario, ofrecerá Beneficios regulares por los Servicios Cubiertos. Cuando este Plan de Beneficios es el pagador secundario, ofrecerá beneficios según el importe que sea menor: la cantidad aprobada por Medicare o el cargo permitido de la Compañía. Cuando Medicare no exige a un Médico o Proveedor Asociado que acepte el importe aprobado por Medicare como pago total, la prestación de Beneficios dependerá de lo que consideremos menor: la cantidad aprobada por Medicare más el cargo de limitación de Medicare, si corresponde, o el Cargo Permitido de la Compañía.

O. Aviso

Todo aviso necesario en este Plan de Beneficios deberá realizarse por escrito. Los avisos enviados al Grupo deberán remitirse a la dirección que figura en la solicitud de cobertura para grupos. Los avisos que nos envíen deberán remitirse a Nuestra dirección, la cual figura en este Plan de Beneficios. Todo aviso que deba enviarse se considerará entregado cuando se haya depositado en el servicio postal de los Estados Unidos, con el franqueo pagado, y dirigido al domicilio del Afiliado (que figura en Nuestros registros) o al domicilio del Grupo (que figura en Nuestros registros). Nosotros, el Grupo o el Afiliado podrán, mediante aviso por escrito, indicar una nueva dirección en la cual se les pueden enviar los avisos.

P. Lesión o enfermedad relacionada con el trabajo

El Grupo debe informar a la agencia federal o estatal gubernamental que corresponda sobre las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo que padezca el Suscriptor, cuando así lo exijan las disposiciones de cualquier legislación de cualquier unidad gubernamental. Este Plan de Beneficios excluye los beneficios por cualquier servicio prestado como resultado de una enfermedad o lesión ocupacional compensable bajo cualquier ley federal o estatal de compensación a los trabajadores o cualquier programa relacionado, pero sin limitarse a, la Ley Jones, la Ley Federal de Responsabilidad de los Empleadores, la Ley Federal de Compensación a los Empleados, la Ley de Compensación a los Trabajadores Marítimos y Portuarios, la Ley de Beneficios para el Pulmón Negro, el Programa de Compensación de Enfermedades Ocupacionales de los Empleados de Energía y el Artículo 23 de los Estatutos Revisados de Luisiana. En el caso de que inicialmente extendamos los Beneficios y una compañía de compensación, empleador, agencia o programa gubernamental, aseguradora o cualquier otra entidad realice cualquier tipo de acuerdo con el Afiliado, con cualquier persona autorizada a recibirla liquidación cuando el Afiliado fallezca, o si se determina que la lesión o enfermedad del Afiliado es compensable bajo las leyes o programas federales o estatales de compensación a los trabajadores, el Grupo o el Afiliado deben reembolsarnos los Beneficios proporcionados o indicar a la compañía de compensación, empleador, agencia o programa gubernamental, aseguradora o cualquier otra entidad para que realice dicho reembolso. Tendremos derecho al reembolso aún si el acuerdo no menciona ni excluye el pago por gastos de atención médica.

Q. Subrogación

1. En la medida en que los Beneficios de los Servicios Cubiertos estén provistos o abonados por este Plan de Beneficios, nos veremos subrogados y pasaremos al derecho del Afiliado de recuperar la cantidad abonada según este Plan de Beneficios a cualquier persona, organización u otra compañía aseguradora, aun cuando dicha compañía aseguradora brinde Beneficios directamente a un Afiliado que es su asegurado. La aceptación de tales Beneficios en lo sucesivo constituirá la subrogación. Nuestro derecho de recuperar estará subordinado al derecho del Afiliado de «ser compensado». Aceptamos que seremos responsables de nuestra parte proporcional de los honorarios razonables de abogados y los costos realmente incurridos por el Afiliado en la recuperación.
2. El Afiliado nos reembolsará todas las cantidades recuperadas por demanda, acuerdo o de algún otro modo y de parte de cualquier persona, organización u otra compañía aseguradora, aun cuando dicha compañía aseguradora otorgue Beneficios directamente a un Afiliado que es su asegurado, según el alcance de los Beneficios suministrados o pagados de acuerdo con este Plan de Beneficios. Nuestro derecho a obtener un reembolso estará subordinado al derecho del Afiliado a «ser compensado». Aceptamos que seremos responsables de Nuestra parte proporcional de los honorarios razonables de abogados y los costos realmente incurridos por el afiliado en la recuperación.
3. El Afiliado tomará medidas, proveerá dicha información y asistencia, y ejecutará los documentos que se nos soliciten para facilitar la aplicación de Nuestros derechos, y no tomará ninguna medida que perjudique Nuestros derechos e intereses en virtud de este Plan de Beneficios. Nosotros y Nuestros designados tienen el derecho de obtener y revisar Sus registros médicos y de facturación, si Nosotros determinamos, a Nuestro criterio, que dichos registros podrían ser útiles para procurar Nuestro derecho de subrogación o reembolso. Ninguno de los puntos incluidos en esta disposición se considerará como cambios, modificaciones o variaciones de los términos de la sección Coordinación de Beneficios de este Plan de Beneficios.
4. El Afiliado debe notificarnos cualquier Lesión Accidental.

R. Derecho de reembolso

Siempre que hayamos realizado un pago por Servicios Cubiertos por una cantidad que supere los Beneficios máximos disponibles para dichos servicios, según este Plan de Beneficios, o siempre que hayamos realizado el pago por error en concepto de Servicios no Cubiertos, tendremos el derecho de recuperar ese pago de manos del Afiliado o, si corresponde, del Proveedor. Como alternativa, Nos reservamos el derecho de deducir de toda Reclamación de pago pendiente en este Plan de Beneficios cualquier suma que se Nos adeude, ya sea de parte del Afiliado o del Proveedor.

S. Cobertura en un Departamento de Asuntos de Veteranos o en un hospital militar

En el caso en que el Departamento de Asuntos de los Veteranos proporcione a un veterano atención o servicios por una discapacidad no relacionada con el servicio, los Estados Unidos tendrán el derecho de recuperar o cobrarnos el costo razonable de dicha atención o servicios, en la medida que el veterano cumpla con los requisitos para recibir Beneficios por dicha atención o servicios de Nosotros, si la atención o los servicios no se prestaron en un departamento o una agencia de los Estados Unidos. La cantidad que los Estados Unidos pueda recuperar se reducirá en el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

Los Estados Unidos tendrán derecho a cobrarnos el costo razonable de los servicios de atención médica Cuidado de Salud en que incurran los Estados Unidos en nombre de un militar jubilado o un Dependiente a través de un centro del ejército de los Estados Unidos, en la medida en que el jubilado o Dependiente tengan derecho a recibir un reembolso o una indemnización por Nuestra parte si el jubilado o Dependiente incurrieran en ese costo en su propio nombre. La cantidad que los Estados Unidos pueda recuperar se reducirá en el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

T. Responsabilidad de los afiliados al Plan

El Grupo, en su nombre y en el de sus participantes, reconoce por la presente expresamente que entiende que este acuerdo constituye un Plan de Beneficios únicamente entre Nosotros y el Grupo, que Nosotros somos una corporación independiente que funciona con una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de Planes independientes de Blue Cross and Blue Shield, la «Asociación» Nos permite usar las Marcas de Servicios de Blue and Blue Shield en el Estado de Luisiana, y que Nosotros no realizamos el contrato como agente de la Asociación.

El Grupo, en representación de sus participantes y de sí mismo, también reconoce y acepta que no forma parte de este acuerdo por medio de la representación de terceros que no seamos Nosotros y que ninguna persona, entidad ni organización distinta de Nosotros podrá ser considerada responsable frente al Grupo por ninguna de Nuestras obligaciones con el Grupo creadas en función de este acuerdo. Este párrafo no crea ninguna obligación adicional para Nosotros salvo las creadas en virtud de otras disposiciones del presente acuerdo.

U. Certificados de Cobertura Válida para HIPAA

Emitiremos un certificado de Cobertura Acreditada o un documento similar a un individuo, si lo solicita dentro de los veinticuatro (24) meses posteriores al cese de la cobertura en virtud de este Plan de Beneficios.

V. Certificados de Cobertura Válida o No Válida de Medicamentos con Receta para Medicare parte D

La Ley de Modernización de Medicare (MMA) requiere que los grupos cuyas pólizas incluyen cobertura de Medicamentos con Receta notifiquen a los Afiliados que califican para Medicare si su cobertura de Medicamentos con Receta es acreditada, lo que se define como que se espera que la cobertura pague en promedio tanto como la cobertura estándar del Medicamento con Receta de la parte D de Medicare. Los tipos de cobertura que deben proporcionar los avisos son los enumerados en 42 CFR 423.56(b) e incluyen, pero no se limitan a, los planes de salud de grupo, la cobertura de seguro de salud individual y los planes de suplemento de Medicare. Para estos grupos, hay dos requisitos de divulgación:

1. El primer requisito de divulgación es proporcionar anualmente un aviso de divulgación por escrito a todos los Afiliados que califican para Medicare que estén cubiertos por su plan de Medicamentos con Receta, antes del 15 de octubre de cada año y en diferentes momentos según lo establecido en las normativas, incluso a un Afiliado calificado para Medicare cuando se une al Plan. Esta divulgación se debe proporcionar a los Afiliados activos que cumplen los requisitos de Medicare y sus Dependientes, a los Afiliados de COBRA

y a sus Dependientes que cumplen los requisitos de Medicare, a los afiliados discapacitados que cumplen los requisitos de Medicare y que están cubiertos por su plan de Medicamentos con Receta y a los Jubilados y sus Dependientes. La ley MMA impone una multa por inscripción tardía a los Afiliados que no mantengan la cobertura acreditada durante un período de 63 días o más, después de su período de inscripción inicial para el Beneficio de Medicamentos con Receta de Medicare. Por consiguiente, esta información es esencial para la decisión de un Afiliado de inscribirse en un plan de Medicamentos con Receta de la Parte D de Medicare.

Los grupos son responsables de enviar los avisos requeridos. Como servicio al Grupo y basándonos en los datos de inscripción que nos proporcione el Grupo, proporcionaremos, sin cargo alguno, los Certificados de Cobertura de Medicamentos con Receta Acreditada o No Acreditada la Parte D de Medicare a los Afiliados que cumplan con los requisitos de Medicare y que tengan cobertura de Medicamentos con Receta bajo este Plan de Beneficios en los siguientes casos, o según lo indique la ley:

- a. antes del período anual de elección coordinada de la Parte D de Medicare;
 - b. antes del Período de Inscripción Inicial (IEP, en inglés) de una persona a la Parte D de Medicare (con edad adecuada);
 - c. antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura para los nuevos Empleados que cumplen los requisitos para Medicare que se unan a este Plan de Beneficios;
 - d. Cuando la cobertura de Medicamentos con Receta de este Plan de Beneficios termine o cambie de manera tal que ya no sea acreditada o que pase a ser acreditada; o
 - e. a solicitud del Beneficiario de Medicare.
2. El segundo requisito de divulgación es que los grupos completen el *Formulario de Declaración CMS por Internet* para informar el estado de cobertura acreditada de su Plan de Medicamentos con Receta. La Divulgación debe completarse anualmente a más tardar 60 días desde el comienzo de un año del plan (año del contrato, año de renovación), dentro de los 30 días posteriores a la rescisión de un Plan de Medicamentos con Receta o dentro de los 30 días posteriores a cualquier cambio en el estado de cobertura acreditada. Este requisito no se aplica a los beneficiarios de Medicare para los que los grupos reciben el Subsidio de Medicamentos para Jubilados (RDS, por sus siglas en inglés).

Los grupos son responsables de la presentación del *Formulario de Declaración CMS por Internet*.

W. Servicios fuera del área

HMO Louisiana, Inc. («HMOLA») tiene una variedad de relaciones con otros Blue Cross o Planes Blue Shield y sus Afiliados Autorizados con Licencia («Licenciarios»). Generalmente, estas relaciones se llaman «Acuerdos Entre Planes». Estos Acuerdos Entre Planes se basan en las reglas y procedimientos emitidos por Blue Cross and Blue Shield Association. Siempre que Usted obtenga servicios de atención médica fuera del área geográfica que atendemos, la Reclamación para esos servicios puede ser procesada a través de uno de estos Acuerdos Entre Planes.

Cuando Usted reciba atención fuera del área de servicio de HMOLA y el área de servicio de Blue Cross y Blue Shield of Louisiana, Usted la recibirá de uno de los dos tipos de Proveedores. La mayoría de los Proveedores («Proveedores Participantes») contratan con los Licenciarios locales de Blue Cross o Blue Shield en esa área geográfica («Host Blue»). Algunos Proveedores («Proveedores No Participantes») no contratan con el Host Blue. Explicamos a continuación cómo pagamos Nosotros a ambos tipos de Proveedores.

Este Plan de Beneficios de punto de servicio cubre los servicios de atención de salud recibidos fuera del Área de Servicio de HMOLA, pero paga los Beneficios que No Pertenece a la Red a un nivel inferior. Como se utiliza en esta sección, «Servicios Cubiertos Fuera del Área» incluye la mayoría, pero no todos los Servicios Cubiertos que se pueden obtener fuera del área geográfica a la que Nosotros damos servicio. Los trasplantes de órganos, tejidos y médula ósea obtenidos de Proveedores que No Pertenece a la Red no serán cubiertos cuando sean procesados a través de Acuerdos entre Planes, a menos que tanto los servicios como el uso de un Proveedor que No Pertenece a la Red estén autorizados por HMOLA antes de recibir estos servicios.

Requisitos para los Acuerdos entre Planes - Tipos de Reclamaciones

Todos los tipos de Reclamaciones son adecuados para ser procesados a través de los Acuerdos Entre Planes, a excepción de todos los Beneficios de Cuidado Dental cuando se pagan como Beneficios Médicos y los Beneficios de Medicamentos con Receta o los Beneficios del cuidado de la vista que pueden ser administrados por un tercero que sea contratado por Nosotros para proporcionar el servicio o los servicios específicos.

1. Programa BlueCard®

Con el Programa BlueCard®, cuando Usted recibe Servicios Cubiertos de Fuera del Área geográfica en la que presta servicio un Host Blue, Nosotros seguiremos siendo responsables de cumplir con Nuestras obligaciones contractuales. Sin embargo, el Host Blue es responsable de la contratación y por lo general de la administración de todas las interacciones con sus Proveedores Participantes.

El Programa BlueCard® le permite a Usted obtener Servicios Cubiertos Fuera del Área de un Proveedor de atención médica que participa con un Host Blue, donde esté disponible. El Proveedor Participante presentará automáticamente una Reclamación por los Servicios Cubiertos Fuera del Área que le han sido proporcionados, por lo que Usted no tiene que rellenar los formularios de Reclamación. Usted será responsable de obtener las Autorizaciones requeridas y el pago de Copagos, Cantidad de Deducible y Coaseguro correspondientes, según lo establecido en Su Esquema de Beneficios.

Servicios Médicos de Emergencia Si Usted experimenta una Emergencia médica mientras viaja fuera del área de servicio de HMOLA, vaya al centro de Emergencia más cercano.

Cuando Usted reciba Servicios Cubiertos fuera de Nuestra área de servicios y la Reclamación se procese mediante el Programa BlueCard®, el importe que Usted paga por Servicios Cubiertos, se calcula en base a cuál sea la cantidad según Nosotros lo determinemos:

- los costos facturados por recibir Sus Servicios Cubiertos; o
- el precio negociado que el Host Blue pone a Nuestra disposición; o
- un importe determinado por la ley vigente.

A menudo, dicho «precio negociado» es un simple descuento que refleja un precio exacto que el anfitrión Blue le paga a Su proveedor de atención médica. En ocasiones, es un precio estimado que tiene en cuenta acuerdos especiales con su Proveedor de atención médica o grupo de Proveedores y que puede incluir tipos de acuerdos, pagos de incentivo u otros créditos o cargos. En ocasiones, puede ser un precio medio, según un descuento que resulte en un ahorro medio esperado para tipos similares de Proveedores de asistencia médica después de tener en cuenta los mismos tipos de transacciones que con un precio estimado.

Los precios estimados y promedios, también toman en cuenta los ajustes para corregir los precios sobrevalorados o infravalorados de Reclamaciones pasadas, como se menciona más arriba. Sin embargo, dichos ajustes no afectarán el precio que utilizamos para Su Reclamación porque no serán aplicados una vez que una Reclamación ya ha sido pagada.

Las leyes o reglamentos federales o estatales pueden requerir un recargo, impuesto o cualquier otro cargo que se aplique a las cuentas aseguradas. Si corresponde, Nosotros incluiremos cualquier recargo, impuesto u otro cargo como parte del cargo de la Reclamación que se le transmitió a Usted.

2. Los Proveedores No Participantes Fuera de Nuestra Área de Servicio

a. Cálculo de la Responsabilidad del Afiliado

Cuando los Servicios Cubiertos Fuera del Área se brindan fuera de Nuestra Área de Servicio de HMOLA y el área de servicio de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana los brindan Proveedores No Participantes, las cantidades que Usted paga por dichos servicios por lo general dependerán del pago local del Proveedor No Participante de Host Blue o de los precios acordados exigidos por las leyes estatales que correspondan. En estas situaciones, es posible que Usted sea responsable de la diferencia

entre la cantidad que factura el Proveedor No Participante y el pago que realizaremos Nosotros por los Servicios Cubiertos Fuera del Área, tal como se establece en Su Plan de Beneficios. Las leyes federales o estatales, según corresponda, regirán los pagos de Servicios Médicos de Emergencia que No Pertenecen a la Red.

b. Excepciones

En algunas ocasiones, Nosotros podemos usar otros medios de pago, como los costos a facturar por recibir sus Servicios Cubiertos, el pago que Nosotros haremos si los servicios de atención médica han sido recibidos dentro de Nuestra Área de Servicio, o un pago especial acordado para determinar la cantidad que Nosotros pagaremos por los servicios recibidos por Proveedores No Participantes. En estas situaciones, es posible que Usted sea responsable de la diferencia entre el importe que factura el Proveedor no participante y el pago que realizaremos Nosotros por los Servicios cubiertos fuera del área, según se establece en Su Plan de Beneficios.

3. Blue Cross Blue Shield Global® Core

Si Usted está fuera de los Estados Unidos, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos (en adelante «Área de servicio de BlueCard®»), Usted puede aprovechar de Blue Cross Blue Shield Global® Core cuando acceda a los Servicios Cubiertos. Blue Cross Blue Shield Global® Core es diferente en ciertos aspectos al programa BlueCard® disponible en el área de servicio de BlueCard®. Por ejemplo, aunque Blue Cross and Blue Shield Global® Core le ayuda a tener acceso a una red de Pacientes Hospitalizados, Ambulatorios y Proveedores profesionales, la red no es atendida por un Host Blue. Tal como ocurre cuando Usted recibe atención médica de un Proveedor fuera del área de servicio de BlueCard®, Usted tendrá que pagar típicamente al Proveedor y enviar la Reclamación Usted mismo para obtener el reembolso de estos servicios.

Si Usted necesita servicios de asistencia médica (incluyendo la localización de un Médico o un Hospital) fuera del área de servicio de BlueCard®, Usted debe de llamar al Centro de Servicio Blue Cross Blue Shield Global® Core al 1.800.810.BLUE (2583) o llamar a cobro revertido al 1.804.673.1177, las 24 horas del día, siete días a la semana. Un coordinador de asistencia, junto a un profesional Médico le organizará una cita Médica u hospitalización, si así es necesario.

a. Servicios para pacientes hospitalizados

En la mayoría de los casos, si Usted se comunica con el centro de servicio Blue Cross Blue Shield Global® Core para obtener asistencia, los Hospitales no le exigirán que Usted pague por los servicios cubiertos de Hospitalización, excepto por Su Deducible y Coaseguro. En tales casos, el Hospital presentará Sus Reclamaciones al centro de servicio Blue Cross Blue Shield Global® Core para comenzar el procesamiento de las Reclamaciones. Sin embargo, si Usted pagó en su totalidad en el momento del servicio, Usted debe presentar una Reclamación para recibir un reembolso por los Servicios Cubiertos. Usted debe ponerse en contacto con Nosotros para obtener la Autorización para los servicios de Hospitalización que no sean de Emergencia, como se explica en el Artículo Administración de la Atención de este Plan de Beneficios.

b. Servicios para Pacientes Ambulatorios

Los Médicos, los Centros de Atención de Urgencia y otros Proveedores Ambulatorios ubicados fuera del área de servicio de BlueCard®, normalmente requerirán que Usted pague en su totalidad al momento del servicio. Usted debe presentar una Reclamación para obtener el reembolso por los Servicios Cubiertos.

c. Para someter una Reclamación a Blue Cross Blue Shield Global® Core

Cuando Usted paga por Servicios Cubiertos fuera del área de servicio de BlueCard®, debe presentar una Reclamación para obtener el reembolso. Para las Reclamaciones institucionales y profesionales, Usted debe completar un formulario de Reclamación de Blue Cross Blue Shield Global® Core y enviar el formulario junto a la(s) factura(s) detallada(s) del Proveedor al centro de servicio Blue Cross Blue Shield Global® Core a la dirección del formulario para iniciar el procesamiento de las Reclamaciones.

Si sigue las instrucciones del formulario de Reclamación, le ayudará a garantizar el procesamiento oportuno de Su Reclamación. El formulario de Reclamación está disponible en nuestro centro de servicios Blue Cross Blue Shield Global® Core o en línea en www.bcbsglobalcore.com (en inglés). Si Usted necesita ayuda con el envío de Su Reclamación, debe llamar al centro de servicio Blue Cross Blue Shield Global® Core al 1.800.810.BLUE (2583) o llamar por cobrar al 1.804.673.1177, las 24 horas del día, siete días a la semana.

X. Continuación de la cobertura cuando el Empleado no sigue activo en el trabajo

Como se indica en el Esquema de Requisitos, el Empleado debe trabajar activamente para su Empleador o Grupo para tener derecho a la cobertura de este Plan de Beneficios. Cada una de las siguientes disposiciones son excepciones al requisito que indica que el Empleado debe trabajar activamente para que se aplique la cobertura. Las siguientes disposiciones son independientes entre sí y únicamente una debe aplicarse para que el Suscriptor y sus Dependientes tengan derecho a la continuación de la cobertura de este Plan. Si las Reclamaciones se pagaron cuando el Empleado no cumplía con los requisitos para recibir la cobertura, la Compañía puede recuperar los pagos de las Reclamaciones.

1. La Compañía continuará la cobertura del Suscriptor durante cualquier permiso de ausencia que el Grupo esté obligado a brindar de acuerdo con las leyes federales o estatales correspondientes, incluida la Ley de Licencia Médica y Familiar de 1993 (FMLA, por sus siglas en inglés), la Ley de Americanos con Discapacidades o La Ley de Discriminación por Embarazo y cualquier enmienda o disposición posterior, siempre y cuando se sigan cumpliendo todos los demás criterios de calificación según la ley. Si la cobertura del Suscriptor finaliza durante una licencia conforme a la FMLA, cuando el Suscriptor regrese al empleo activo de tiempo completo, tendrá derecho a volver a inscribirse para recibir cobertura siempre que el Grupo mantenga la cobertura con la Compañía. Si el Suscriptor no se reincorpora al empleo activo de tiempo completo al finalizar la ausencia por licencia, dejará de cumplir con los requisitos y al final del período de facturación en el que vence el período de licencia se finalizará la cobertura para él y todos sus Dependientes o bien sucederá lo descrito en «Terminación de la Cobertura de un Afiliado». Es posible que el Suscriptor y sus Dependientes tengan derecho a continuar con su cobertura de acuerdo con el artículo de Derechos de Continuación de Cobertura incluido en este Plan de Beneficios.
2. Cuando el Grupo Empleador otorga al Suscriptor una ausencia por licencia documentada y aprobada, y dicha licencia no se debe a razones de salud del Suscriptor, la Compañía mantendrá la cobertura para él y sus Dependientes cubiertos durante un período que no supere los noventa (90) días. Durante el período de ausencia aprobado se deben pagar las primas y el Suscriptor debe seguir siendo un empleado de buena fe del Grupo. El Grupo le brindará a la Compañía prueba de la licencia documentada, si así lo solicita. Si el Grupo da por finalizado el empleo del Suscriptor, el Suscriptor ya no cumple con los requisitos y la cobertura se dará por finalizada para el Suscriptor y los Dependientes, como se describe en «Terminación de la Cobertura de un Afiliado». Es posible que el Suscriptor y sus Dependientes tengan derecho a continuar con su cobertura de acuerdo con el artículo de Derechos de Continuación de Cobertura incluido en este Plan de Beneficios.

Y. Nuestro derecho a ofrecer incentivos a las primas

Podemos, a Nuestra discreción, ofrecer reembolsos, rebajas de la prima u otros conceptos, en los importes o tipos que Nosotros determinemos, con fines comerciales y de mejora de la calidad de la asistencia de la salud, incluidos, entre otros, para los siguientes fines:

1. Animar a los afiliados o suscriptores a participar en programas Quality;
2. Garantizar que los afiliados o suscriptores estén en mejores condiciones de pagar los paquetes de beneficios;
3. Reducir y aliviar los determinantes sociales de la salud;
4. Reducir los costes de transición para los Afiliados o suscriptores que han cambiado de aseguradora o han finalizado la cobertura autoasegurada y han adquirido una cobertura completa;

5. Premiar a los afiliados o suscriptores por elegir proveedores de asistencia médica de calidad, pero que les resulta en un menor costo;
6. Premiar a los afiliados o suscriptores por elegir productos de asistencia médica de calidad, pero que les resulta en un menor costo;
7. Premiar a los afiliados o suscriptores por utilizar formularios digitales y otras maneras de comunicación de información en la que se evita los documentos impresos, incluidos, entre otros, los programas y materiales del plan; y
8. Reducir los costes de inscripción, tecnología o administración de los afiliados o Titulares de la póliza, cuando dichos costos estén relacionados con la realización o el mantenimiento de la cobertura.

ARTÍCULO XXI. PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES

Deseamos saber cuándo un Afiliado no está conforme con la atención o los servicios que haya recibido de HMO Louisiana, Inc. o de uno de Nuestros Proveedores. Si el Afiliado desea registrar una Queja o enviar una Queja formal por escrito sobre nuestros servicios o los de los de un Proveedor, consulte los procedimientos que se detallan a continuación.

El Afiliado puede estar disconforme con las decisiones tomadas respecto de los Servicios Cubiertos. Nosotros consideramos una Apelación por escrito como la solicitud del Miembro de cambiar una Determinación Adversa de los Beneficios realizados por la Compañía.

Sus derechos de Apelación se detallan más abajo, después de los procedimientos de Quejas y Quejas Formales. Además de los derechos de Apelación, el Proveedor del Afiliado tiene la oportunidad de hablar con un Director Médico para una Reconsideración Informal de Nuestra decisión sobre la cobertura cuando estén involucradas determinaciones de Necesidad Médica.

Contamos con procesos acelerados de Apelaciones para las situaciones en las que el plazo de la Apelación médica estándar pondría en grave peligro la vida o la salud de una persona cubierta, o bien, pondría en juego la capacidad de la persona para recuperar sus funciones al máximo.

A. Procedimiento de Quejas, Quejas Formales y Reconsideraciones Informales

Una preocupación por la calidad del servicio de Nuestros servicios, accesos, disponibilidad o actitud, y también de Nuestros Proveedores de la Red. Una preocupación por la calidad de la atención se refiere a la idoneidad de la atención brindada a un Afiliado.

1. Para Registrar una Queja

Una Queja es la expresión oral de insatisfacción con Nuestros servicios o los del Proveedor. Los Miembros pueden llamar al Servicio de Atención al Cliente para registrar una Queja. Intentaremos resolver la queja del Afiliado durante la llamada.

Beneficios Médicos: Llámenos al 1-800-376-7741 o 1-225-293-0625

2. Para Presentar una Queja Formal

Una Queja Formal es una expresión por escrito de insatisfacción con Nuestros servicios o los del Proveedor. Si el Afiliado considera que su Queja no se ha resuelto adecuadamente o si desea presentar una Queja formal, deberá enviar una solicitud por escrito en un plazo de ciento ochenta (180) días del evento que generó la insatisfacción. El Afiliado puede llamar a Nuestro Departamento de servicio al cliente para recibir ayuda.

Envíe las Quejas por escrito a:

HMO Louisiana, Inc.
Appeals and Grievance Unit
P. O. Box 98045
Baton Rouge, LA 70898-9045

Se enviará una respuesta al Afiliado dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a la recepción de la Queja por escrito del Afiliado.

3. Reconsideración Informal

La Reconsideración Informal es la solicitud telefónica del Proveedor del Afiliado para hablar con Nuestro Director Médico o un revisor, en nombre del Afiliado y respecto de la decisión de Administración de Utilización que hemos tomado. Una Reconsideración Informal normalmente se basa en el envío de información adicional o la discusión entre pares. Una Reconsideración Informal está disponible únicamente durante las determinaciones iniciales que se solicitan dentro de los diez (10) días de denegación o la determinación de Revisión Concurrente. Llevaremos a cabo la reconsideración informal dentro de un (1) día hábil a partir de la fecha de recepción de la solicitud.

B. Procedimientos de Apelación Estándar

No se considerarán solicitudes múltiples para Apelar la misma Reclamación, el mismo servicio, el mismo problema o la misma fecha de servicio, en ningún nivel de revisión.

Nosotros ofrecemos al Afiliado dos (2) niveles de Apelación. Si un Afiliado es un Afiliado ERISA, el Afiliado está obligado a completar el primer nivel de Apelación antes de iniciar cualquier acción civil bajo la Sección 502(a) de ERISA. El segundo nivel de Apelación es voluntario. Todo plazo de prescripción u otra defensa basada en la puntualidad se evaluarán durante el tiempo que esté pendiente toda Apelación voluntaria. La decisión del Afiliado sobre enviar o no este nivel de revisión voluntaria no tendrá ningún efecto sobre sus derechos sobre cualquier otro Beneficio dentro del plan. No se impondrán costos ni honorarios a cargo del Afiliado.

El Afiliado debe comunicarse con su Empleador, administrador del plan, patrocinador del plan, o con Nuestro Departamento de Servicio al Cliente en el 1-800-376-7741 o el 1-225-293-0625, si el Afiliado no está seguro de si le corresponden los procesos ERISA.

El Miembro también puede llamar a Nuestro departamento de servicio al cliente si tiene preguntas o necesita ayuda para redactar la Apelación.

C. Proceso de Apelación Estándar

Distinguiremos si una Apelación del Afiliado es una Apelación administrativa o médica. El procedimiento de Apelación tiene dos (2) niveles, en el segundo nivel de una Apelación administrativa se incluye una revisión por parte del comité y en una apelación médica una revisión por parte de una Organización de revisión independiente (IRO) externa. Se recomienda al Miembro a proporcionarnos toda la información disponible para ayudarnos a evaluar completamente la Apelación del Miembro, tal como comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con la Determinación Adversa de Beneficios. Ofreceremos al Afiliado, a su pedido y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente a su Determinación Adversa de Beneficios.

El Afiliado tiene el derecho de designar a un representante autorizado para representarle en sus Apelaciones. Un representante autorizado es aquella persona a quien el Afiliado le haya dado su consentimiento escrito para que lo represente en una revisión interna o externa de una Determinación Adversa de Beneficios.

El representante autorizado puede ser el Proveedor del tratamiento del Afiliado, si el Afiliado designa al Proveedor por escrito y el Proveedor acepta y renuncia por escrito.

1. Apelaciones Administrativas

Las Apelaciones Administrativas se refieren a problemas contractuales Rescisiones de Cobertura y Determinaciones Adversas de Beneficios que no se relacionan con la Necesidad Médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención, eficacia o si se determina que el tratamiento es experimental o está en investigación.

Las Apelaciones Administrativas deben enviarse por escrito a:

HMO Louisiana, Inc.
Appeals and Grievance Unit
P. O. Box 98045
Baton Rouge, LA 70898-9045

a. Apelaciones Administrativas de Primer Nivel

Si un Afiliado no está satisfecho con Nuestra decisión, deberá presentar una solicitud de Apelación por escrito en un plazo recepción de ciento ochenta (180) días a partir de la recepción de Nuestra Determinación Adversa de Beneficios inicial para Apelaciones administrativas de primer nivel. Solicitudes presentadas después de los ciento ochenta (180) días de Nuestra Determinación Adversa de Beneficios no serán consideradas.

Investigaremos las inquietudes del Afiliado. Si se revoca la Apelación Administrativa, Nosotros volveremos a procesar la Reclamación del Afiliado, si es el caso. Si se ratifica la Apelación Administrativa, Nosotros informaremos al Afiliado de su derecho a iniciar el proceso de Apelación de segundo nivel.

Notificaremos la decisión sobre la Apelación administrativa al Afiliado, a su representante autorizado o a un Proveedor autorizado para actuar en nombre del Afiliado dentro de los treinta (30) días a partir de que Nosotros hayamos recibido la solicitud del Afiliado, a menos que acordemos mutuamente que se justifica una prórroga del plazo.

b. Apelaciones Administrativas de Segundo Nivel

Después de la revisión de Nuestra decisión de Apelación de primer nivel, si el Afiliado aún está disconforme, deberá presentar una solicitud de Apelación por escrito dentro de los sesenta (60) días siguientes a Nuestra decisión de Apelación de primer nivel. No se tendrán en cuenta las solicitudes que recibamos una vez transcurridos los sesenta (60) días posteriores a la denegación.

Un Comité de Apelaciones de Afiliado de personas que no hayan participado de ninguna decisión previa sobre la Determinación Adversa de Beneficios inicial tendrá a cargo la revisión de las Apelaciones de segundo nivel. La decisión del Comité es final y vinculante.

La decisión del Comité se enviará por correo al Afiliado, a su representante autorizado, o a un Proveedor autorizado a actuar en nombre del Afiliado, dentro de los cinco (5) días de la reunión del Comité.

Las Apelaciones Administrativas de Segundo Nivel no se aplican a la Rescisión de Cobertura, la cual sigue a las vías de Apelación Externa.

2. Apelaciones Médicas

Las Apelaciones médicas implican Determinación Adversa de Beneficios por Necesidad Médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia, o si se determina que algo es experimental o está en Investigación y cualquier otra determinación de revisión prospectiva o retrospectiva relacionada. Nosotros le ofrecemos al Afiliado dos (2) niveles estándar de Apelaciones Médicas, incluyendo una revisión interna de la Determinación de Beneficios Adversos inicial, y posteriormente una revisión externa.

Las Apelaciones Médicas deben enviarse por escrito a:

HMO Louisiana, Inc.
Apelaciones Médicas
P. O. Box 98022
Baton Rouge, LA 70898-9022

a. Apelaciones Médicas Internas

Si un Afiliado no está satisfecho con Nuestra decisión, deberá presentar una solicitud de Apelación por escrito en un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la recepción de Nuestra Determinación Adversa de Beneficios inicial para Apelaciones médica internas. No se tendrán en cuenta las solicitudes que recibamos una vez transcurridos los ciento ochenta (180) días posteriores a la Determinación Adversa de Beneficios inicial.

Un Médico u otro profesional de la salud; en la misma o en una especialidad apropiada que típicamente trata la afección médica, el procedimiento o el tratamiento bajo revisión y que no está subordinado a ninguna de las personas que participó en la decisión sobre la Determinación Adversa de Beneficios, revisará la Apelación interna por Necesidades médicas.

Si se anula la Apelación administrativa, Nosotros volveremos a procesar la Reclamación del Afiliado, si es el caso. Si Nuestra denegación original se ratifica, notificaremos al Afiliado de sus derechos a emprender un proceso de Apelación Externo si la Determinación Adversa de Beneficios cumple los requisitos.

Notificaremos la decisión sobre la Apelación administrativa por escrito al miembro, su representante autorizado o al Proveedor autorizado para actuar al nombre del Miembro dentro de los treinta (30) días a partir de que Nosotros hayamos recibido la solicitud del Miembro, a menos que acordemos mutuamente que se justifica una prórroga del plazo.

b. Médicas Externas y Rescisión de Cobertura

Para las Apelaciones Médicas y Rescisión de Cobertura, el segundo nivel de apelación será llevado a cabo por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) no afiliada con Nosotros y asignada aleatoriamente por el Comisionado de Seguros de Luisiana.

Un Afiliado debe agotar todas las oportunidades de Apelación internas antes de solicitar una Apelación Externa para ser llevada a cabo por una Organización de Revisión Independiente.

Si el Afiliado sigue en desacuerdo con la decisión de Apelación Médica interna o la Rescisión de Cobertura, se debe presentar una solicitud por escrito para una Apelación externa dentro de un plazo de ciento veinte (4) días tras recibir la decisión de Apelación interna médica o la Rescisión de cobertura.

No se tendrán en cuenta las solicitudes que recibamos una vez transcurridos 4 días posteriores a la recepción de la Apelación interna o la Rescisión de la Cobertura. Usted está obligado a firmar un formulario incluido en el aviso de denegación de Apelaciones Médicas internas que autoriza la divulgación de los registros médicos para su revisión por la IRO. **Las apelaciones sometidas por su Proveedor no serán aceptadas sin el formulario completado con Su firma.**

Brindaremos a la IRO toda información pertinente que sea necesaria para llevar a cabo la Apelación. La revisión externa debe ser cumplimentada dentro de un plazo cuarenta y cinco (45) días tras Nosotros haber recibido la Apelación externa. La IRO notificará su decisión al Afiliado, o a quien haya autorizado para representarlo, o a los Proveedores autorizados para actuar en nombre del Afiliado de su decisión.

La decisión de la IRO se considera una decisión final y vinculante para el Afiliado y, también, para Nosotros con el propósito de determinar la cobertura bajo un Contrato de salud. Este proceso de Apelación constituirá su único recurso en conflictos relacionados a las determinaciones de si un servicio o artículo de salud es o fue Médicamente Necesario o En Investigación, excepto en la medida en que otros recursos estén disponibles bajo la ley Estatal o Federal.

D. Apelaciones Aceleradas

Ofrecemos un proceso de Apelación Acelerada para revisar una Determinación Adversa de Beneficios en una situación en la que los plazos de una Apelación médica estándar pondrían en grave peligro la vida, la salud o la recuperación máxima de las funciones del Afiliado. Incluye situaciones en las que, según la opinión del Médico que le atiende, el Miembro podría sentir dolor que no pueda controlarse adecuadamente mientras espera una decisión sobre una Apelación Médica estándar.

Una Apelación Acelerada también incluye solicitudes relacionadas a una Admisión, disponibilidad de atención médica, continuidad de la hospitalización o servicio de atención médica para un Miembro que se encuentra actualmente en la sala de emergencias, bajo observación o recibiendo atención como Pacientes Hospitalizados.

Una Apelación Acelerada Externa también está disponible si la Determinación Adversa de Beneficios supone la denegación de la cobertura basado en una determinación que los servicios de atención médica o los tratamientos recomendados o solicitados se consideran experimentales o en Investigación; y el Médico que atiende a las personas cubiertas certifica por escrito el servicio de atención médica o tratamiento de salud recomendado o solicitado, que el objeto de la Determinación Adversa de Beneficios, sería considerablemente menos eficaz si no se iniciara oportunamente.

Las Apelaciones Aceleradas no están destinadas para la revisión de los servicios ya proporcionados.

La Apelación Acelerada deberá ponerse a disposición del Afiliado y podrá iniciarla el Afiliado, su representante autorizado, o el Proveedor que actúe en su nombre. Las solicitudes de Apelaciones Aceleradas pueden ser verbales o por escrito.

Para Apelaciones Aceleradas verbales puede llamar al 1-800-376-7741 o al 1-225-293-0625.

Para enviar Apelaciones Aceleradas por escrito, puede hacerlo al número de fax 225-298-1837 o por correo a:

HMO Louisiana, Inc.
Apelación Acelerada - Apelación Médica
P. O. Box 98022
Baton Rouge, LA 70898-9022

1. Apelaciones Médicas Aceleradas Internas

En esos casos, tomaremos una decisión en menos de setenta y dos (72) horas tras haber recibido la solicitud de apelación acelerada que cumpla con los criterios para dicho proceso. En los casos en que el proceso interno de Apelación Acelerada no resuelva la diferencia de opiniones entre Nosotros y el Afiliado, o el Proveedor que actúe en nombre de dicho Afiliado, la Apelación podrá elevarse a una Apelación Acelerada Externa.

Si una Apelación Médica Acelerada interna no cumple con los criterios para la Apelación Acelerada o no incluye la firma del certificado del médico, la Apelación seguirá el proceso y el plazo de tiempo para la Apelación estándar.

2. Apelación Médica Acelerada Externa

Una Apelación Acelerada Externa es una solicitud de revisión inmediata, por una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés). Esta petición puede presentarse simultáneamente con una petición de Apelación Acelerada interna, ya que la Organización de Revisión Independiente asignada para conducir la revisión acelerada externa determinará si la petición cumple con los requisitos para una revisión externa al momento de su recepción. Reenviaremos toda la información pertinente para las solicitudes de Apelaciones Aceleradas Externas a la IRO, de manera que la revisión se complete en un plazo no mayor a las setenta y dos (72) horas tras la recepción.

Para todas las apelaciones médicas, la Oficina de Defensa del Consumidor del Departamento de Seguros está disponible para ayudar en el proceso de apelación. Usted puede comunicarse directamente con el Comisario de Seguros para recibir asistencia:

ARTÍCULO XXII. DERECHOS DE LA LEY ERISA

Siempre que este plan esté enmarcado en la ley ERISA, el Afiliado tiene derecho a ciertos derechos y protecciones de acuerdo con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA). A los fines de esta disposición, se establece que el Grupo es el Administrador del plan y estará sujeto a las disposiciones que se mencionan a continuación. La ley ERISA dispone que todos los participantes del plan (Afiliados) tendrán derecho a lo siguiente:

Recepción de la información sobre el Plan y los Beneficios

- El Afiliado puede analizar, sin cargo, ya sea en la oficina del administrador del plan o en otras ubicaciones especificadas, como lugares de trabajo y sindicatos, todos los documentos que rijan al plan, entre ellos, contratos de seguros y acuerdos de negociación colectivos y una copia del informe anual más reciente (Formulario serie 5500) que haya presentado el plan al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y que esté disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.
- Mediante solicitud por escrito al Administrador del Plan, el Afiliado podrá obtener copias de los documentos que rigen el funcionamiento del plan, entre ellos contratos de seguros y acuerdos de negociación colectivos, así como también copias del informe anual más reciente (Formulario serie 5500) y un resumen actualizado de la descripción del plan. El Administrador del plan podrá aplicar un cargo razonable por las copias.
- El Afiliado podrá recibir un resumen del informe financiero anual del plan. La ley exige al Administrador del Plan que otorgue a cada Afiliado una copia de este resumen del informe anual.

Continuación de la cobertura del Plan Médico para grupos

- El Suscriptor podrá continuar con la cobertura de atención médica para sí mismo, su Cónyuge o sus Dependientes, si se pierde la cobertura del plan como resultado de un evento calificado. Sin embargo, tanto el Suscriptor como sus Dependientes deberán pagar por dicha cobertura. Además, el Miembro también puede revisar este documento y el Resumen de la Descripción del Plan que lo rige, respecto de las normas sobre los derechos de continuación de cobertura que tiene el Miembro conforme a la ley COBRA.

Medidas Prudentes de los Fiduciarios del Plan

- Además de crear derechos para los Afiliados, la ley ERISA impone obligaciones a las personas responsables del funcionamiento del Plan de Beneficios del empleado. Las personas responsables del funcionamiento del plan, llamados «fiduciarios» del plan, tienen la obligación de hacerlo prudentemente y en beneficio del Suscriptor y de otros beneficiarios. Ninguna persona, incluido su Empleador, el sindicato y cualquier otra, podrán despedirlo ni discriminarlo para evitar que obtenga un beneficio del plan o que ejerza sus derechos conforme a la ley ERISA.

Hacer valer los derechos del Afiliado

- Si la Reclamación de un Afiliado por un Beneficio del plan es denegada o ignorada total o parcialmente, el Afiliado tiene derecho a saber la razón de esta determinación, a obtener copias, sin cargo, de los documentos relacionados con la decisión y a Apelar toda denegación, dentro de ciertos plazos.
- Bajo la ley ERISA hay pasos que el Afiliado puede seguir para hacer cumplir los derechos mencionados. El Afiliado debe agotar todos los procedimientos disponibles de Reclamaciones y Apelaciones que tenga a su disposición antes de iniciar cualquier demanda. Por ejemplo, si el Afiliado solicita una copia de documentos del plan o el informe anual más reciente del plan y no los recibe dentro del plazo de treinta (30) días, podrá iniciar una demanda en un Tribunal Federal. En dicho caso, el tribunal podrá solicitar al Administrador del Plan que aporte los materiales y pague al participante hasta ciento diez dólares (\$110.00) por día hasta que reciba los materiales, a menos que no se hayan enviado por motivos que estén fuera del control del Administrador del Plan. Si el Miembro presentó una reclamación de Beneficios, que se denegó o ignoró, total o parcialmente, podrá iniciar

una demanda en un Tribunal estatal o Federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del plan, o la falta de ella, sobre el estado calificado de una orden de relaciones domésticas o una orden de asistencia médica a niños, podrá iniciar una demanda en un Tribunal Federal. En caso de que los fiduciarios del plan utilizaran incorrectamente el dinero del plan, o si el Afiliado es discriminado por defender sus derechos, podrá solicitar asistencia del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o podrá iniciar una demanda en un Tribunal Federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos y los honorarios legales. Si el Afiliado tiene éxito, el tribunal podrá ordenar que la persona a la que él ha demandado pague dichos costos y honorarios. Si el Afiliado es quien pierde, el tribunal podrá ordenar que sea él quien pague dichos costos y honorarios, por ejemplo, si determina que la reclamación carece de fundamentos.

Asistencia con las preguntas del Afiliado

- Si el Miembro tiene alguna pregunta con respecto a su plan, debe comunicarse con el administrador del plan. Si el Miembro tiene preguntas sobre esta declaración o sobre sus derechos conforme a la ley ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos de parte del Administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más próxima de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, que figuran en la guía telefónica o con la División de Asistencia Técnica y Dudas, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, ubicada en 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. Además, el Miembro podrá acceder a varias publicaciones acerca de sus derechos y responsabilidades conforme a la ley ERISA, llamando a la línea de asistencia de las publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

ARTÍCULO XXIII. CÓMO EFECTUAR CAMBIOS EN LA PÓLIZA Y PRESENTAR RECLAMACIONES

HMO Louisiana, Inc. actualiza continuamente el acceso por Internet para los Afiliados. Ahora los Miembros podrán llevar a cabo muchas de las funciones que se describen a continuación, sin tener que comunicarse con nuestra Unidad de Atención a Clientes. Invitamos a los Miembros a que inicien sesión en es.bcbsla.com para acceder a dichos servicios.

Todos los formularios que se mencionan en esta sección pueden obtenerse en una de Nuestras oficinas locales de servicios o en la oficina central de HMO Louisiana, Inc.

Si Usted necesita enviarnos documentación, puede dirigirla a Nuestra oficina central a HMO, Louisiana, Inc., P. O. Box 98024, Baton Rouge, LA 70898-9024, o a Nuestra dirección, 5525 Reitz Avenue, Baton Rouge, LA 70809. Si el Miembro tiene alguna pregunta sobre la información de esta sección, el Miembro puede hablar con su Empleador o llamar a nuestro Departamento de Atención al Cliente al número telefónico que se muestra en su Tarjeta de Identificación.

Cambio de los Afiliados de su Familia en la Póliza del Afiliado

Usted deberá realizar todas las modificaciones a la póliza directamente con el agente o con Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. El Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado es el documento que Nosotros debemos recibir para inscribir a Miembros de familia que no figuren en Su formulario original de solicitud o inscripción. El Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado se utiliza para agregar niños recién nacidos, recién nacidos adoptados, un Cónyuge u otros Dependientes. Es sumamente importante que Usted siga las normas de los plazos que figuran en el Esquema de Requisitos. Si Usted no completa y Nos envía el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado dentro de los plazos estipulados en el Esquema de Requisitos, es posible que la cobertura de Su seguro no se amplíe para incluir Miembros adicionales de la familia. Es muy importante completar y enviar el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado cuando Su primer Dependiente cumple con los requisitos para recibir la cobertura o cuando Usted ya no tiene Dependientes que dejan de cumplir con los requisitos.

Si el Miembro presenta cualquier cambio en su familia, debe presentar Un Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado. También se le puede solicitar al Miembro que sus familiares completen un cuestionario sobre salud. El Esquema de Requisitos explica cuándo entra en vigor la cobertura para los nuevos miembros de familia. Por lo general, el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado se utiliza para agregar a un niño recién nacido, un recién nacido adoptado, un cónyuge u otros dependientes que no estén mencionados en la solicitud original de

cobertura del Miembro. Debemos recibir el formulario completo de parte del Miembro en nuestras oficinas centrales dentro de los treinta (30) días del nacimiento, de la entrega en adopción de un niño o del matrimonio del Miembro.

Cómo Presentar Reclamaciones de Seguro para Beneficios

La Compañía y la mayoría de los Proveedores han celebrado contratos que eliminan la necesidad de que sea el Afiliado quien presente personalmente la Reclamación de los Beneficios. Los Proveedores de la Red Blue Connect o los Proveedores Participantes serán quienes presenten las Reclamaciones en nombre de los Miembros, ya sea por correo o por vía electrónica. En algunas situaciones el Proveedor puede solicitar que sea el Afiliado quien presente la Reclamación. Si el Proveedor solicita que sea el Miembro quien haga la presentación de la reclamación directamente a la Compañía la siguiente información será de utilidad para que el Miembro complete correctamente el formulario de Reclamación. Si Usted necesita presentar una Reclamación por escrito, envíela a:

HMO Louisiana, Inc.
P. O. Box 98024
Baton Rouge, LA 70898-9024

La Tarjeta de Identificación del Miembro muestra la manera en que el nombre del Suscriptor (Miembro del Grupo) aparece en los registros de la Compañía. (Si el Afiliado tiene cobertura para Dependientes, los nombres se registran como se indica en la información de inscripción que recibimos). La Tarjeta de Identificación también incluye el número de contrato (N.º de ID) del Miembro. Dicho número es la identificación para acceder a los registros de membresía del Afiliado, y debemos recibirlo cada vez que se presente una Reclamación.

Para que podamos tramitar rápidamente las reclamaciones del Miembro, asegúrese de que:

1. se utilice un formulario de Reclamación adecuado;
2. el número de contrato (N.º de ID) del formulario sea idéntico al número que figura en la tarjeta de identificación;
3. la fecha de nacimiento del paciente figure en la lista;
4. esté correctamente señalada la relación del paciente con el Suscriptor;
5. todos los cargos estén enumerados en la declaración del Proveedor;
6. la declaración detallada del Proveedor incluya el nombre del Proveedor, su dirección, y el número de identificación fiscal (Tax ID), y se adjunta al formulario de Reclamación,
7. la fecha de servicio (fecha de Admisión a un Hospital u otro Proveedor) o la fecha de tratamiento sean correctas;
8. el Proveedor indique un código de diagnóstico y código de procedimiento por cada servicio o tratamiento prestado (los indicadores del código de diagnóstico deben coincidir con el formulario de Reclamación); y
9. la Reclamación esté completa y firmada por el Miembro y el Proveedor.

AVISO IMPORTANTE: El Miembro debe asegurarse de verificar que la información sea correcta en todas las Reclamaciones. El número de Contrato debe ser correcto. Es importante que el Miembro conserve una copia de todas las facturas y Reclamaciones enviadas.

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA PRESENTAR RECLAMACIONES ESPECÍFICAS

Reclamaciones de admisión a un hospital o a un Centro de salud relacionado

Cuando el Miembro o un Miembro inscrito de la familia del Miembro ha sido ingresado en un Proveedor Participante o Proveedor HMOLA, el Miembro debe mostrar su Tarjeta de Identificación de HMOLA al empleado que admite. De ser así, será el Proveedor quien nos presente la Reclamación. Nuestros pagos serán enviados directamente al Proveedor HMOLA o Proveedor Participante. El Proveedor después le enviará al Miembro la factura de cualquier saldo restante. El Miembro recibirá una Explicación de los Beneficios después de que la Reclamación haya sido procesada.

Reclamaciones del Departamento de Pacientes Ambulatorios

El procedimiento que se debe seguir es el mismo que para una Admisión a un Hospital o a un Centro de salud Relacionado. Sin embargo, en algunos casos que impliquen un tratamiento a Pacientes Ambulatorios, el Proveedor podrá solicitar el pago directamente al Miembro. Si esto ocurre, el Miembro debe obtener una copia detallada de la factura; asegúrese de que en el formulario de Reclamación aparezca correctamente el Número de Contrato, la fecha de nacimiento del paciente, así como la relación del paciente con el Suscriptor. El Proveedor debe indicar en el formulario de la declaración o de la Reclamación como PAGADO (PAID en inglés). El Miembro debe enviar esta declaración a HMO Louisiana, Inc.

Beneficios de Sala de Emergencias

Cuando el Miembro o un Miembro inscrito de la familia del Miembro tenga servicios de Servicios de Emergencia prestados por un Proveedor de Red o No de la Red, el Miembro debe mostrar su tarjeta de identificación de HMOLA al empleado que admite. De ser así, será el Proveedor quien nos presente la Reclamación. Nuestros pagos serán enviados directamente al Proveedor. El Miembro recibirá una Explicación de los Beneficios después de que la Reclamación haya sido procesada.

Reclamaciones de servicios de Salud Mental y por Consumo de Sustancias Tóxicas

Para recibir ayuda al presentar una reclamación por salud mental y por consumo de sustancias tóxicas, el Miembro debe consultar su Tarjeta de Identificación o comunicarse con nuestro Departamento de Atención al Cliente.

Reclamaciones de Medicamentos con Receta

La mayoría de los Miembros con cobertura de Medicamentos con Receta no necesitarán presentar una Reclamación para obtener los Beneficios de Medicamentos con Receta, ya que esto se realiza automáticamente cuando el Miembro presenta su tarjeta de identificación a un farmacéutico participante. Sin embargo, si el Afiliado debe presentar una Reclamación para acceder a su Beneficio de Medicamentos con Receta, deberá utilizar el Formulario de Reclamaciones de Medicamentos con Receta. Los Miembros pueden obtener un Formulario de Reclamación de Medicamentos con Receta en la sección de farmacia de Nuestro sitio web, es.bcbsla.com/pharmacy. El Formulario de Reclamación de Medicamentos con Receta o un documento adjunto que Nos resulte aceptable, deberá estar firmado por el farmacéutico que despache el medicamento. El formulario de Reclamación se deberá enviar al Administrador de Beneficios de farmacia de HMO Louisiana, Inc., cuyo número de teléfono figura en la Tarjeta de Identificación del Afiliado.

Los Beneficios se pagarán al Afiliado según el Cargo Permitido que tenga por el Medicamento con Receta.

Otras Reclamaciones Médicas

Cuando Usted recibe otros servicios médicos (clínicas, consultorio del Proveedor, etc.), Usted debe preguntar si el Proveedor es un Proveedor Preferido o Participante. De ser así, será el Proveedor quien Nos presente la Reclamación. En algunas situaciones, es posible que los Proveedores exijan el pago y le pidan que realice la presentación. Si esto ocurre, asegúrese de que el formulario de Reclamación esté completo antes de enviarlo a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. Si es Usted quien presenta la Reclamación, en esta deben aparecer los cargos detallados por cada uno de los procedimientos o servicios. AVISO: No podrán utilizarse estados de cuenta, cheques cancelados, recibos de pago y facturas con saldos anteriores, en lugar de facturas detalladas.

AVISO IMPORTANTE: Las facturas detalladas que se envíen con los formularios de Reclamación deben incluir la siguiente información:

- a. nombre completo del paciente;
- b. fechas de servicio;
- c. descripción del servicio y código de procedimiento;
- d. código de diagnóstico;
- e. cargo por servicio;
- f. nombre y dirección del Proveedor del servicio.

Reclamaciones por Servicios de Enfermería

Se debe obtener un recibo por los servicios de enfermería provistos por cada enfermero, en el cual se indique el nombre del paciente y el número de días cubiertos por cada recibo. Además, el enfermero debe firmar cada recibo con las iniciales R.N. o L.P.N. y su número de registro. La declaración del Médico o del Proveedor de la salud asociado de que los servicios eran Necesarios por razones médicas por razones médicas deben ser adjuntados con los recibos por los servicios de enfermería.

Reclamaciones de Equipos Médicos Duraderos (DME, por sus siglas en inglés)

Los cargos por el alquiler o la compra de sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas, etc. deben incluirse en la factura de la empresa que los suministra, además de una descripción del artículo alquilado o comprado, la fecha, el costo y el nombre del paciente. También es posible que se deba adjuntar a estas facturas una declaración del Médico o Proveedor de salud asociado que atiende el caso donde se indique que los servicios fueron Médicamente Necesarios.

Preguntas sobre Reclamaciones

Los Miembros podrán ver en línea información sobre el procesamiento o el pago de una Reclamación en es.bcbsla.com. Además, pueden escribirnos a la dirección que figura más abajo o comunicarse con Nuestro Departamento de Atención al Cliente al número que figura en la tarjeta de Identificación, o acudir a cualquiera de Nuestras oficinas locales de servicios*. Si el Miembro llama para pedir información sobre una Reclamación, podremos ayudarlo mejor si tiene la información a mano, específicamente el número de contrato, el nombre del paciente y la fecha de servicio.

HMO Louisiana, Inc.
5525 Reitz Avenue
P.O. Box 98024
Baton Rouge, LA 70898-9045

Recuerde que el Miembro SIEMPRE debe indicar su número de contrato en toda la correspondencia, y debe verificarlo con el número de contrato que figura en la Tarjeta de Identificación del Miembro, para comprobar que sea el número correcto.

*HMO Louisiana, Inc. cuenta con oficinas de servicios locales en Baton Rouge, Nueva Orleans y Shreveport.

ARTÍCULO XXIV. DISPOSICIONES GENERALES - SOLO PARA EL GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA

ADEMÁS DE LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA EL GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA Y LOS AFILIADOS, LAS SIGUIENTES DISPOSICIONES GENERALES TAMBIÉN SE APLICARÁN AL GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA.

A. Fecha de vencimiento de los pagos de las primas del Grupo

1. Las primas vencen y deben pagarse por adelantado por el Grupo o Titular de la Póliza, antes de que se preste la cobertura. Las primas vencen y deben pagarse a partir de la Fecha de entrada en vigor de este Plan de Beneficios y, a partir de entonces, en la misma fecha cada mes posterior. Esa será la fecha de vencimiento de la prima.
2. El Grupo o Titular de la Póliza es quien adeuda las primas. Las primas no deben pagarse por terceros, como, entre otros, Hospitales, Farmacias, Médicos, compañías aseguradoras de automóviles u otras compañías aseguradoras. La Compañía no aceptará pagos de primas por parte de terceros a menos que sea requerido por la ley hacerlo. El hecho de que la Compañía haya aceptado previamente una prima de parte de un tercero no relacionado no quiere decir que, en un futuro, la Compañía acepte primas de dichos terceros.
3. Si una prima no es pagada a su vencimiento, Nosotros podríamos acordar aceptar una prima tardía. No estamos obligados a aceptar el pago tardío de la prima. El hecho de que podamos haber aceptado antes un pago tardío de la prima no quiere decir que en el futuro se acepten pagos tardíos de las primas. Usted no puede confiar en el hecho de que es posible que hayamos aceptado previamente una prima tardía como indicio de que lo haremos en el futuro.
4. Las primas deben pagarse en dólares estadounidenses. Al tenedor de la póliza se le aplicará un cargo por fondos insuficientes, NSF (por sus siglas en inglés) de veinticinco (\$25.00) dólares cuando su prima sea pagada con un cheque devuelto por el banco por falta de fondos. Si el banco devuelve varios pagos, la Compañía podrá, a su entera discreción, negarse a restablecer la cobertura.

B. Cambio en el importe de la Prima

1. Las primas para el Plan de Beneficios pueden aumentar tras los primeros doce (12) meses de cobertura del Grupo y, a partir de entonces, cada seis (6) meses, salvo cuando las primas aumenten con mayor frecuencia, como se describe en el párrafo siguiente. Excepto por lo dispuesto en el párrafo siguiente, le daremos al Grupo un plazo de cuarenta y cinco (45) días a partir de la notificación por escrito sobre todo cambio en las tasas de las primas (noventa [90] días de notificación por escrito para los Grupos de Empleadores que tienen más de [100] empleados inscritos). Enviaremos la notificación a la dirección más reciente del Grupo que tengamos en Nuestros registros. Todo aumento de prima entrará en vigor en la fecha especificada en el aviso de cambio de tarifa. Si sigue pagando la prima constituirá la aceptación del cambio.
2. Nos reservamos el derecho de aumentar las primas con mayor frecuencia que lo indicado anteriormente debido a un cambio en el alcance o la naturaleza del riesgo que anteriormente no se había considerado en el proceso de determinación de tarifas, en cualquier momento durante la vigencia del Plan de Beneficios. Este riesgo incluye, entre otros, el derecho a aumentar el importe de la prima por: (1) la adición de una nueva persona cubierta; (2) la adición de una nueva entidad cubierta; (3) un cambio en la edad o ubicación geográfica de cualquier individuo asegurado o titular de la póliza; (4) o un cambio en el nivel de Beneficios de la póliza que sea distinto a aquel que estaba vigente al momento de realizada la última determinación de tarifas. El aumento en la prima entrará en vigor en el siguiente ciclo de facturación después de la Fecha de entrada en vigor del cambio realizado al riesgo. Si sigue pagando la prima constituirá la aceptación del cambio.

C. El Grupo deberá distribuir y dar en cuenta del Reintegro de Primas

En el caso en que las leyes federales o estatales exijan que la Compañía haga un reintegro sobre una parte del pago anual de la prima, la Compañía deberá pagar al Grupo o Titular de la póliza el reintegro total correspondiente a la póliza, y el Grupo, en nombre de la Compañía, distribuirá de dicho reintegro una parte prorrateada de este entre los Suscriptores (incluidos, entre otros, Empleados, jubilados y funcionarios electos que reciban cobertura del Plan de Beneficios del Grupo) de acuerdo con su contribución a la prima reintegrada.

El Grupo debe garantizar una notificación adecuada a las agencias impositivas federales y estatales y que cada uno de los pagos a los Suscriptores esté acompañado por la documentación federal y estatal correspondiente, por ejemplo, el formulario 1099. El Grupo creará y conservará los registros y la documentación que den evidencia de la distribución precisa de todo reintegro y deberá brindar dicho registro a la Compañía, cuando esta los solicite. En el registro deberán incluirse:

1. La cantidad de la prima pagada por cada Suscriptor;
2. La cantidad de la prima pagada por el Grupo;
3. La cantidad del reintegro otorgado a cada Suscriptor;
4. La cantidad del reintegro retenido por el Grupo;
5. La cantidad de todo reintegro no reclamado y cómo y cuándo será o fue distribuido.

El Grupo se asegurará de que cualquier cantidad de reembolso no reclamada se comunique de conformidad con las leyes de propiedad no reclamada del estado del domicilio del Suscriptor correspondiente. El Grupo indemnizará a la Compañía en caso de que a esta se le apliquen multas, recargos o gastos, incluidos los honorarios razonables de abogados, debido a la falta de cumplimiento del Grupo con sus obligaciones conforme a esta sección del Plan para Grupos de Beneficios de salud.

D. Derecho que tiene el Grupo de cancelar la Póliza

1. Esta póliza se garantiza renovable a elección del Grupo. El Grupo expresa su deseo de continuar la cobertura mediante el pago oportuno de cada una de las primas, a medida que vencen.
2. El Grupo puede cancelar esta póliza por cualquier motivo.
3. Para cancelar la póliza, el Grupo debe presentar a la Compañía una NOTIFICACIÓN POR ESCRITO de su intención de cancelarla. EL GRUPO NO PODRÁ CANCELAR VERBALMENTE ESTA COBERTURA. LA NOTIFICACIÓN ESCRITA DE CANCELACIÓN DE PARTE DEL GRUPO DEBE PRESENTARSE A LA COMPAÑÍA ANTES DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR, O EL MISMO DÍA, DE LA CANCELACIÓN Y DEBE ESTAR ACOMPAÑADA DE LA DEVOLUCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO.

Si la notificación por escrito del Grupo a la Compañía sobre su intención de cancelar no está acompañada por la póliza a la que se renuncia, se considerará que la notificación de cancelación del Grupo a la Compañía incluye la declaración del Grupo acerca de que realizó un intento de buena fe por localizar su póliza y que no se entrega porque se ha extraviado o destruido.

E. Derecho de la Compañía de Finalizar la Póliza por falta de pago de la Prima

1. Las primas deberán ser pagadas por adelantado antes de recibir la cobertura. Se considera que el Grupo está en falta si no se pagan las primas a la fecha del vencimiento.
2. La Compañía ofrece un período de gracia de treinta (30) días a partir de la fecha de vencimiento de la prima. Si Nosotros no recibimos la prima durante el período de gracia, la cobertura permanece vigente durante dicho período conforme a las disposiciones de la póliza. Si Nosotros no recibimos la prima durante el período de gracia, Nosotros enviaremos a la dirección registrada del Grupo una notificación de morosidad o rescisión. Podemos rescindir automáticamente la póliza sin previo aviso al Grupo si no se paga la prima a la Compañía, en su oficina central, dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de vencimiento (durante el período de gracia). Si rescindimos este Plan de Beneficios por falta de pago de la prima, la rescisión será efectiva a partir de la medianoche del último día por el cual se haya pagado la prima. La Compañía no será responsable de ningún Beneficio de servicios que se preste una vez pasada la última fecha por la que se han pagado las primas.

F. Derecho de la Compañía de Rescindir la Póliza por Razones Distintas a la Falta de Pago de la Prima

La Compañía puede rescindir este Plan de Beneficios con una notificación por escrito al grupo con sesenta (60) días de antelación, indicando el motivo de la rescisión, si se produce alguna de las siguientes situaciones:

1. El Grupo comete fraude o realiza una tergiversación intencionada.
2. El Grupo no acata una disposición importante del plan, que incluye, entre otros, las disposiciones relativas con los requisitos para la aceptación, las contribuciones del empleador o las normas de participación del Grupo. Si el único motivo de la finalización es que la participación del Grupo se reduce a menos de un (1) empleado (sólo queda el propietario en la póliza), la finalización de la cobertura del Grupo será efectiva en la siguiente fecha de aniversario del Grupo. De lo contrario, la rescisión por un motivo mencionado en este párrafo será efectiva después de que el Grupo reciba una notificación por escrito y con sesenta (60) días de anticipación.
3. En el caso de los planes de la Red, ya no hay ningún inscrito al Plan de Beneficios del Grupo que viva, resida o trabaje en el área de servicio de la Compañía o en el área en la cual la Compañía está autorizada a operar.
4. La cobertura del Grupo es proporcionada a través de una asociación de buena fe y la membresía del empleador a la asociación finaliza.
5. La empresa deja de ofrecer este producto o cobertura en el mercado (se enviará un aviso por escrito con (noventa (90) días de anticipación al Grupo, a los participantes y a los Beneficiarios).

Se le dará una notificación por escrito anticipada al Grupo de acuerdo con el plazo requerido por la ley.

G. Servicios fuera del área

Por favor consulte la sección de Servicios Fuera de Área en el Artículo Disposiciones Generales - Grupo o Titular de la póliza y Afiliados de este Plan de Beneficios para una explicación más detallada de estos Arreglos entre Planes y el Programa BlueCard®.

HMO Louisiana, Inc. («HMOLA») tiene una variedad de relaciones con otros Licenciarios de Blue Cross o Blue Shield llamados generalmente «Acuerdos Entre Planes». Estos Acuerdos Entre Planes se basan en las reglas y procedimientos emitidos por Blue Cross and Blue Shield Association («Association»). Cada vez que los Afiliados accedan a los servicios de atención médica fuera del área geográfica de HMOLA y Blue Cross and Blue Shield of Louisiana que atendemos, la Reclamación por esos servicios puede procesarse través de uno de estos Acuerdos Entre Planes y el otro Licenciario de Blue Cross o Blue Shield («Host Blue») como responsables de contratar y manejar todas las interacciones con sus Proveedores Participantes. Las condiciones financieras del programa BlueCard® se describen de forma general a continuación.

1. Método de Cálculo de Responsabilidad del Programa BlueCard® por Reclamación

A menos que esté sujeto a un Copago específico, el cálculo de la responsabilidad del Afiliado en Reclamaciones por Servicios Cubiertos fuera del área procesados a través del Programa BlueCard® se basará en el menor de los cargos facturados por el Proveedor por los Servicios Cubiertos fuera del área o el precio negociado puesto a Nuestra disposición por el Host Blue.

Host Blues determina un precio negociado, que se refleja en los términos de los contratos de cada Proveedor de atención médica de Host Blue. El precio negociado puesto a nuestra disposición por el Host Blue puede ser representado por uno de los siguientes:

- a. Un precio exacto. Un precio exacto es una tasa de pago negociada en vigor en el momento en que se procesa una Reclamación sin ningún otro aumento o disminución, o
- b. Un precio estimado. Un precio estimado es un pago negociado reducido o aumentado según un porcentaje vigente en el momento en que se procesa la Reclamación para tener en cuenta ciertos pagos negociados con el Proveedor y otras transacciones relacionadas o no con las Reclamaciones. Entre dichas transacciones pueden incluirse, entre otras, recuperaciones contra fraude y abuso, reembolsos

al Proveedor no incluidos en la base de una Reclamación específica, acuerdos retrospectivos y bonificaciones o incentivos relacionados con el rendimiento; o

- c. Un precio promedio. Un precio promedio es un porcentaje de cargos cubiertos por Servicios Cubiertos vigentes en el momento en que se procesa una Reclamación que representa los pagos totales negociados por el Host Blue con todos sus Proveedores de atención médica o con una clasificación similar de sus Proveedores y otras transacciones relacionadas o no con las Reclamaciones. Dichas transacciones pueden incluir las mismas que se mencionaron anteriormente para un precio estimado.

El Host Blue determinará si utilizará o no un precio exacto, estimado o promedio. El uso de precios estimados o promedios pueden dar como resultado una diferencia (positiva o negativa) entre el precio que pagamos en una Reclamación específica y la cantidad exacta que el Host Blue le paga al Proveedor. Sin embargo, el Programa BlueCard® requiere que el importe pagado por el Afiliado sea un precio final; un ajuste de precios futuro no resultará en aumentos o disminuciones en el precio de las Reclamaciones pasadas.

En algunos casos, las leyes o reglamentos federales o estatales pueden imponer un recargo, impuesto u otra tarifa que se aplique a las cuentas aseguradas. Si corresponde, HMOLA incluirá cualquier recargo, impuesto o cualquier otro cargo como parte del cargo de Reclamación que se utilizará para determinar cualquier responsabilidad del Afiliado, y los usará para determinar la prima del Grupo o Titular de la póliza.

2. Los Proveedores No Participantes Fuera de Nuestra Área de Servicio

Para obtener una explicación sobre cómo se realizan los cálculos de las Reclamaciones de Proveedores No Participantes fuera de Nuestra Área de Servicio, consulte la sección de Servicios Fuera del Área en el artículo Disposiciones generales - Grupo o Titular de la Póliza y Afiliados.

H. Cumplimiento de las Leyes Estadounidenses sobre Sanciones Económicas

Por la presente, el Grupo acepta cumplir totalmente con todas las sanciones económicas, y leyes y normas de control de exportaciones que apliquen, inclusive las normas que mantiene la Oficina para el Control de Activos Extranjeros (OFAC) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos. El Grupo comprende que HMO Louisiana, Inc. no autoriza que se brinde cobertura a ninguna persona a la cual la prestación de dicha cobertura implicaría la recepción de cobertura de un seguro de HMO Louisiana, Inc., inclusive Suscriptores y Dependientes cubiertos, contra toda lista de personas relevantes para el gobierno de los Estados Unidos y que estén sujetas a sanciones comerciales, de exportación, financieras o de transacciones, entre ellas la versión más actualizada de la lista de ciudadanos especialmente designados y personas bloqueadas de la OFAC, antes de disponer o acordar la disposición del otorgamiento de la cobertura para cualquier persona. El Grupo acuerda que la aceptación de la cobertura constituye una declaración frente a HMO Louisiana, Inc. de que todas las leyes y normas vigentes se han cumplido y de que la cobertura no se presta a ninguna persona denegada.

Toda extensión de la cobertura que no cumpla con lo mencionado anteriormente será causa de rescisión inmediata de este Plan de Beneficios y de la denegación de Beneficios por toda Reclamación realizada dentro de esa cobertura, y dará derecho a HMO Louisiana, Inc. a recibir indemnización de parte del Grupo por cualquier costo, pérdida, daño, responsabilidad o gasto en el que HMO Louisiana, Inc. haya incurrido como resultado de ello. Esta disposición continuará vigente tras la rescisión o la cancelación de este Plan de Beneficios.

I. Programa de Valor Añadido

El Administrador de Reclamaciones cada cierto tiempo, puede proporcionar Servicios de Valor Añadido al Administrador del Plan. Estos Servicios de Valor Añadido pueden ser ofrecidos al Administrador del Plan directamente por el Administrador de Reclamaciones, o indirectamente por una compañía afiliada de seguros de vida, de salud o de discapacidad o por una compañía externa. Los Servicios de Valor Añadido no se consideran Beneficios bajo este Plan o ninguna otra póliza de seguros. El titular de la póliza nunca tiene la obligación de aceptar los Servicios de Valor Añadido, y la Compañía puede dejar de ofrecer y pagar los Servicios de Valor Añadido en cualquier momento.

J. Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Privacidad y Seguridad)

1. A los fines de esta disposición, las siguientes definiciones tienen el mismo significado que el definido en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA):
 - a. «Plan médico para grupos» como se define en 45 CFR Parte 160, Sec. 160.103.
 - b. «Información médica protegida» (PHI) como se define en 45 CFR Parte 164, Sec. 164.501.
 - c. «Información médica resumida» como se define en 45 CFR Parte 164, Sec. 164.504(a).

2. Divulgación de Información al Grupo

- a. Compartir información médica resumida con el Grupo:

La Compañía podrá divulgar al Grupo Información Médica Resumida si este la requiere, a los fines de obtener ofertas por primas de aseguradoras de salud, HMO u otros terceros pagadores dentro del Plan Médico para Grupos; o a los fines de modificar, enmendar o rescindir el Plan Médico para Grupos.

- b. Compartir PHI con el Grupo:

La Compañía podrá divulgar la PHI al Grupo para permitirle llevar adelante las funciones de administración del plan únicamente cuando recibe una certificación del Grupo donde:

- (1) los documentos del plan incluyan todos los requisitos establecidos en 45 CFR Parte 164, Sec. 164.504(f)(2)(i), (ii) y (iii);
 - (2) haya notificado a los individuos con los cuales se relaciona la PHI y que cumplen con los requisitos establecidos en 45 CFR Parte 164, Sec. 164.520 (B)(1)(iii)(C); y que dicha PHI no se utilizará a los fines de presentar acciones o decisiones relacionadas con el empleo ni en conexión con ningún otro beneficio o plan de beneficios del empleado del Grupo.
- c. Por la presente, el Grupo acuerda cumplir con las políticas de reconocimiento y autorización de la Compañía, con respecto al intercambio de la PHI mediante vía electrónica. Por ejemplo, si la Compañía brinda datos al Grupo en un disco compacto, la Compañía podrá requerir el reconocimiento de que los datos fueron recibidos por el Grupo y el nombre del representante del Grupo que los haya recibido.

AVISO DE LLHIGA

RESUMEN DE LA LEY DE LA ASOCIACIÓN DE GARANTÍA DE SEGUROS DE VIDA Y SALUD DE LuisIANA (LOUISIANA LIFE AND HEALTH INSURANCE GUARANTY ASSOCIATION, LLHIGA POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) Y AVISO REFERENTE A LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- A. Los residentes de Luisiana que compran seguros de vida, rentas vitalicias o seguros médicos deben saber que las compañías de seguros que tienen licencia en este estado para ofrecer estos tipos de seguros son miembros de la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana o LLHIGA. El objetivo de LLHIGA es asegurar que los titulares de pólizas estén protegidos, dentro de los límites, en el caso poco probable de que una aseguradora que sea miembro se torne financieramente incapaz de cumplir con sus obligaciones. Si esto ocurriese, LLHIGA gravará a las otras compañías de seguro que sean miembros por el monto para pagar las reclamaciones de las personas aseguradas que viven en este estado y, en algunos casos, para mantener la cobertura vigente. Sin embargo, la valiosa protección adicional proporcionada por estas aseguradoras a través de LLHIGA es limitada. Como se indica en la limitación de responsabilidad que aparece a continuación, esta protección no sustituye el cuidado que deben tener los consumidores al seleccionar compañías que sean bien administradas y financieramente estables.

LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana ofrece cobertura para ciertos reclamos previstos en algunos tipos de pólizas, en caso de que la compañía de seguros quede inhabilitada o se declare insolvente. ES POSIBLE QUE LA COBERTURA NO SE ENCUENTRE DISPONIBLE PARA SU TIPO DE PÓLIZA. Aun si se proveyera la cobertura, existen límites y exclusiones considerables. La cobertura por lo general está condicionada a la residencia dentro de este estado. Otras condiciones también pueden excluir la cobertura. Las compañías y los agentes de seguros tienen prohibido por ley utilizar la existencia de la asociación o de su cobertura para venderle una póliza de seguro. Usted no debe confiar en la disponibilidad de la cobertura de la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana al momento de escoger una aseguradora. La Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana y el Departamento de Seguros contestarán toda pregunta que usted tenga y que no se haya contestado en este documento.

LLHIGA

P.O. Drawer 44126
Baton Rouge, Louisiana 70804

Department of Insurance (Depto. de Seguros)

P.O. Box 94214
Baton Rouge, Louisiana 70804-9214

- B. La ley estatal que proporciona esta cobertura de garantía se llama Ley de la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana (la ley), y se expone en R.S.22:2081 y siguientes. Lo que aparece a continuación es un breve resumen de la cobertura de esta ley, las exclusiones y los límites. Este resumen no abarca todas las disposiciones de la ley ni de ninguna manera cambia los derechos u obligaciones de cualquier persona bajo la ley o los derechos u obligaciones de LLHIGA.
- C. En general, las personas estarán protegidas por la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana si viven en este estado y tienen una póliza o un contrato directo de vida no grupal, de salud, organización de mantenimiento de salud o anualidad, un certificado bajo una póliza o un contrato directo grupal para un contrato suplementario de cualquiera de estos, o un contrato de anualidad no asignado, que haya sido emitido por una aseguradora autorizada a realizar negocios en Luisiana. Los beneficiarios, receptores de pagos o los designados de las personas aseguradas también podrían estar protegidos, aun cuando vivan en otro estado; a menos que se les ofrezca la cobertura de la asociación de garantía de otro estado, o apliquen otras circunstancias descritas bajo la ley.
- D. Exclusión de Cobertura
- Una persona que tiene una póliza o un contrato directo no grupal de vida, salud, organización de mantenimiento de salud o anualidad, un certificado bajo una póliza o un contrato directo grupal para un contrato suplementario de cualquiera de estos, o un contrato de anualidad no asignado, no está protegido por LLHIGA si:
 - es elegible para protección bajo las leyes de otro estado;
 - la compañía de seguros no estaba autorizada a hacer negocios en este estado;

- c. su póliza fue emitida por un hospital u organización de servicios médicos con o sin fines de lucro, una sociedad de beneficencia fraternal, un plan estatal compulsorio de fondo común, una compañía de valoración mutua o un plan similar en el cual el titular de la póliza está sujeto a valoraciones futuras, por un mercado de seguros, una organización que emite anualidades de donación caritativa como se define en la ley, o cualquier entidad similar a cualquiera de estas.

2. LLHIGA tampoco provee cobertura para:

- a. cualquier póliza o parte de una póliza que no está garantizada por la compañía de seguros o por la cual la persona que haya asumido el riesgo, como por ejemplo un contrato variable que se vendió por catálogo;
- b. cualquier póliza de reaseguro (a menos que se emita un certificado de presunción);
- c. rendimientos de tasas de interés o tasas de crédito, o factores similares empleados en el cálculo de las variaciones de valor, que excedan una tasa promedio;
- d. dividendos, reembolsos de primas o tarifas similares o indemnizaciones descritas bajo la ley;
- e. créditos otorgados con respecto a la administración de una póliza por el titular de un contrato grupal;
- f. planes de empleadores, asociaciones o entidades similares en la medida en que sean autofinanciados (es decir, que no estén asegurados por una compañía de seguros, incluso si una compañía de seguros los administra) o no asegurados;
- g. contratos de anualidad no asignados (los cuales conceden derechos a los titulares de contratos grupales, no a los individuos), excepto si están calificados por ley;
- h. una obligación que no surge bajo los términos expresos por escrito de la póliza o contrato emitido por la aseguradora al dueño de la póliza o dueño del contrato, incluyendo, entre otros, las reclamaciones descritas bajo la ley;
- i. una póliza o contrato que provea cualquier beneficio hospitalario, médico, de medicamentos recetados u otros beneficios de atención médica conforme a la "cobertura de la Parte A de Medicare", "cobertura de la Parte B de Medicare", "cobertura de la Parte C de Medicare" o "cobertura de la Parte D de Medicare" y cualquier reglamentación emitida conforme con esas partes;
- j. intereses u otras variaciones de valor que se determinen mediante el uso de un índice u otras referencias externas, pero que no hayan sido acreditadas a la póliza o al contrato o a los que el derecho de los dueños de la póliza o del contrato estén sujetos a confiscación, a partir de la fecha en la que la aseguradora miembro se convierte en una aseguradora incapaz o insolvente, lo que ocurra primero.

E. Límites en los Montos de Cobertura

- 1. La Ley de la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana también limita el monto que LLHIGA está obligada a pagar.
- 2. Los beneficios por los cuales LLHIGA puede ser responsable en ningún caso excederán el menor de los siguientes:
 - a. LLHIGA no puede pagar más de lo que le correspondería pagar a la compañía aseguradora bajo una póliza o contrato si esta no fuese una aseguradora incapaz o insolvente.
 - b. Por cada vida asegurada, independientemente del número de pólizas o contratos que exista con la misma compañía, LLHIGA pagará un máximo de \$300,000 en beneficios de seguro de vida por fallecimiento, pero no más de \$100,000 en valores netos de rescate y valores netos de retiros en efectivo para el seguro de vida.
 - c. Por cada vida asegurada, independientemente del número de pólizas o contratos que haya con la misma compañía, LLHIGA pagará un máximo de \$500,000 en beneficios de seguros de salud y LLHIGA pagará un máximo de \$250,000 del valor corriente de las anualidades, incluyendo valores netos de rescate y valores netos de retiros en efectivo.
- 3. En ningún caso, independientemente del número de pólizas y contratos que hubiese con la misma compañía y sin importar cuántos tipos diferentes de coberturas, LLHIGA no será responsable de gastar más de \$500,000 en conjunto con respecto a cualquier individuo.



Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y sus subsidiarias, HMO Louisiana, Inc. y Southern National Life Insurance Company, Inc., no excluyen ni tratan de forma diferente a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo en sus programas o actividades de salud.

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y sus subsidiarias:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados en lengua de signos
 - Información escrita en otros formatos (audio, formatos electrónicos accesibles)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, puede llamar al número del Servicio de Atención al Cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación o enviar un correo electrónico a MeaningfulAccessLanguageTranslation@bcbsla.com. Personas con discapacidad auditiva llamen al 1-800-711-5519 (TTY 711).

Si considera que Blue Cross, una de sus subsidiarias o su plan de salud asegurado por su empleador no le proporcionaron estos servicios o discriminaron de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted tiene derecho a tomar los siguientes pasos:

- 1. Si está totalmente asegurado a través de Blue Cross, presente un reclamo ante Blue Cross por medio de correo postal, fax o correo electrónico.**

Section 1557 Coordinator
P.O. Box 98012
Baton Rouge, LA 70898-9012
225-298-7238 o 1-800-711-5519 (TTY 711)
Fax: 225-298-7240
Correo electrónico: Section1557Coordinator@bcbsla.com

- 2. Si su empleador es el dueño de su plan de salud y Blue Cross actúa como administrador de dicho plan, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos de su empleador o compañía. Para determinar si su plan es un plan totalmente asegurado por Blue Cross o es propiedad de su empleador, visite es.bcbsla.com/checkmyplan.**

Bien sea Blue Cross o su empleador el dueño de su plan, usted puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, por correo o teléfono a:

U.S Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697(TDD)

O

Electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible a través de <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de quejas están disponibles a través de <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index>.

AVISO

Free language services are available. If needed, please call the Customer Service number on the back of your ID card. Hearing-impaired customers call 1-800-711-5519 (TTY 711).

Tiene a su disposición servicios lingüísticos gratuitos. De necesitarlos, por favor, llame al número del Servicio de Atención al Cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. Clientes con dificultades auditivas, llamen al 1-800-711-5519 (TTY 711).

Des services linguistiques gratuits sont disponibles. Si nécessaire, veuillez appeler le numéro du Service clientèle figurant au verso de votre carte d'identification. Si vous souffrez d'une déficience auditive, veuillez appeler le 1-800-711-5519 (TTY 711).

Có dịch vụ thông dịch miễn phí. Nếu cần, xin vui lòng gọi cho Phục Vụ Khách Hàng theo số ở mặt sau thẻ ID của quý vị. Khách hàng nào bị suy giảm thính lực hãy gọi số 1-800-711-5519 (TTY 711).

我们为您提供免费的语言服务。如有需要，请致电您 ID 卡背面的客户服务号码。听障客户请拨打 1-800-711-5519 (TTY 711)。

الخدمات اللغوية متاحة مجاناً. يرجى، إذا اقتضى الأمر، الاتصال برقم خدمة العملاء المدون على ظهر بطاقة التعريف الخاصة بك. إذا كنت تعاني من إعاقة في السمع، فيرجى الاتصال بالرقم 1-800-711-5519 (TTY 711).

Magagamit ang mga libreng serbisyo sa wika. Kung kinakailangan, pakitawagan ang numero ng Customer Service sa likod ng iyong ID kard. Para sa mga may kapansanan sa pandinig tumawag sa 1-800-711-5519 (TTY 711).

무료 언어 서비스를 이용하실 수 있습니다. 필요한 경우 귀하의 ID 카드 뒤에 기재되어 있는 고객 서비스 번호로 연락하시기 바랍니다. 청각 장애가 있는 분은 1-800-711-5519 (TTY 711)로 연락하십시오.

Oferecemos serviços linguísticos grátis. Caso necessário, ligue para o número de Atendimento ao Cliente indicado no verso de seu cartão de identificação. Caso tenha uma deficiência auditiva, ligue para 1-800-711-5519 (TTY 711).

ພວກເຮົາມີບໍລິການແປພາສາໃຫ້ທ່ານຟຣີ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການນັ້ນ, ກະລຸນາໂທຫາພະແນກບໍລິການລູກຄ້າຕາມເບີໂທທີ່ຢູ່ທາງຫຼັງຂອງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຫຼຸບໍ່ດີ, ຂໍໃຫ້ໂທເບີ 1-800-711-5519 (TTY 711).

無料の言語サービスをご利用頂けます。あなたのIDカードの裏面に記載されているサポートセンターの電話番号までご連絡ください。聴覚障害がある場合は、1-800-711-5519 (TTY 711)までご連絡ください。

زبان سے متعلق مفت خدمات دستیاب ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو، براہ کرم اپنے آئی ڈی کارڈ کی پشت پر موجود کسٹمر سروس نمبر پر کال کریں۔ سمعی نقص والے کسٹمرز 1-800-711-5519 (TTY 711) پر کال کریں۔

Kostenlose Sprachdienste stehen zur Verfügung. Falls Sie diese benötigen, rufen Sie bitte die Kundendienstnummer auf der Rückseite Ihrer ID-Karte an. Hörbehinderte Kunden rufen bitte unter der Nummer 1-800-711-5519 (TTY 711) an.

خدمات رایگان زبان در دسترس است. در صورت نیاز، لطفاً با شماره خدمات مشتریان که در پشت کارت شناسایی تان درج شده است تماس بگیرید. مشتریانی که مشکل شنوایی دارند با شماره 1-800-711-5519 (TTY 711) تماس بگیرید.

Предлагаются бесплатные переводческие услуги. При необходимости, пожалуйста, позвоните по номеру Отдела обслуживания клиентов, указанному на оборотной стороне Вашей идентификационной карты. Клиенты с нарушениями слуха могут позвонить по номеру 1-800-711-5519 (Телефон с текстовым выходом: 711).

มีบริการด้านภาษาให้ใช้ได้ฟรี หากต้องการ โปรดโทรศัพท์ติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าตามหมายเลขที่อยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวประชาชนของท่าน สำหรับลูกค้าที่มีปัญหาทางการได้ยิน โปรดโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-711-5519 (TTY 711)