



Bridge Blue

PLAN DE BENEFICIOS
PUNTO DE SERVICIO
MÉDICO A CORTO PLAZO



Blue Cross and Blue Shield of Louisiana es una licenciaría independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

131HR 01478S R0122

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.



¡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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Steven Udvarhelyi', written in a cursive style.

Dr. I. Steven Udvarhelyi
Presidente y Director Ejecutivo

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

Su póliza individual Bridge Blue POS

Avisos

Esta Póliza no es una póliza suplementaria de Medicare. Si Usted califica para Medicare, revise la *Guía de Seguro Médico para Personas con Medicare* que la Compañía tiene disponible.

No se requiere que esta cobertura cumpla con ciertos requisitos del mercado federal para el seguro médico, principalmente aquellos que se encuentran en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Asegúrese de revisar Su Póliza cuidadosamente para cerciorarse de que esté al tanto de cualquier exclusión o limitación con respecto a la cobertura de afecciones preexistentes o Beneficios de salud (tales como Beneficios de hospitalización, servicios de emergencia, atención del embarazo, atención preventiva, medicamentos con receta y para trastornos de salud mental y consumo de sustancias tóxicas). Su Póliza podría también tener límites de por vida u otros límites monetarios en los Beneficios de salud. Si esta cobertura expira o si Usted pierde las condiciones para recibir esta cobertura, es posible que Usted deba esperar hasta el siguiente período de apertura de inscripción para obtener otra cobertura de seguro de salud.

ESTA PÓLIZA ESTÁ SUJETA A CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN A ELECCIÓN DEL ASEGURADOR.

AVISO: USTED PUEDE RECIBIR SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA DE LA RED 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. PODRÁ ENCONTRAR INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE LOS MÉDICOS QUE ATIENDEN EN CENTROS DENTRO Y FUERA DE 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.

Si Usted decide que no desea continuar con este Contrato; Usted podrá devolverlo dentro de los 10 días de haberlo recibido y Nosotros le reembolsaremos las tarifas que Usted haya pagado.

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.

AVISO: LA PARTE QUE DEBE PAGAR EN CONCEPTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PUEDE BASARSE EN EL ACUERDO ENTRE NOSOTROS Y SU PROVEEDOR. BAJO CIERTAS CIRCUNSTANCIAS, ESTE ACUERDO PUEDE PERMITIR A SU PROVEEDOR COBRARLE LOS IMPORTES CORRESPONDIENTES A LOS CARGOS REGULARES FACTURADOS DEL PROVEEDOR.

AVISO: 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.

AVISO: Como parte de la atención de supervivencia a largo plazo, ciertos supervivientes de cáncer del seno son aptos para recibir exámenes anuales preventivos de detección de cáncer. 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.

Enviaremos cualquier información importante en relación con esta Póliza a la dirección postal que Usted nos proporcionó en su *Solicitud de Cobertura de Salud a Corto Plazo*. **Usted es responsable de informarnos si cambia Su 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. Uno le será designado hasta el momento que Usted haga esta designación. 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 «¿Cuáles son 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 tener 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.

Aviso y Divulgación del Formulario de Medicamentos con Receta

Esta Póliza cubre los Medicamentos con Receta y utiliza un Formulario cerrado de Medicamentos con Receta. Un *Formulario de Medicamentos con Receta* es una lista de los Medicamentos con Receta cubiertos bajo esta Póliza. No se cubren los medicamentos que no aparecen en el formulario, también conocidos como medicamentos fuera del formulario. 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.

Puede acceder de distintas formas a la información de Su formulario. La mayoría de los Afiliados recibe nuestra información accediendo la sección de farmacia desde Nuestro sitio web es.bcbsla.com/pharmacy.

También puede llamarnos al número de teléfono que se encuentra en Su tarjeta de identificación para consultar si un medicamento específico está incluido en Su formulario. Si un Medicamentos con Receta está incluido en Su

Formulario de Medicamentos con Receta, esto no garantiza que Su Proveedor de atención médica que emite la receta, le recetará el medicamento para una afección médica o enfermedad mental determinada.

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 excepción de medicamentos del formulario. Este proceso le permite a Usted, a Su persona designada o a Su Proveedor de atención médica que expide la receta, solicitarnos una excepción al formulario. 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, Usted puede presentarnos una solicitud de excepción interna o externa del formulario.

Aviso de continuación de cobertura de Medicamentos 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.

¿Qué contiene esta Póliza?

Artículo 1. ¿Cuáles son los fundamentos de su cobertura?	4
Artículo 2. Qué términos usamos en esta Póliza	13
Artículo 3. Esquema de Requisitos	28
A. Requisitos para la afiliación	28
B. Fecha de entrada en vigor de la cobertura	28
Artículo 4. Sus Beneficios	28
A. Categorías de Beneficios.....	28
B. Cantidades de Deducible	29
C. Coaseguro	29
D. Servicios de Copago	30
E. Cantidad de Desembolso	30
Artículo 5. Beneficios cuando Usted va a un Hospital	31
A. Servicio de enfermería general, comidas y alojamiento para Pacientes Hospitalizados	31
B. Otros servicios hospitalarios (Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios).....	31
C. Evaluación previa a la Admisión	32
Artículo 6. Sus Beneficios Médicos y Quirúrgicos	32
A. Servicios Quirúrgicos	32
B. Servicios Médicos para Pacientes Hospitalizados.....	34
C. Servicios Médicos y Quirúrgicos para Pacientes Ambulatorios	34
Artículo 7. Sus Beneficios para Medicamentos con Receta	35
A. Los Medicamentos con Receta deben ser dispensados correctamente	35
B. Algunas Farmacias han contratado con Nosotros.....	35
C. Presente una tarjeta de identificación válida al comprar Medicamentos con Receta	35
D. Formulario de Medicamentos con Receta	35
E. Programa de Administración de Utilización de Medicamentos	37
F. Esta Póliza cubre algunos suministros para diabéticos, incluidos, entre otros los Medidores Continuos de Glucosa y los materiales que los acompañan, las Jeringas de Insulina y las Tiras Reactivas en virtud del beneficio de medicamentos con receta	38
G. Cuando usted compra Medicamentos con Receta Cubiertos en una farmacia que no tiene un contrato con Nosotros	38
H. Cuando Usted compra Medicamentos con Receta fuera de los Estados Unidos	38
I. Podemos divulgar información sobre su utilización de Medicamentos con Receta	38
J. Usamos cualquier descuento o reembolso para equilibrar las tarifas	39
Artículo 8. Sus Beneficios para la Atención Médica de Prevención o del Bienestar	39
Artículo 9. Sus Beneficios de Salud Mental	47
Artículo 10. Sus Beneficios de Trastornos por el Consumo de Sustancias Tóxicas	47
Artículo 11. Sus Beneficios de Cirugía Bucal	47
A. Esta Póliza solo cubre los siguientes servicios o procedimientos	47
B. Coordinación de esta Sección con Contratos Dentales	48

Artículo 12. Sus Beneficios de Trasplante de Órganos, Tejidos y Médula Ósea	48
A. Gastos de adquisición.....	48
B. Beneficios de Trasplante de Órganos, Tejidos y Médula Ósea	49
Artículo 13. Sus Beneficios de Atención del Embarazo	50
A. Servicios quirúrgicos y médicos.....	50
B. Servicios del centro	50
C. Beneficios	51
Artículo 14. Sus Beneficios de Rehabilitación y Habilitación	51
A. Terapia Ocupacional.....	52
B. Fisioterapia	52
C. Terapia de Patología del Habla y Lenguaje	52
D. Servicios Quiroprácticos	53
Artículo 15. Sus Beneficios para otros servicios, suministros o equipos cubiertos	53
A. Beneficios de servicio de ambulancia.....	53
B. Trastorno de Déficit de Atención o Hiperactividad.....	55
C. Trastornos del Espectro Autista, TEA (ASD, por sus siglas en inglés)	55
D. Servicios quirúrgicos para la reconstrucción del seno y atención de supervivencia a largo plazo para el cáncer del seno.....	55
E. Servicios para labio leporino y paladar hendido.....	56
F. Participación en ensayos clínicos.....	56
G. Beneficios de cobertura para la Diabetes	58
H. Consultas al dietista	59
I. Equipos y suministros médicos desechables.....	59
J. Equipo médico duradero, dispositivos ortésicos, aparatos y dispositivos protésicos.....	59
K. Beneficios de Terapia Genética e Inmunoterapia Celular	62
L. Beneficios de Audición	62
M. Imagen de diagnóstico de alta tecnología	63
N. Atención Médica a Domicilio.....	63
O. Cuidados de Hospicio	63
P. Gastos de Intérprete para personas sordas o con deficiencias auditivas	63
Q. Productos alimenticios bajos en proteína para el tratamiento de enfermedades metabólicas hereditarias	63
R. Beneficios de Linfedema.....	64
S. Procedimientos de Esterilización Permanente	64
T. Medicamentos con Receta.....	64
U. Servicios Privados de Enfermería.....	64
V. Estudios del sueño	64
W. Servicios de Telemedicina.....	64
Artículo 16. Administración de la atención médica.....	65
A. Autorización de admisiones, servicios y suministros; selección de proveedor y sanciones	65
B. Control de Enfermedades	68
C. Administración de Casos.....	69
D. Beneficios Alternativos.....	69

Artículo 17. ¿Cuándo no pagará el Plan? Limitaciones y exclusiones	70
A. Esta Póliza no cubre ciertos servicios, suministros o tratamientos.....	70
B. Nosotros podemos eliminar o revisar las limitaciones o exclusiones en esta Póliza.....	70
Artículo 18. ¿Qué más se aplica a su Plan? Disposiciones generales	80
A. Esta Póliza	80
B. Sección 1557 Procedimiento de Quejas Formales	81
C. Cambios de la Póliza.....	82
D. Sin responsabilidad por las acciones de los proveedores	82
E. Tarjetas de identificación.....	83
F. Fecha de vencimiento del pago de las primas.....	83
G. Cambios en la prima.....	83
H. Nuestro derecho a ofrecer incentivos a las primas.....	84
I. Su derecho a cancelar esta Póliza	84
J. Nuestro derecho de finalizar esta Póliza por falta de pago de primas	85
K. Nuestro derecho para rescindir la cobertura, cancelar o no renovar la Póliza por razones distintas a la falta de pago de la prima.....	85
L. Terminación de Su Cobertura.....	86
M. Presentación de Reclamaciones	86
N. Acciones legales.....	87
O. Divulgación de la información	87
P. Cesión.....	87
Q. Relación entre el Afiliado y el Proveedor.....	87
R. Legislación vigente y política de conformidad.....	88
S. Aviso.....	88
T. Hacer negocios con usted electrónicamente	88
U. Subrogación	88
V. Derecho de reembolso	89
W. Cobertura en un Departamento de Asuntos de Veteranos o en un hospital militar.....	89
X. Responsabilidad de los afiliados al Plan	89
Y. Servicios fuera del área	89
Artículo 19. ¿Cómo puede Usted presentar una Queja, Queja Formal o Apelación?	92
A. Procedimiento de Quejas, Quejas Formales y Reconsideraciones Informales	92
B. Proceso de Apelación Estándar	93
C. Apelaciones Aceleradas	95
Artículo 20. Cómo efectuar cambios en las Pólizas y presentar Reclamaciones	97

Artículo 1. ¿Cuáles son los fundamentos de su cobertura?

HMO Louisiana, Inc. ofrece esta Póliza de salud para Usted, el Suscriptor nombrado en el *Esquema de Beneficios*. A la Fecha de entrada en vigor o a la Fecha modificada de entrada en vigor como se muestra en el *Esquema de Beneficios*, Nosotros aceptamos proporcionar los Beneficios especificados en esta Póliza para Usted. Esta Póliza reemplaza a cualquier otra previamente emitida a Usted, a la Fecha modificada de entrada en vigor.

Esta Póliza describe Sus Beneficios, así como Sus derechos y responsabilidades bajo dicha cobertura. Le recomendamos que Usted lea cuidadosamente esta Póliza.

Llámenos si Usted tiene preguntas sobre Su cobertura o cualquier límite de la cobertura. Muchas de las secciones de esta Póliza están relacionadas con otras secciones; es posible que Usted no encuentre toda la información que necesita al leer una sola sección. Tenga en cuenta que Su Médico no tiene una copia de Su Póliza, y que él no es responsable de conocer o comunicarle a Usted Sus Beneficios.

Excepto en el caso de términos técnicos necesarios, Nosotros utilizamos palabras de uso común para describir los Beneficios provistos conforme a esta Póliza. «Nosotros» y «Nuestro» se refieren a HMO Louisiana, Inc. (HMOLA). «Usted» y «Su» se refieren al Suscriptor. Las palabras en mayúscula son términos definidos en el Artículo 2: *¿Qué Términos Usamos en esta Póliza?* Una palabra que se utiliza en el género masculino también se aplica al género femenino, salvo que se indique lo contrario.



Usted debe leer y comprender Su Póliza. Su médico no tiene una copia de este, y no sabría ni podría comunicarle qué Beneficios tiene Usted.

Información sobre esta Póliza médica a corto plazo

Datos Sobre esta Póliza Médica a Corto Plazo. Su cobertura es para un período de cobertura específico, como se muestra en el *Esquema de Beneficios*. Esta Póliza podría renovarse o extenderse a criterio exclusivo de la Compañía. No se garantiza que se renueve o prolongue.

Proveedores de la Red.

- Usted cuenta con una amplia red de Proveedores disponibles para Usted, la *Red de HMOLA*. Usted puede recibir atención de los Proveedores que no se encuentran en Su Red, pero los Beneficios se pagarán a un nivel más bajo.

Un *Proveedor fuera de la Red* es de dos tipos: *Participante* y *No-Participante*.

- Los *Proveedores Participantes* son aquellos Proveedores que han firmado contratos de Proveedor para participar en las redes de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana o de otro Plan de Blue Cross and Blue Shield.
- Los *Proveedores No-Participantes* son Proveedores que no tienen un contrato de Proveedor firmado para participar en la *Red HMOLA* u otra red de Blue Cross and Blue Shield.

Si Usted visita Proveedores en Su Red, Usted pagará menos por la atención recibida y sacará el máximo provecho de esta Póliza. Usted puede escoger qué Proveedores prestarán Su atención médica. Esta selección determinará la cantidad que pagaremos y la cantidad que Usted paga por los Servicios Cubiertos.

Por Ejemplo, Usted generalmente pagará un Copago a un Proveedor de la Red cuando reciba el servicio. Si un Copago se muestra en el *Esquema de Beneficios*, Usted debe pagar la cantidad de Copago al Proveedor de la Red cada vez que Usted reciba los Servicios Cubiertos listados. La mayoría de los Beneficios se encuentran sujetos a Su pago de un Deducible. Después del pago del Deducible, los Beneficios están sujetos a 2 niveles de Coaseguro (por ejemplo, 80/20, 60/40). Su elección de Proveedor determina qué nivel de Coaseguro se aplica al servicio proporcionado. Puede salirse de la Red y obtener atención de los Proveedores que no se encuentran dentro de la *Red HMOLA*. Usted generalmente pagará un Deducible y un Coaseguro cuando recibe atención de Proveedores que se encuentran fuera de la Red. Nosotros pagaremos el nivel de Coaseguro más alto por servicios Médicamente Necesarios cuando visite a un Proveedor en la *Red HMOLA*. Nosotros pagaremos el nivel de Coaseguro más bajo cuando Usted reciba servicios Médicamente Necesarios de un Proveedor que no se encuentra en la *Red HMOLA*. Las Cantidades de Deducibles y los porcentajes de Coaseguro se encuentran establecidos en el *Esquema de Beneficios*.

Este es un plan de acceso directo. Usted puede visitar Especialistas en la *Red HMOLA* sin tener que comunicarse con un Médico de Atención Primaria o recibir un referido de su Médico de Atención Primaria.

Esta póliza provee Beneficios cuando Usted viaja. Si Usted no puede visitar un Proveedor de la *Red HMOLA*, trate de visitar un Proveedor en la red de Blue Cross. Esto le permitirá recibir el máximo beneficio bajo su póliza. Cuando usted viaje fuera del Estado de Luisiana y necesite localizar un Proveedor, llame al número de teléfono de BlueCard® que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación.

Nuestra Red de Proveedores HMOLA

Usted elige qué Proveedores le proporcionará la atención médica. Esta selección determinará la cantidad que pagaremos y la cantidad que Usted paga por los Servicios Cubiertos.

HMO Louisiana, Inc. ha creado una Red de Proveedores que consiste en un grupo selecto de Médicos, Hospitales y otros Proveedores Asociados que han firmado un contrato con Nosotros para participar como Proveedores de la *Red HMOLA* y para brindar Servicios Cubiertos a Nuestros Miembros. Nos referimos a estos Proveedores como *Proveedores HMOLA* o *Proveedores de la Red*. Los Beneficios de Cirugía Bucal también se encuentran disponibles cuando los proporcionan los Proveedores en la Red dental de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana.

Utilizamos el término *Beneficios de la Red* para significar el más alto nivel de Beneficios pagaderos en virtud de este Póliza cuando Usted utilice Proveedores de la *Red HMOLA*. Utilizamos el término *Beneficios Fuera de la Red* para significar un menor nivel de Beneficio si Usted decide recibir atención fuera de la Red HMOLA. Para recibir Beneficios de la Red, siempre debe verificar que el Proveedor sea un Proveedor actual de la *Red HMOLA*. Usted puede revisar el directorio de Proveedores actual en papel disponible en línea en es.bcbsla.com, o comunicarse con atención al cliente al número que aparece en Su tarjeta de identificación. Nuestra Red puede ser más extensa en algunas zonas que en otras. No podemos garantizar la disponibilidad de cada especialidad en todas las áreas.

Excepto en el caso de términos técnicos necesarios, Nosotros utilizamos palabras de uso común para describir los Beneficios provistos conforme a esta Póliza. Siempre debe consultar Su directorio de Proveedores para verificar que los servicios estén en la *Red HMOLA* en el lugar donde Usted busque recibir la atención.

Además, los Proveedores de la *Red HMOLA* pueden estar contratados para llevar a cabo ciertos Servicios Cubiertos, pero no pueden ser contratados en la *Red HMOLA* para realizar otros Servicios Cubiertos. Cuando un Proveedor de la *Red HMOLA* brinda servicios para los cuales el Proveedor de la Red no tiene contratados con Nosotros (tales como Imágenes de Alta Tecnología o procedimientos de radiología), las Reclamaciones por esos servicios se adjudicarán al nivel de Beneficios que no Pertencen a la Red. Consulte el directorio de Proveedores para verificar que los servicios estén dentro de la Red cuando son realizados por el Proveedor o en la ubicación del Proveedor.

Pagamos un menor nivel de Beneficios cuando Usted utiliza un Proveedor fuera de la *Red HMOLA*. Los Beneficios también pueden basarse en un Cargo Permitido menor y pueden aplicarse sanciones. Usualmente pagará Deducible y Coaseguro en vez de un Copago. Recibir atención de un Proveedor Fuera de la Red resultará en costos de Desembolsos más altos para Usted. Le recomendamos que consulte al Médico o profesional de la salud que No Pertenece a la Red acerca de sus cargos facturados antes de recibir la atención médica. Revise *el Ejemplo Ilustrativo de Sus Costos Cuando Acude a un Hospital No Participante* antes de obtener atención fuera de la Red. Los servicios de Emergencia realizados en la Sala de Emergencias de un Hospital, incluso cuando el Hospital no pertenece a Su Red, serán pagados al nivel de Beneficios de la Red.

Recibir atención fuera de Luisiana y alrededor del mundo

Usted tiene acceso a atención de Emergencia y atención que No es de Emergencia fuera de Luisiana y alrededor del mundo. Su tarjeta de identificación ofrece acceso conveniente a los Servicios Cubiertos a través de los Proveedores de Blue Cross and Blue Shield en todo el territorio de los Estados Unidos y en más de 200 países en todo el mundo.

En los Estados Unidos:

- **Emergencias:** Usted recibe Beneficios de la Red cuando los Servicios Médicos de Emergencia cubiertos se proporcionan en el departamento de Emergencia de un Hospital, independientemente del Proveedor.
- **No Emergencias:** Usted recibe Beneficios que No Pertenece a la Red cuando los Servicios Cubiertos que no son de Emergencia son proporcionados fuera de Su Área de Servicio. Debido a que no existe un Área de Servicio de la Red HMO, Louisiana, Inc. fuera de Luisiana, los Servicios Cubiertos proporcionados fuera de Luisiana se pagan al nivel de Beneficios que No Pertenece a la Red. Si Usted obtiene estos servicios de un Proveedor de BlueCard®, puede que solamente tenga que pagar Su importe 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:** Usted recibe Beneficios de la Red cuando los Servicios Médicos de Emergencia cubiertos se proporcionan en el departamento de Emergencia de un Hospital, independientemente del Proveedor.
- **No Emergencias:** Usted recibe Beneficios que No Pertenece a la Red cuando los Servicios Cubiertos que no son de Emergencia son proporcionados fuera de Su Área de Servicio. Debido a que no existe un Área de Servicio de la Red 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 Usted obtiene estos servicios de un Proveedor Blue Cross Blue Shield Global® Core, puede que solamente tenga que pagar Su importe de la Red ya que los Proveedores de Blue Cross Blue Shield Global® Core por lo general aceptan el Cargo Permitido como pago total por el servicio.

Cómo recibir atención médica fuera del área de servicio

- En caso de Emergencia, diríjase directamente al Hospital más cercano.
- Llame a BlueCard® Access al 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583) para obtener información sobre los médicos y Hospitales BlueCard® Nationwide 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).
- Utilice un Proveedor BlueCard® Nationwide o Proveedor Blue Cross Blue Shield Global® Core.
- Presente Su tarjeta de identificación al médico u Hospital para que verifiquen su cobertura y presenten las Reclamaciones por Usted.

- Usted debe obtener toda Autorización requerida por parte de HMO Louisiana, Inc.

Selección y Uso de un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés)

Este plan de acceso directo le permite recibir atención de un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o de un Médico Especialista. Para recibir atención directamente de un Especialista de la *Red HMOLA* no se requiere un referido del PCP.

Usted paga el Copago Médico más bajo cuando visita a su PCP. Los PCP son médicos de familia, médicos generales, internistas, geriatras o pediatras. Los PCP coordinarán las necesidades de atención médica desde la Consulta hasta la hospitalización, lo dirigirán 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). Los Proveedores QBPC incluyen médicos de familia, médicos generales, internistas, enfermeros especializados y asistentes médicos.

Si un Proveedor le dirige a Usted a otro Proveedor, Usted debe asegurarse de que el nuevo Proveedor se encuentre en la *Red HMOLA* antes de recibir la atención. Si el nuevo Proveedor no se encuentra dentro de la *Red HMOLA*, los Beneficios se procesarán al nivel de Beneficio que no Pertenece a la Red y al Cargo Permitido que se aplique a ese Proveedor.

Autorizaciones

Algunos servicios y suministros requieren Nuestra Autorización antes de que se obtengan los servicios. 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 Usted reciba los servicios médicos solicitados. Cuando Autorizamos un servicio por Necesidad Médica, no estamos haciendo determinaciones en cuanto a Su elección de Proveedor ni el nivel de Beneficios que se aplicará a una Reclamación.

Los Proveedores de la Red deben obtener las Autorizaciones necesarias en representación Suya. Cuando un Proveedor de la Red no obtiene una Autorización requerida, aplicaremos una sanción al Proveedor de la Red, y no a Usted, como se describe en el *Esquema de Beneficios*. Usted sigue siendo responsable únicamente del Copago, Deducible o Coaseguro aplicables mencionados en el *Esquema de Beneficios*.

Cuando emitimos una Autorización, pero Usted recibe el servicio de un Proveedor que No Pertenece a la Red HMOLA (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. Usted debe recibir atención de un Proveedor de la Red de Proveedores HMOLA para recibir el nivel más alto de Beneficios disponible bajo esta Póliza.

No se realizarán pagos por Beneficios o evaluaciones de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Médula Ósea, a menos que Nosotros Autoricemos estos servicios. Estos servicios deben ser proporcionados por un Centro de Trasplantes Blue Distinction (BDCT, por sus siglas en inglés) para el órgano o trasplante específico o un centro de trasplante de Nuestra Red de Proveedores HMOLA, a menos que aprobemos otra alternativa por escrito. Para encontrar un centro de trasplante autorizado, contacte al número de atención al cliente que figura en Su tarjeta de identificación.

Cómo determinamos lo que pagamos por los Servicios Cubiertos

Cuando Usted Recibe Atención de Proveedores de la Red

Los Proveedores de la Red son Proveedores que han firmado contratos de Proveedor con Nosotros para participar en la Red de Proveedores de HMO Louisiana, Inc. Estos Proveedores han acordado aceptar el menor de los cargos facturados o un importe negociado como pago total de los Servicios Cubiertos. Esta cantidad es el Cargo Permitido del Proveedor HMOLA. Utilizamos esta cantidad para determinar Nuestro pago por Sus Servicios Cubiertos. Usted recibirá Beneficios de la Red y pagará las cantidades que se muestran en la columna de la *Red* en Su **Esquema de Beneficios** para estos servicios si Usted visita estos Proveedores de la Red de HMOLA.

Cuando Usted recibe atención de un Proveedor Participante

Los Proveedores Participantes no han firmado contratos de Proveedor con HMO, Louisiana, Inc., pero han firmado contratos con Nuestra Compañía, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana u otro plan de Blue Cross and Blue Shield para participar en sus redes de Proveedores. Estos Proveedores han acordado aceptar el menor de los cargos facturados o un importe negociado como pago total de los Servicios Cubiertos. Utilizamos esta cantidad para determinar qué pagar por Sus Servicios Cubiertos cuando Usted visita un Proveedor Participante. Si Usted recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, recibirá un nivel de Beneficios inferior al que tendría si hubiera visitado un Proveedor de la Red, pero Usted no tendrá que pagar la diferencia entre el Cargo Permitido y el cargo que facturó el Proveedor. Usted pagará por estos servicios las cantidades que se muestran en la columna *No Pertenece a la Red* en Su **Esquema de Beneficios**.

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, Usted debe seguir los procedimientos de Apelación establecidos en este Contrato.

Cuando Usted recibe atención de un Proveedor No-Participante

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato de Proveedor firmado con la Red HMOLA, con 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 el menor de lo indicado a continuación:

- (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.

Usted podría pagar costos elevados cuando visita a 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 HMOLA y los Proveedores Participantes eximen la diferencia entre el cargo facturado real para los Servicios Cubiertos y el Cargo Permitido, mientras que los Proveedores No Participantes no lo harán.

Usted tiene derecho de presentarnos una Apelación para considerar un nivel más alto de Beneficios si Usted recibió Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante que fue el único Proveedor disponible para proporcionar el Servicio Cubierto dentro de un radio de setenta y cinco (75) millas de Su domicilio. Para presentar una Apelación, siga los procedimientos de Apelación establecidos en esta Póliza.

Ejemplo Ilustrativo de Sus Costos Cuando Recibe Atención de un Hospital No Participante

Aviso: El siguiente ejemplo es solo para fines ilustrativos y es posible que no refleje Sus cantidades reales de Copagos, Deducibles y Coaseguros. Consulte el *Esquema de Beneficios* para determinar Sus Beneficios reales.

Ejemplo: Usted tiene esta Póliza Médica de Corto Plazo con un Copago Hospitalario de \$150. Los Beneficios Fuera de la Red son 60 % - 40 % de Coaseguro con un Deducible. Suponga que Usted va al Hospital, ya ha alcanzado su Deducible y ha obtenido la Autorización necesaria antes de recibir el servicio que no es de Emergencia. El cargo facturado por parte del proveedor en concepto de servicios cubiertos es de \$12,000.

Por este servicio, Nosotros negociamos un Cargo Permitido de \$2,500 con los Proveedores de la Red HMOLA. El Cargo Permitido para Proveedores Participantes es de \$3,000. Debido a que no tenemos una tarifa negociada con el Hospital No Participante, Usted debe pagar la parte de la factura que no pagamos, hasta el cargo facturado por el Proveedor.

A continuación se indica cuánto Usted pagaría si fuera a tres Hospitales diferentes por el mismo servicio.

Si Usted recibe Servicios Cubiertos de:

	Un Hospital Proveedor HMOLA	Un Hospital Proveedor Participante	Un Hospital Proveedor No Participante
	Red	Fuera de la red	Fuera de la red
Factura del Hospital:	\$12,000	\$12,000	\$12,000
Cargo Permitido:	\$2,500	\$3,000	\$2,500
Nosotros pagamos	\$2,500 de Cargo Permitido X <u>80 % Coaseguro</u> \$2,000	\$3,000 de Cargo Permitido X <u>60 % Coaseguro</u> \$1,800	\$2,500 de Cargo Permitido X <u>60 % Coaseguro</u> \$1,500
Usted	20 % de coaseguro x <u>\$2,500 Cargo Permitido</u> \$500	40 % de coaseguro x <u>\$3,000 Cargo Permitido</u> \$1,200	40 % de coaseguro X <u>\$2,500 Cargo Permitido</u> \$1,000
¿El Miembro recibe una factura del hospital?	NO	NO	SÍ por \$9,500
Total que Usted paga	\$500	\$1,200	\$10,500 Factura del Hospital 12,000 Cantidad que pagamos – 1,500 Él debe pagar \$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 Nosotros pagamos a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia como base de nuestro pago por Sus Medicamentos con receta cubiertos y el importe que Usted 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 Usted presente una reclamación 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.

Para obtener la información de contacto de las «Farmacias Participantes», Usted 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 por trastorno por consumo de sustancias tóxicas

Contratamos a una compañía externa para brindar ciertos servicios administrativos relacionados con los servicios de Salud Mental y trastorno por consumo de sustancias tóxicas para Nuestros Afiliados. Para obtener ayuda con estos Beneficios, consulte Su *Esquema de Beneficios*, su tarjeta de identificación o llame al servicio de atención al cliente.



SUS INCENTIVOS Y SERVICIOS DE VALOR AÑADIDO

A veces, puede que le ofrezcamos cupones, descuentos e incentivos para inscribirse en programas, tales como programas de farmacia, programas de control de enfermedades y programas y actividades de bienestar. Podemos ofrecerle descuentos o incentivos monetarios para utilizar ciertos Proveedores para determinados Servicios Cubiertos. También podríamos ofrecerle la oportunidad de inscribirse en programas que estén relacionados o no a la salud, como servicios de valor añadido, para mejorar Su experiencia con Nosotros o con Sus Proveedores. Estos incentivos y servicios de valor añadido no son Beneficios y no alteran ni afectan Sus Beneficios. Estos pueden ser ofrecidos por Nosotros, compañías afiliadas y determinados proveedores. Usted siempre tiene 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.

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

Nosotros le ofrecemos a Usted una amplia variedad de herramientas y recursos para la administración de la salud y el bienestar. Usted puede utilizar 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. También tiene acceso a un completo programa de bienestar que incluye una evaluación personal de la salud y un informe de salud personalizado para evaluar los riesgos de salud a partir de su historial y sus hábitos. También habrá descuentos exclusivos para Usted 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 Electrónico del Servicio de Atención al Cliente

HMO Louisiana, Inc. ha combinado Nuestros correos electrónicos del servicio de atención al cliente en una sola dirección que es fácil de recordar: help@bcbsla.com. Los clientes que necesiten ponerse en contacto con nosotros,

tienen las siguientes diferentes opciones: por Internet, por teléfono, fax, correo electrónico, correo postal y oficinas de atención al cliente. Sólo tiene que visitar es.bcbsla.com y hacer clic en *¿Necesita ayuda? para acceder a nuestro centro de ayuda, que incluye la información de contacto de nuestro servicio de atención al cliente.*

Servicios de Protección de Identidad

HMO Louisiana, Inc. está comprometida a proteger Su identidad. Esto incluye la protección y la seguridad de Su información. Para apoyar Nuestros esfuerzos, ofrecemos servicios opcionales de Protección de Identidad. Si Usted elige los Servicios de Protección de Identidad, estos incluirán lo siguiente:

- supervisión del crédito que vigila la actividad que puede afectar el crédito;
- detección de fraude que identifica el uso potencialmente fraudulento de identidad o crédito; y
- apoyo en la resolución de fraude que le ayuda a enfrentar problemas que surgen asociados con la vigilancia del crédito y la detección de fraude.

Usted deja de tener derecho a estos servicios si la cobertura de salud finaliza durante el año 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 Su tarjeta de identificación (ID).

Artículo 2. Qué términos usamos en esta Póliza

Administración de Casos: Un método para brindarle al paciente 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 de los pacientes para asegurar resultados de salud óptimos. Los profesionales médicos proporcionan estos servicios y se enfocan en enfermedades inusualmente complejas, difíciles o catastróficas. Nosotros elegimos cuándo ofrecerle la Administración de Casos. Al trabajar con Sus Médicos y al estar sujeto a Su consentimiento o el de Su familia o cuidador, Nuestro personal de 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 de atención a los Pacientes Hospitalizados desde el ingreso (Admisión) a un Hospital o Centro de Enfermería Especializada o Unidad hasta que es dado de alta. Contamos la fecha de ingreso y la fecha del alta como 1 día.

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

Admisión Electiva: Cualquier Admisión Hospitalaria, — ya sea para atención médica o quirúrgica— en la que una demora razonable no afectará desfavorablemente el resultado del tratamiento.

Afección Aguda Grave: Una enfermedad o afección que requiere atención continua compleja que el Miembro está recibiendo actualmente, como quimioterapia, radioterapia o visitas posoperatorias.

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:

- Poner en grave riesgo la salud de la persona, o en caso de la mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido;
- Producir una discapacidad grave en el funcionamiento del organismo; o
- Producir una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Afiliado: Vea Suscriptor.

Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés): El diseño, la implementación 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.

Apelación: Una solicitud por escrito de Usted o Su representante autorizado para modificar una Determinación Adversa que Nosotros hayamos realizado.

Apelación Acelerada: Una solicitud de revisión interna inmediata de una Determinación Adversa de Beneficios, la cual involucra cualquiera de las siguientes situaciones:

- A. Una afección médica para la cual el tiempo que conlleva realizar una Apelación estándar pondría gravemente en riesgo Su vida o Su salud o pondría en riesgo Su capacidad del recuperar el máximo funcionamiento.
- B. Según la opinión del médico que le atiende, Usted podría sentir dolor que no pueda controlarse adecuadamente mientras espera una decisión sobre una Apelación Medica estándar.
- C. una Admisión, la disponibilidad de atención médica, la continuación de la estancia en el hospital, o el servicio de atención médica para Usted 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 Nuestra Determinación Adversa de Beneficios inicial para un servicio o tratamiento. Este tipo de apelación implica cualquiera de los siguientes:

- Una afección médica para la que el tiempo que lleva realizar una Apelación Externa estándar pondría seriamente en riesgo Su vida o Su salud o Su capacidad para recuperar el funcionamiento máximo, o la decisión de no Autorizar la continuación de los servicios mientras Usted se encuentra actualmente en la sala de Emergencias, en observación, o que reciben atención para Pacientes Hospitalizados.
- 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 Su salud, 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) de cambiar Nuestra Determinación Adversa de Beneficios inicial o para cambiar una Determinación Adversa de Beneficios final dictada en Apelación. Usted o sus representantes autorizados pueden solicitar una Apelación Externa que implique la Necesidad Médica, idoneidad de la atención, entorno de la atención médica, nivel de atención, eficacia, tratamiento experimental o en Investigación o una Rescisión de Cobertura.

Área de Servicio: Aquellas parroquias de Luisiana que se muestran en el *Directorio de Proveedores HMO Louisiana, Inc.* El directorio enumera todos Médicos, Hospitales y Proveedores Asociados de la Red HMO Louisiana, Inc. 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 alguien que no es médicamente capacitado, o que son diseñados principalmente para ayudar a los pacientes con actividades de la vida diaria. Estas actividades incluyen:

- Proporcionar cuidados personales, tareas domésticas, traslado del paciente;
- Actuar como acompañante o niñoero;
- Supervisar la medicación que normalmente se puede suministrar uno mismo;
- Tratar o proporcionar servicios que cualquier persona pueda realizar con instrucción mínima, o

- Proporcionar tratamiento a largo plazo por la condición de un paciente por la que no se espera que mejore o se recupere.

Nosotros determinamos qué servicios se consideran como *Asistencia de un Cuidador*.

Atención Concurrente: Atención médica y quirúrgica hospitalaria para Pacientes Hospitalizados que brinda un Médico que no es el Médico del médico que le atiende:

- para una afección no relacionada con el diagnóstico principal, o
- 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 Rehabilitación: Servicios de atención médica y dispositivos 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 de Patología del Lenguaje, rehabilitación cardíaca, rehabilitación pulmonar y otros servicios para personas con discapacidades 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 como una agencia de Atención Médica a Domicilio, otorgada por la agencia estatal adecuada y aprobada por Nosotros. Por instrucción escrita de un Médico licenciado, estas organizaciones principalmente proveen servicios de enfermería especializada por o bajo la supervisión de un Enfermero Registrado (R.N.) con licencia para ejercer en el estado.

Atención Médica de Prevención o del Bienestar: Los servicios diseñados con el fin de prevenir o detectar efectivamente una enfermedad para la que hay un tratamiento efectivo cuando se detecta en una etapa inicial.

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 y Tratamiento Dental: Todos los procedimientos, tratamientos y Cirugías considerados dentro del alcance de la práctica odontológica. *Odontología* es una práctica en la que una persona:

- Se presenta a sí mismo como capaz de diagnosticar, tratar, corregir, operar o recetar en casos de cualquier enfermedad, dolor, lesión, deficiencia, malformación o condición física de los dientes humanos, proceso alveolar, encías, mandíbulas o partes asociadas, y ofrece o procede a través de ciertos medios con el diagnóstico, tratamiento, corrección, operación o emisión de recetas para tratar cualquier enfermedad, dolor, lesión, deficiencia, malformación o afección física de estos;
- Toma impresiones de los dientes humanos o mandíbulas o realiza cualquier fase de un evento quirúrgico hasta el reemplazo de un diente o parte de este o de tejidos asociados por medio de empastes, coronas, dentaduras postizas u otros elementos; o

- 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.

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 incluyen resfrío y gripe, esguinces, dolores estomacales y náuseas. Si Usted requiere atención médica que no sea de Emergencia o Atención de Urgencia después del horario habitual de consulta de su Médico, puede recibir la Atención de Urgencia a través de un Centro de Atención de Urgencias que se encuentre en Nuestra Red.

Autorización (Autorizado): En base a la información proporcionada, Nuestra decisión de que una Admisión, Hospitalización continuada u otro servicio de atención médica o suministro, es Médicamente Necesario, en un entorno de atención médica apropiado, o en un nivel necesario de atención y eficacia. Una Autorización no es una garantía de pago. Además, una Autorización no determina Su elección de Proveedor.

Beneficiario: Una persona designada por Usted o por los términos de esta Póliza que puede tener derecho a un Beneficio.

Beneficios: La Cobertura para los servicios de atención médica, tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos, artículos o suministros proporcionados bajo este Contrato. 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 esta Póliza, pero que pueden ser proporcionados mediante un acuerdo a través de Administración de Casos.

Beneficios de la Red: Beneficios por la atención que recibe de un Proveedor de la Red. También nos referimos a Beneficios de la Red como *Dentro de la Red*.

Beneficios que No Pertenecen a la Red: Beneficios para la atención que Usted recibe de Proveedores que No Pertenecen a la Red. También nos referimos a Beneficios que No Pertenecen a la Red como *Fuera de la Red*.

Cantidades de Deducible:

- **Cantidad de Deducible por Periodo de Beneficios:** La cantidad que Usted debe pagar por los Servicios Cubiertos en el Periodo de Beneficios que aplique antes de que Nosotros paguemos por Beneficios. Usted paga Deducibles separados por Periodo de Beneficios para las categorías que Pertenecen y que No Pertenecen a la Red. Consulte el **Esquema de Beneficios** para la cantidad específica del Deducible por Periodo de Beneficios. Se puede aplicar una Cantidad de Deducible diferente para ciertos Servicios Cubiertos si así aparece en el Esquema de Beneficios.
- **Cantidad de Deducible para la Atención del Embarazo:** Cuánto debe pagar en el Período de Beneficios correspondiente por los Servicios Cubiertos de Atención del Embarazo antes de que comencemos a pagar los Beneficios por Atención del Embarazo. Consulte el **Esquema de Beneficios** para la cantidad específica del Deducible de Atención del Embarazo. La Cantidad de Deducible para la Atención del Embarazo no se acumula en el Deducible del Período de Beneficios. Una vez que se alcanza el Deducible de Atención del Embarazo, el Coaseguro se aplica hasta que se cumpla la Cantidad de Desembolso indicada en el **Esquema de Beneficios**.
- **Cantidad de Deducible de Medicamentos con Receta:** La cantidad que Usted debe pagar en el Período de Beneficios correspondiente antes de pagar un Copago por Medicamento con Receta o un porcentaje de Coaseguro. La Cantidad de Deducible de Medicamentos con Receta es independiente a la Cantidad de Deducible del Periodo de Beneficios y a la Cantidad de Deducible de Atención del Embarazo. Consulte el **Esquema de Beneficios** para la cantidad específica del Deducible por Medicamentos con Receta.

Cantidad de Desembolso: La cantidad máxima de gastos no reembolsables que Usted debe pagar por los Servicios Cubiertos en 1 Período de Beneficios. Para la cantidad específica, consulte el **Esquema de Beneficios**.

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.

Cargo Permitido:

- A. Para los Proveedores de la red: La cantidad más baja de entre los cargos facturados y el importe que Nosotros establecemos o negociamos como la cantidad máxima permitida para los servicios de estos Proveedores que son cubiertos conforme a esta Póliza.
- 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 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.

Centro de Atención de Urgencia: Una clínica con horarios extendidos que proporciona Atención de Urgencia y atención de Emergencia de casos menores. Los Centros de Atención de Urgencia no proporcionan atención de seguimiento de rutina, ni exámenes de bienestar y refiere a los pacientes a sus Médicos regulares. No es necesario que los pacientes obtengan citas programadas para los Centros de Atención de Urgencia.

Centro Quirúrgico Ambulatorio: Un Proveedor de Centro de Salud Asociado que se encuentra establecido con personal médico organizado. Este tipo de centro tiene instalaciones permanentes que están equipadas y realizan principalmente procedimientos quirúrgicos. Un centro dispone de servicios continuos de Médicos y profesionales de enfermería registrados siempre que los pacientes se encuentren en la instalación, no proporciona servicios u otras adaptaciones para la estadía de pacientes durante la noche, y ofrecen los siguientes servicios siempre que los pacientes estén en el centro;

- Los servicios de anestesia según sean necesarios para las operaciones médicas y procedimientos realizados;
- Disposiciones para el bienestar del físico y emocional de los pacientes;
- Disposición para Servicios Médicos de Emergencia;
- Estructura administrativa organizada; y
- Registros administrativos, estadísticos e historiales médicos.

Centro de Salud en un Centro Comercial: Una clínica de salud 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 o una unidad dentro de un Hospital (salvo que Nosotros hayamos aprobado el servicio de enfermería especializada en el hogar para ancianos o la unidad dentro de un Hospital). El centro proporciona lo siguiente:

- 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 o unidad;
- Supervisión a tiempo completo por parte de al menos un Médico o enfermero registrado.

- Servicio de enfermería las 24 horas por parte de enfermeros registrados o enfermeros especializados con licencia; y
- Planes de revisión de utilización para todos los pacientes.

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 es una Cirugía Estética si recupera la función corporal o corrige la malformación para restaurar la función de una parte del cuerpo alterada por una Lesión Accidental, enfermedad o trastorno o una Operación cubierta.

Coaseguro: La cantidad compartida por los servicios que esta Póliza cubre. Este importe se calcula como un porcentaje que pagamos Nosotros y un porcentaje que paga Usted. (Por ejemplo, Nosotros pagamos el 80 % por un servicio y Usted paga el 20 %). Una vez que Usted haya pagado cualquier Deducible, Nosotros aplicaremos Su porcentaje a los Cargos Permitidos para determinar cuánto le corresponde pagar. Aplicaremos Nuestro porcentaje a los Cargos Permitidos para determinar Su Beneficio.

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 Usted alcance cualquier Deducible de Medicamentos con Receta aplicable, Su porcentaje se aplicará a los Cargos Permitidos por los Servicios Cubiertos para determinar Su responsabilidad financiera. 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 para Portabilidad de HIPAA: Cobertura anterior en un plan médico Individual o Grupal que incluye, entre otros, Medicare, Medicaid, planes gubernamentales, planes de iglesias, ley COBRA, planes militares o programa de seguro médico estatal para niños (p. ej., LaCHIP). La *Cobertura Acreditada* no incluye lo siguiente:

- Pólizas Médicas a Corto Plazo
- Pólizas para enfermedades específicas (p.ej. Pólizas para el cáncer),
- Cobertura complementaria (p.ej. Complemento de Medicare),
- Beneficios limitados (p. ej., solo accidentes, seguro por discapacidad, seguro de responsabilidad, indemnización a trabajadores, seguro de automóvil para gastos médicos, seguro de crédito solamente) o
- 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).

Compañía: HMO Louisiana, Inc. Puede que usemos palabras comunes para describir los Beneficios proporcionados bajo esta Póliza. *Nosotros y Nuestro* significan 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 : Opinión o recomendación de otro Médico sobre Su evaluación o tratamiento, y que se proporciona a petición del Médico que le atiende. Las consultas no incluyen lo siguiente:

- Aquellas requeridas por las reglas o normativas de Hospitales;
- Consultas sobre anestesia,

- Consultas de rutina para la autorización de Operaciones, o
- Consultas entre colegas que intercambian opiniones médicas como cortesía y normalmente sin cargo.

Copago: La cantidad específica que Usted debe pagar cuando recibe los Servicios cubiertos. Para conocer esa cantidad consulte el *Esquema de Beneficios*. Puede que Su Proveedor de la Red le cobre el Copago directamente a Usted.

Copago por Medicamento con Receta: La cantidad que Usted debe pagar por cada receta en una Farmacia Participante cuando Usted surte una receta. Es posible que tenga que pagar un Copago diferente por los diferentes niveles de medicamentos cuando Usted compre medicamentos en una farmacia o a través del correo.

Cuidados de Hospicio: Provisión de una serie integrada de servicios y suministros diseñados para proporcionar cuidados paliativos y de apoyo para satisfacer Sus necesidades específicas y las de Su familia durante las etapas finales de enfermedades terminales. Un Médico dirige un equipo interdisciplinario que coordina de forma centralizada el alcance total de los servicios de salud. Una agencia de Cuidados de Hospicio que Nosotros aprobemos, proporciona los servicios y suministros.

Determinación Adversa de Beneficios: la denegación total o parcial de un Beneficio en base a:

- La Necesidad Médica, idoneidad, entorno de la atención médica, nivel de atención, eficacia o tratamiento que se considera experimental o en investigación;
- Su derecho a recibir cobertura según la Póliza;
- Cualquier determinación de revisión prospectiva o retrospectiva; o
- Una Rescisión de Cobertura.

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. Las prótesis de extremidades son extremidades artificiales que no se implantan quirúrgicamente y que son diseñadas para maximizar el funcionamiento, la estabilidad y la seguridad del paciente y que se utilizan para el reemplazo de 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*.

En Investigación: Un tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o producto biológico se encuentra «en Investigación» si la efectividad no se ha evaluado con claridad y si no se ha incorporado en la práctica médica estándar. Cualquier determinación que Nosotros tomemos respecto de si un tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo, o producto biológico se encuentra En Investigación consideraremos lo siguiente:

- 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
- Si el tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o producto biológico requiere estudios adicionales o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad, efectividad o eficiencia en comparación con los medios estándares 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:

- 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;
- Evidencia científica confiable publicada en literatura médica revisadas por colegas generalmente reconocidas por la comunidad médica correspondiente; o
- 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 que se utilizan para un propósito terapéutico específico en el tratamiento de una enfermedad o lesión. Pueden soportar el uso reiterado; generalmente no son útiles para una persona que no está enferma o lesionada y son adecuados para el uso en el domicilio del paciente.

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

Farmacia de la Red: Farmacias que tiene un contrato 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 ellos le despachan a Usted. Farmacias de la Red también puede definirse como Farmacias Participantes.

Fecha de entrada en vigor: La fecha en que comienza Su cobertura bajo esta Póliza. Los Beneficios comenzarán a las 12:01 AM en esta fecha. Consulte el *Esquema de Requisitos*.

Fecha de Expiración: La fecha en que finaliza esta póliza, a menos que se renueve o extienda.

Fecha de la Póliza: La fecha a partir de la cual Nosotros le emitimos a Usted esta Póliza.

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

Formulario de Medicamentos con Receta: Una lista de Medicamentos con Receta específicos que esta Póliza cubre.

Hospital: Una institución que la agencia estatal apropiada licencia como un Hospital médico quirúrgico general. *Hospital* también puede referirse a una institución que principalmente proporciona atención psiquiátrica, para dependencia química, de rehabilitación, de enfermería especializada, a largo plazo, intermedia u otra atención especializada.

Infertilidad: La incapacidad de una pareja para concebir después de un (1) 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 (allogénicos), después de un régimen preparativo de linfodepleción.

Lesión Accidental: Una condición que resulta directamente de una lesión corporal traumática sufrida sólo por medios accidentales de una fuerza externa. Lesiones causadas por masticar no son lesiones accidentales a los dientes.

Límite de la Póliza: La cantidad máxima de los Cargos Permitidos que debe pagar la Compañía por las reclamaciones cubiertas incurridas durante el Plazo de la Póliza, como se muestra en el **Esquema de Beneficios**.

Madre Medicamente 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.

Medicamento Necesario (o Necesidad Médica) : Servicios de atención médica, tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos, elementos 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:

- Cumplen con los estándares de práctica médica aceptados a nivel nacional;
- Son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, alcance, nivel de atención, lugar y duración, y son considerados efectivos para la enfermedad, la lesión o la afección del paciente; y
- 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 sus secuencias subsiguientes, y posiblemente produzcan resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes como los diagnósticos o tratamientos de la enfermedad, lesión o afección 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 Especializados: Los productos Farmacéuticos Especializados típicamente tienen un alto costo y tienen una o más de las siguientes características:

- Se necesita un adiestramiento especializado del paciente sobre la administración del medicamento (incluidos los suministros y dispositivos necesarios para la administración);
- Se requiere la coordinación de la atención antes de iniciar la terapia con medicamentos o durante la terapia;
- Requisitos únicos de control del cumplimiento y seguridad por parte del paciente;
- Requisitos únicos para el manejo, transporte y almacenamiento del medicamento; y
- 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.

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. Clasificamos a un Medicamento con Receta como Medicamento Genérico sobre la base de una fuente de precios reconocida a nivel nacional. Los fabricantes o las farmacias no los clasifican para Nosotros. Es posible que Nosotros no clasifiquemos como Medicamentos Genéricos los mismos medicamentos que el fabricante o la farmacia identifica como Genéricos.

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 Medicamentos con Receta como Medicamentos de Marca sobre la base de una fuente de precios reconocida a nivel nacional. Es posible que Nosotros no clasifiquemos los mismos medicamentos como Medicamentos de Marca que el fabricante o la farmacia identifica como tal.

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, sujeto a *¿Cuándo no pagará el Plan? Limitaciones y Exclusiones. Limitaciones y Exclusiones.*

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 pérdida ósea.

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

Médico de Atención Primaria (PCP): 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.

Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) : Una Organización de Revisión Independiente que lleva a cabo revisiones externas de Nuestras Determinaciones Adversas finales. La IRO no está afiliada con Nosotros y su decisión es vinculante tanto para Usted como para Nosotros.

Operación:

- 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.
- La corrección de fracturas y dislocaciones.
- La Atención del Embarazo como parto natural y cesáreas.
- Atención preoperatoria y posoperatoria habitual y relacionada.
- Otros procedimientos que Nosotros definimos y aprobamos.

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 Afiliado que recibe servicios o suministros y que no es un Paciente hospitalizado.

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

Periodo de Beneficios : El período que comienza en la Fecha de entrada en vigor y continúa hasta un máximo de 11 meses, como se indica en el *Esquema de Beneficios.*

Plazo de la Póliza: El período de hasta un máximo de 11 meses, que comienza a las 12:00 a. m. en la Fecha de entrada en vigor y finaliza a las 11:59 p. m. en la fecha de expiración indicada en el *Esquema de Beneficios*.

Póliza: Este acuerdo, incluyendo la *Solicitud de Cobertura de Salud a Corto Plazo*, *Esquema de Beneficios*, las enmiendas y cualquier endoso, que le dan derecho a los Beneficios.

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 esta Póliza, *los Profesionales de la Salud Asociados* incluyen dentistas, psicólogos, Centros de Salud en Centros Comerciales, matronas certificadas, enfermeros especializados, optometristas, farmacéuticos, quiroprácticos, podólogos, asistentes médicos, primer auxiliar de enfermería registrado, enfermeros registrados de práctica avanzada, consejeros profesionales con licencia, trabajadores sociales clínicos con licencia, enfermeros anestesiistas certificados y registrados, y cualquier otro profesional de la salud de acuerdo con lo establecido por la ley estatal para servicios específicos, si Nosotros los autorizamos a prestar los Servicios Cubiertos.

Programa Diurno de Rehabilitación: Un programa que provee más de una (1) hora de Atención de Rehabilitación después que alguien sea dado de alta de un Admisión para pacientes hospitalizados.

Programas de Hospitalización Parcial: Programas de tratamiento de día, tarde o noche estructurados y médicamente supervisados los cuales son proporcionados 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 presentan esencialmente 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 menos de veinticuatro (24) horas al día. El paciente no se considera un residente del programa. La gama de servicios ofrecidos aborda un trastorno relacionado con la Salud Mental o relacionado con el consumo de sustancias tóxicas, a través de un plan de tratamiento individualizado que un equipo coordinado de tratamiento multidisciplinario proporciona.

Programas Intensivos para Pacientes Ambulatorios: Los programas que tienen la capacidad de brindar servicios planificados y estructurados de al menos dos (2) horas por día y tres (3) días a la semana, aunque es posible que algunos pacientes necesiten asistir con menor frecuencia. Estos encuentros normalmente implican servicios multidisciplinarios coordinados e integrados. La gama de servicios ofrecidos se dirige a un trastorno mental o relacionado 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 incluyen el tratamiento múltiple o extendido, la rehabilitación y visitas de asesoramiento o supervisión y apoyo profesional. Los modelos de programas incluyen: «programas de intervención en caso de crisis estructurados», «rehabilitación psiquiátrica o psicosocial» y algunos «tratamientos diurnos». (Aunque el tratamiento de 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 sin cargo).

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 posee 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 Miembros para que los Beneficios se apliquen a una Reclamación del Proveedor. Si los Proveedores presentan Reclamaciones y no cumplen con estos criterios, Nosotros no les pagaremos.

■ **Proveedor HMOLA:** Un Proveedor que ha firmado un contrato con Nosotros para participar en Nuestra Red de Proveedores. A este Proveedor lo llamamos *Proveedor de la Red*.

- **Proveedor Participante** : Un Proveedor que no firmó un contrato con HMOLA, pero firmó un contrato con Nuestra compañía, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, u otros planes de Blue Cross and Blue Shield para participar en sus Redes de Proveedores.
- **Proveedor No Participante** : Un Proveedor que no firmó un contrato con HMOLA, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana ni con ningún otro plan de Blue Cross and Blue Shield.

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

Proveedor de la Red: Un Proveedor que firmó un acuerdo con Nosotros para participar como Miembro de la Red de Proveedores de HMO Louisiana, Inc. Nos referimos a estos Proveedores como *Proveedores HMOLA o Proveedores de la Red*.

Proveedor que No Pertenece a la Red: Un Proveedor que no es miembro de la Red de Proveedores 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 de HMOLA.

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 contrato para participar en el programa Quality Blue Primary Care.

Queja: Una expresión oral de insatisfacción con un servicio.

Queja Formal: Una expresión por escrito de insatisfacción con Nosotros o con los servicios del Proveedor.

Reclamación: Una prueba escrita o digital con un formato aceptado por Nosotros de los cargos por los Servicios Cubiertos incurridos por Usted durante el período en el que Usted esté asegurado por esta Póliza. Las disposiciones en vigor en el momento que Usted recibe el servicio o tratamiento regirán la forma en que Nosotros procesemos cualquier Reclamación.

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.

Reconsideración Informal: Una solicitud telefónica para Nuestra revisión de una decisión de no Autorizar un servicio o tratamiento por parte de Administración de Utilización. Puede solicitar una Reconsideración Informal dentro de los diez (10) días después de la determinación de Revisión inicial o Concurrente.

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.

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

Rescisión de Cobertura: Cancelación o interrupción de la cobertura que tiene un efecto retroactivo.

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

Servicio de Ambulancia: Traslado que es Médicamente Necesario por medio de un vehículo de Emergencia especialmente diseñado para transportar enfermos y personas 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: Los servicios o suministros especificados en esta Póliza para los cuales Usted puede recibir Beneficios si un Proveedor los proporciona.

Servicio de Diagnóstico: Servicios de radiología, laboratorio y patología y otras pruebas o procedimientos que Nosotros reconocemos como práctica médica aceptada, que se prestan cuando se presentan síntomas específicos y que están dirigidos a detectar o controlar 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:

- **Diagnóstico por imágenes de Baja Tecnología:** Los servicios de imágenes médicas que incluyen, entre otros, radiografías, pruebas con máquina, diagnóstico por imágenes, y radioterapia.
- **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 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 reconstituyentes 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: Aquellos servicios médicos inmediatos y no programados necesarios para examinar o tratar una Afección Médica 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. El Médico que atiende debe ordenar estos servicios y estos servicios requieren las destrezas técnicas de un RN o un LPN, en turnos de al menos 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, la prótesis estética 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 las propiedades físicas y otras propiedades del calor, luz, agua, electricidad, sonido, masajes, ejercicios terapéuticos, movilización, dispositivos mecánicos como la tracción mecánica y el masaje mecánico, y otras medidas de rehabilitación para corregir interferencias con las expresiones y transmisiones 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 le brindan a los Proveedores la capacidad de prestar servicios cuando el Proveedor y el paciente se encuentran en ubicaciones distintas.

- 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.

Suscriptor / Miembro: Alguien que es un residente de este estado, que ha cumplido con las especificaciones del *Esquema de Requisitos*, que ha firmado la *Solicitud de Cobertura de Salud a Corto Plazo* o para el cual algún representante legal autorizado ha firmado la solicitud, que se ha inscrito para la cobertura, y a quien le hemos emitido esta Póliza.

Sustancias Peligrosas Controladas: Un medicamento o sustancia, o precursor inmediato, incluido en los cronogramas 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 (OT, por sus siglas en inglés): La evaluación y el tratamiento de lesiones físicas o afecciones, 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. Estos pueden incluir:

- Diseño, fabricación o aplicación de Órtesis;
- Formación en el uso de Órtesis y Prótesis;
- Diseño, desarrollo, adaptación o formación en el uso de dispositivos de ayuda; y
- La adaptación de ambientes para mejorar el rendimiento funcional.

Terapia de Patologías del Habla y Lenguaje : El tratamiento utilizado para controlar el habla y lenguaje, la - comunicación cognitiva y los problemas para tragar.

Trastorno de la Articulación Temporomandibular o cráneomandibular: Trastornos que causan dolor o disfunción de la articulación temporomandibular o cráneomandibular, que derivan de enfermedades reumáticas, trastornos oclusivos dentales, estrés interno o externo de la articulación 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 Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* de la Asociación Estadounidense de Psiquiátrica, 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. Los TEA (ASD, por sus siglas en inglés) incluyen 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. Este incluye lo siguiente:

- psicosis,
- trastornos neuróticos,

- trastornos de personalidad,
- trastornos afectivos, y
- las siguientes enfermedades mentales graves específicas según lo definido en Luisiana. R.S. 22:1043:
 - 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;
 - psicosis NOS cuando se diagnostica en menores de diecisiete (17) años;
 - Síndrome de Rett; y
 - síndrome de Tourette,
- y afecciones y enfermedades enumeradas en la edición más reciente del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Washington, D.C. (DSM), incluyendo otros trastornos mentales no psicóticos que Nosotros determinamos.

La definición de *Trastorno Mental* será la base para determinar Beneficios, a pesar de que las condiciones son genéticas, orgánicas, químicas o biológicas, independientemente de la causa u otras afecciones médicas.

Unidad de Atención Especial: Una unidad de un Hospital designada y aprobada por Nosotros y que cuenta con todas las instalaciones, los equipos y los servicios de apoyo para proporcionar un nivel intensivo de atención 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 3. Esquema de Requisitos

Por enmienda, como se indica en el *Esquema de Beneficios*, Nosotros podemos eliminar o revisar cualquier requisito para la afiliación descrito en esta Póliza que no sea impuesto por la ley estatal o federal.



A. Requisitos para la afiliación

1. **Suscriptor / Miembro:** Un Suscriptor / Miembro es una persona que ha firmado la *Solicitud para Cobertura de Salud a Corto Plazo*, o alguien en cuyo nombre se ha firmado tal solicitud por el representante legal apropiado y al que hemos aceptado la cobertura. Usted debe ser un residente de Luisiana en el momento de la solicitud y mientras esté cubierto.

B. Fecha de entrada en vigor de la cobertura

1. Ninguna persona para quien se solicite la cobertura será cubierta bajo esta Póliza a menos que Nosotros hayamos aprobado la *Solicitud para Cobertura de Salud a Corto Plazo* y dicha aprobación haya sido demostrada por la emisión de una tarjeta de identificación (ID) u otra notificación de aprobación por escrito. El pago de las primas que Nosotros recibimos en nombre de una persona que procure recibir cobertura no hará efectiva la cobertura a menos y hasta que hayamos emitido la tarjeta de identificación u otra aprobación por escrito y, cuando no se hayan emitido, Nuestra responsabilidad será limitada a reembolsar las primas pagadas.
2. Cuando se ha aprobado una solicitud y se han pagado anticipadamente las primas de la cobertura, como lo exige esta Póliza, la cobertura comenzará en la fecha que Nosotros designemos como Su Fecha de entrada en vigor del comienzo de la cobertura. No se pagarán Reclamaciones por fechas de servicios anteriores a Su Fecha de entrada en vigor.
3. Podemos requerir al solicitante que Nos pague todas las cantidades vencidas de la cobertura anterior antes de aceptar la solicitud de cobertura de esta póliza.

Artículo 4. Sus Beneficios

A. Categorías de Beneficios

1. **Beneficios de la Red (*Dentro de la Red*) :** Los Beneficios por atención médica recibidos de un Proveedor de la Red HMO Louisiana, Inc. Cuando Usted recibe atención de un Proveedor de la Red, recibirá el nivel más alto de Beneficios bajo esta Póliza.
2. **Beneficios que No Pertenecen a la Red (*Fuera de la Red*) :** Los Beneficios para la atención médica recibidos de un Proveedor que no tiene un contrato con Nosotros como Proveedor de HMO Louisiana, Inc. Los Proveedores Participantes y No Participantes no tienen contrato con Nuestra Red de Proveedores HMO Louisiana, Inc. Cuando Usted recibe atención de un Proveedor que No Pertenece a la Red, recibirá el nivel más bajo de Beneficios de esta Póliza.



B. Cantidades de Deducible

1. Sujetos a las Cantidades de Deducible que se muestran en el *Esquema de Beneficios*, las limitaciones máximas provistas de aquí en adelante, y otros términos y disposiciones de esta Póliza, Nosotros ofreceremos Beneficios de acuerdo con el porcentaje de Coaseguro que figura en el *Esquema de Beneficios* respecto a los Cargos Permitidos incurridos por concepto de Servicios Cubiertos por Usted durante un Período de Beneficios. Los siguientes Deducibles pueden aplicarse a los Beneficios proporcionados por esta Póliza.
 - a. **Cantidad de Deducible del Período de Beneficios:** Cuánto debe pagar por los Servicios Cubiertos en el Período de Beneficios antes de que Nosotros paguemos por Beneficios. Usted paga Deducibles separados por Período de Beneficios para las categorías que Pertenecen y que No Pertenecen a la Red. Consulte el *Esquema de Beneficios* para la cantidad específica del Deducible por Período de Beneficios. Se puede aplicar una Cantidad de Deducible diferente para ciertos Servicios Cubiertos si así aparece en el Esquema de Beneficios.
 - b. **Cantidad de Deducible de Atención del Embarazo:** Cuánto debe pagar en el Período de Beneficios correspondiente por los Servicios Cubiertos de Atención del Embarazo antes de que comencemos a pagar los Beneficios de Atención del Embarazo. Consulte el *Esquema de Beneficios* para la cantidad específica del Deducible de Atención del Embarazo. La Cantidad de Deducible para la Atención del Embarazo no se acumula en el Deducible del Período de Beneficios. Una vez que se alcanza el Deducible de Atención del Embarazo, el Coaseguro se aplica hasta que se cumpla la Cantidad de Desembolso indicada en el *Esquema de Beneficios*.
 - c. **Deducible de Medicamentos con Receta:** La cantidad que Usted debe pagar en el Período de Beneficios correspondiente antes de pagar un Copago por Medicamento con Receta o un porcentaje de Coaseguro. La Cantidad de Deducible de Medicamentos con Receta es independiente a la Cantidad de Deducible del Período de Beneficios y a la Cantidad de Deducible de Atención del Embarazo. Consulte el *Esquema de Beneficios* para la cantidad específica del Deducible por Medicamentos con Receta.
2. Cada uno de los Deducibles enumerados en el **Esquema de Beneficios** se debe alcanzar para cada Período de Beneficios. Puede tener cantidades separadas de la Red y Fuera de la Red. Los importes que se aplican a un Deducible de la Red no se aplican a un Deducible que No Pertenece a la Red. Los importes que se aplican a un Deducible que No Pertenece a la Red no se aplican a un Deducible la Red.
3. Nosotros aplicaremos Sus Reclamaciones al Deducible apropiado en el orden en que se recibieron y procesaron las Reclamaciones. Es posible que un Proveedor le cobre a Usted el Deducible; y después, cuando Usted reciba los Servicios Cubiertos de otro Proveedor, ese Proveedor también le cobre a Usted el Deducible. Esto generalmente se produce cuando no hemos recibido ni procesado Sus Reclamaciones. Nuestro sistema solo mostrará la Cantidad de deducible aplicada a las Reclamaciones que han sido procesadas. Por lo tanto, es posible que Usted deba pagar el Deducible hasta que se presenten y procesen Sus Reclamaciones, justificando que se ha alcanzado el Deducible. Si Usted realiza un pago que excede Su Deducible, Usted tiene derecho a recibir un reembolso por parte del Proveedor, el cual recibió el pago en exceso.
4. Si Nosotros pagamos a un Proveedor médico cantidades que son Su responsabilidad, como Copagos, Deducibles o porcentajes de Coaseguro, Nosotros podemos cobrarle directamente esas cantidades. Usted acepta que Nosotros tenemos derecho a recibir tales cantidades de Su parte.

C. Coaseguro

Si un porcentaje de Coaseguro se muestra en el *Esquema de Beneficios* para un Servicio Cubierto, Usted primero debe pagar cualquier Cantidad de Deducible antes que el porcentaje de Coaseguro se aplique. Después

de que se haya alcanzado cualquier Cantidad de Deducible que corresponda, sujeto a las limitaciones máximas y a otros términos y disposiciones de esta Póliza, Nosotros proporcionaremos Beneficios en los porcentajes de Coaseguro que figuran en el **Esquema de Beneficios** con respecto a los Cargos Permitidos por Servicios Cubiertos. Nuestro pago real a un Proveedor o pago a Usted cumple con Nuestra obligación de proporcionar Beneficios bajo esta Póliza.

D. Servicios de Copago

Usted debe pagar un Copago cada vez que se brinden los Servicios Cubiertos correspondientes. La cantidad del Copago depende del tipo de Proveedor de la Red que brinda el servicio. Los Copagos por visita al consultorio, si aplican, corresponderán al importe del Médico de Atención Primaria o Especialista que se muestra en el **Esquema de Beneficios**.

Los Copagos 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 están 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;

E. Cantidad de Desembolso

1. Después de que Usted haya alcanzado la Cantidad de Desembolso que se muestra en el **Esquema de Beneficios**, Nosotros pagaremos 100 % de los Cargos Permitidos por Servicios Cubiertos durante el resto del Período de Beneficios.

2. Los siguientes importes se acumulan en la Cantidad de Desembolso de esta Póliza:
 - a. Cantidades de Deducible;
 - b. Cantidad de Deducible por Medicamentos con Receta;
 - c. Coaseguros; y
 - d. Copagos.
3. Los siguientes no se acumulan en la Cantidad de Desembolso de esta Póliza:
 - a. Cantidad de Deducible de Atención del Embarazo;
 - b. cualquier cargo que exceda el Cargo Permitido;
 - c. cualquier sanción que Usted o el Proveedor tenga que pagar; y
 - d. los cargos por Servicios no Cubiertos.

Artículo 5. Beneficios cuando Usted va a un Hospital

Todas las admisiones (que incluyen admisiones electivas o que no son de Emergencia, de Emergencia, Atención del Embarazo, Admisiones por Trastornos de Salud Mental y trastornos por el consumo de sustancias tóxicas) deben ser Autorizadas, según se detalla en la *Administración de Atención*. Además, a intervalos regulares durante la estancia como Paciente Hospitalizado, Nosotros realizaremos una Revisión Concurrente para determinar si la continuación de la hospitalización y el nivel de atención son adecuados.



Usted debe pagar todos los Copagos, Deducibles y porcentajes de Coaseguro que se muestran en el *Esquema de Beneficios*. Si Usted recibe servicios de un Médico en una clínica de un Hospital, Usted puede quedar sujeto a cargos por parte del Médico o la clínica, como también de las instalaciones.

Los siguientes servicios que le brinda un Hospital están cubiertos:

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 si está enfermo de gravedad y requiere 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 cuando usa Beneficios para trastornos de Salud Mental o trastornos por el 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. Las transfusiones de sangre, incluyendo el costo de sangre entera, plasma sanguíneo y expansores, cargos de procesamiento, los cargos de la administración de transfusiones, 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. 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 72 horas de un procedimiento programado realizado en un centro para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Artículo 6. Sus Beneficios Médicos y Quirúrgicos

Los Beneficios para los siguientes servicios médicos y quirúrgicos están disponibles y pueden requerir Autorización. Consulte el *Esquema de Beneficios* para determinar qué servicios requieren Autorización. Usted debe pagar todos los Copagos, Deducibles y porcentajes de Coaseguro que se muestran 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.
 - b. 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.
 - c. 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 servicio 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 podrían también incluir diferentes códigos de servicios y descripciones para el mismo tipo de servicios en los cuales el Médico deberá someter solamente 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 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 practicante de enfermería certificado. 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

Los servicios de anestesia general están cubiertos cuando los solicite el Médico que realiza la operación 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 realiza la operación 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.

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.

Los beneficios de anestesia se determinarán aplicando el porcentaje de Coaseguro al Cargo Permitido basado en el procedimiento quirúrgico principal realizado. Los Beneficios están disponibles para el anestesiólogo 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 cualquier Copago, Coaseguro y Deducible, 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 esta Póliza, los Servicios Médicos para Pacientes Hospitalizados incluyen:

1. Consulta médica a pacientes hospitalizados
2. Atención Concurrente; y
3. Consultas (como se definen en esta Póliza).

C. Servicios Médicos y Quirúrgicos para Pacientes Ambulatorios

1. Visitas a domicilio, en el consultorio y otras visitas para Pacientes Ambulatorios para examen, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los Beneficios de los servicios médicos para Pacientes Ambulatorios no incluyen pagos por separado para consultas médicas preoperatorias y posoperatorias de rutina para Operación o Atención del Embarazo.
2. Consultas (como se definen en esta Póliza).
3. Servicios de Diagnóstico.
4. Servicios de un Centro Quirúrgico Ambulatorio.
5. servicios de un Centro de Atención de Urgencias.

Artículo 7. Sus Beneficios para Medicamentos con Receta

Los Medicamentos con Receta están cubiertos como se muestran en la Opción 1 o la 2 a continuación. Consulte Su *Esquema de Beneficios* para saber qué Beneficio de Medicamentos con Receta le corresponde.



A. Los Medicamentos con Receta deben ser dispensados correctamente

Los Medicamentos con Receta deben dispensarse en la Fecha Efectiva del Miembro, o después de esta, por un farmacéutico licenciado o un técnico en farmacia bajo la dirección de un farmacéutico licenciado, al presentar la receta de un Médico o Profesional de la Salud Asociado con 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 pueden estar sujetos a la Terapia Escalonada o requerir de Autorización previa como figura en el *Esquema de Beneficios*.

B. Algunas Farmacias han contratado con Nosotros

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 Beneficios de Farmacia como base de nuestro pago por Sus Medicamentos con receta cubiertos y el importe que Usted debe pagar por los Medicamentos con receta cubiertos.

Para obtener la información de contacto de las «Farmacias Participantes», Usted 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. Presente una tarjeta de identificación válida al comprar Medicamentos con Receta

Al comprar Medicamentos con Receta cubiertos en una Farmacia de la Red, presente una tarjeta de identificación válida. El Deducible de Medicamentos con Receta, si se muestra en el *Esquema de Beneficios*, se debe haber cumplido antes de que se aplique cualquier Copago o Coaseguro. Si Usted no ha alcanzado su Deducible de Medicamentos con Receta, la Farmacia de la Red puede cobrar el 100 % de los costos descontados del medicamento en el punto de venta. Si Usted ha alcanzado Su Deducible de Medicamentos con Receta, pagará la cantidad de Copago o porcentaje de Coaseguro que figure en el *Esquema de Beneficios*. La Farmacia de la Red presentará de forma electrónica la Reclamación por Usted.

D. Formulario de Medicamentos con Receta

Esta Póliza cubre los Medicamentos con Receta y utiliza un Formulario cerrado de Medicamentos con Receta. Un Formulario de Medicamentos con Receta es una lista de los Medicamentos con Receta cubiertos bajo esta Póliza. 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. Para los medicamentos cubiertos que están incluidos en el formulario, Nuestro Programa de

Administración de Utilización de Medicamentos, que se describe más detalladamente en la siguiente sección, puede aplicar.

La información sobre Su formulario está disponible para Usted de varias maneras. La mayoría de los Afiliados recibe información accediendo la sección de farmacias de Nuestro sitio web en 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.

También puede llamarnos al número de teléfono que se encuentra en Su tarjeta de identificación para consultar si un 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.

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 excepción de medicamentos del formulario. Este proceso le permite a Usted, a Su persona designada o a Su Proveedor de atención médica que expide la receta, solicitarnos una excepción al formulario. 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, Usted puede presentarnos una solicitud de excepción interna o externa del formulario.

Opción 1 - Beneficios para Medicamentos con Receta (Nivel 3)

1. El Deducible de Medicamentos con Receta, si se muestra en el *Esquema de Beneficios*, se debe haber cumplido antes de que se aplique cualquier Copago o Coaseguro. Es posible que Usted deba pagar un Copago o Coaseguro diferente dependiendo de si adquiere Sus Medicamento con Receta en una tienda comercial 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 en es.bcbsla.com/pharmacy para identificar el nivel en que está clasificado Su Medicamento con Receta.
3. Si se aprueba una solicitud de revisión del formulario, recibirá cobertura para el medicamento que no figura en el Formulario de Medicamentos con Receta en el nivel de medicamentos más alto (cantidad del costo compartido del Afiliado).

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.

Opción 2 - Beneficios para Medicamentos con Receta (Nivel 2)

1. Después de que se haya alcanzado el Deducible, se otorgarán los Beneficios por Medicamentos con Receta que se despachen en tiendas o por correo, según los porcentajes de Coaseguro aplicables que se muestran 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 revisión del formulario, Usted recibirá cobertura para el medicamento que no se encuentra en el Formulario de Medicamentos con Receta al costo compartido del Medicamento de Marca o Medicamento Genérico aplicable.

Nivel 1: Medicamentos Genéricos

Nivel 2: Medicamentos de Marca

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 rentado 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 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/pharmacy o al número de teléfono del servicio de atención al cliente que se encuentra en Su tarjeta de identificación. Si el Medicamento con Receta requiere Autorización previa, Su Médico debe llamar al número de teléfono para Autorizaciones Médicas que figura en Su tarjeta de identificación. 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 Su receta, 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 (por ejemplo, renovar antes de que el 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. el uso común por tratamiento episódico o intermitente;
 - c. las recomendaciones o estudios clínicos aprobados por la FDA; o
 - d. lo que Nosotros determinemos.
4. **Terapia Escalonada :** Ciertos medicamentos y tipos de medicamentos están sujetos a Terapia Escalonada. En algunos casos, es posible que necesitemos que Usted pruebe primero uno o más Medicamentos con Receta

para el tratamiento de una afección médica antes de que cubramos otro Medicamento con Receta para la misma afección. Por ejemplo, si el Medicamento A como el Medicamento B tratan Su afección médica, es posible que solicitemos a Su Médico que recete el medicamento A en primer lugar. Si el medicamento A no funciona para Usted, 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. Anulaciones de la Terapia Escalonada: Su Proveedor de Atención Médica 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. Esta Póliza cubre algunos suministros para diabéticos, incluidos, entre otros los Medidores Continuos de Glucosa y los materiales que los acompañan, las Jeringas de Insulina y las Tiras Reactivas en virtud del beneficio de medicamentos con receta

G. Cuando usted compra Medicamentos con Receta Cubiertos en una farmacia que no tiene un contrato con Nosotros

Cuando usted compra Medicamentos con Receta Cubiertos en una farmacia que tiene un contrato con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia o cuando nos presenta una reclamación por escrito o a nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia, los Cargos Permitidos son el importe que pagamos a nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia por los Medicamentos con Receta cubiertos.

H. Cuando Usted compra Medicamentos con Receta fuera de los Estados Unidos

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. En el caso de los Medicamentos con Receta cubiertos y los suministros adquiridos fuera de los Estados Unidos, Usted debe presentar las Reclamaciones en Nuestro formulario de reclamaciones de Medicamentos con Receta Para obtener información de cómo presentar Reclamaciones por compras de Medicamentos con Receta en el extranjero, debe contactarnos o contactar a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia al número de teléfono que se muestra en su tarjeta de identificación.

I. Podemos divulgar información sobre su utilización de Medicamentos con Receta

Como parte de Nuestra administración de Beneficios de Medicamentos con Receta, podemos divulgar la información sobre la utilización de Medicamentos con Receta del Miembro, incluso los nombres de los Médicos que recetan los medicamentos, como cualquier Médico que atiende al paciente o farmacia proveedora.

J. Usamos cualquier descuento o reembolso para equilibrar las tarifas

Los descuentos o reembolsos que recibimos de los fabricantes de medicamentos sobre el costo de los medicamentos adquiridos en esta Póliza se utilizan para equilibrar las tarifas.

Artículo 8. Sus Beneficios para la Atención Médica de Prevención o del Bienestar

Los siguientes Servicios de Atención Preventiva o de Bienestar están disponibles para Usted a partir de la fecha de entrada en vigor requerida para la cobertura. Si Usted recibe Servicios Preventivos o de Bienestar Cubiertos de un Proveedor de la Red, los Beneficios se pagarán al 100 % del Cargo Permitido. Cuando los Servicios preventivos o de bienestar cubiertos se reciben de un Proveedor que No pertenece a la Red, los Beneficios estarán sujetos a las cantidades de Copago (si corresponde) y a los porcentajes de Coaseguro que aparecen en el *Esquema de Beneficios*. La Cantidad de Deducible del Período de Beneficios 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 Médica de Prevención o del Bienestar pueden estar sujetos a otras limitaciones que se muestran en el *Esquema de Beneficios*.



SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN PREVENTIVA o DE BIENESTAR	EDAD / CRITERIO
EXÁMENES Y PRUEBAS - TODOS LOS ADULTOS	
<p>Examen físico de bienestar de rutina: pruebas de diagnóstico de bienestar de rutina ordenadas por un médico (análisis de orina, hemograma completo (CBC, en inglés), bioquímica sérica, niveles de calcio, potasio, colesterol y azúcar en la sangre). Limitado a uno (1) por Período de Beneficios.</p> <p>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 en inglés) y cardiología nuclear no están cubiertos por este Beneficio de Atención Preventiva o de Bienestar, pero pueden estar cubiertos por los Beneficios de este contrato.</p>	Adultos: Todas las edades
<p>Detección del Cáncer Colorrectal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba inmunoquímica fecal para sangre (FIT): Una (1) por Período de Beneficios. • Sigmoidoscopia flexible: Una (1) cada cinco (5) años. • Colonoscopia: Una (1) cada diez (10) años. • Medicamentos recetados por el médico para la preparación de la colonoscopia: Limitado a dos (2) recetas para medicamentos genéricos seleccionados. 	<p>De 45 a 75 años</p>

Detección y asesoramiento de VIH	De 15 a 65 años; más joven o mayor si tiene mayor riesgo
Detección de cáncer de pulmón	De 50 a 80 años (según las pautas para el historial de tabaquismo)
Detección de obesidad y asesoramiento: Veinticuatro (24) por Período de Beneficios. Debe utilizar el Proveedor de la Red para obtener el beneficio.	Adultos con un índice de masa corporal superior a 30 kg/m ²
Orientación sobre infecciones de transmisión sexual	Adultos sexualmente activos con mayor riesgo
Detección de cáncer de piel	Adultos: Todas las edades
Detección de sífilis	Adultos con mayor riesgo
Detección de infección tuberculosa latente (LTBI, en inglés)	Adultos asintomáticos mayores de 18 años con mayor riesgo de infección
Detección y asesoramiento sobre el consumo de tabaco	Adultos: Todas las edades
Exámenes de detección de prediabetes y diabetes tipo 2	De 35 a 70 años que tienen sobrepeso u obesidad
Detección y asesoramiento sobre el consumo excesivo de alcohol	Adultos: De 18 años o más
Prueba de detección del uso nocivo de drogas	Adultos: De 18 años o más
SERVICIOS CUBIERTOS PARA MUJERES	
Examen de ansiedad	Mujeres y mujeres adolescentes
Pruebas genéticas BRCA1 & BRCA2: detección y asesoramiento	Mujeres con antecedentes familiares de riesgo (según las pautas)
Asesoramiento sobre quimioprevención del cáncer del seno	Mujeres con riesgo de cáncer del seno
Detección de infección por clamidia	Mujeres de 24 años y menores que son sexualmente activas; mayores si tienen un mayor riesgo

<p>Detección de gonorrea</p>	<p>Mujeres de 24 años y menores que son sexualmente activas; mayores si tienen un mayor riesgo</p>
<p>Prueba de ADN del virus del papiloma humano (HPV, en inglés): límite de una (1) cada cinco (5) años. La prueba se puede completar sola o junto con una prueba de Papanicolaou de rutina.</p>	<p>De 30 a 65 años</p>
<p>Detección de violencia en la pareja</p>	<p>De 1 a 50 años</p>
<p>Examen de mamografía, incluida la ecografía mamaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mamografía anual para mujeres con susceptibilidad hereditaria o radiación anterior de la pared torácica • Una mamografía de referencia • Mamografía anual y acceso a imágenes complementarias (resonancia magnética de mama) por recomendación del médico para mujeres con >20 % de riesgo previsto de por vida • Mamografía anual e imágenes complementarias (ecografía de mama, luego resonancia magnética de mama si la ecografía de mama no es concluyente) si lo recomienda el médico para mujeres con densidad mamaria C y D <p>Una ecografía mamaria se puede completar sola o junto con una mamografía.</p> <p>Consulte a continuación los detalles sobre la cobertura de resonancias magnéticas de mama.</p>	<p>De 30 años en adelante</p> <p>De 35 a 39 años</p> <p>De 35 años en adelante</p> <p>De 40 años en adelante</p>
<p>Resonancias magnéticas de mama</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resonancia magnética de mama para mujeres con susceptibilidad hereditaria o radiación anterior de la pared torácica • Acceso a imágenes complementarias (resonancia magnética de mama) por recomendación del médico para mujeres con >20 % de riesgo previsto de por vida • Imágenes complementarias (resonancia magnética de mama si la ecografía de mama no es concluyente) si lo recomienda el médico para mujeres con densidad mamaria C y D • Resonancia magnética de mama anual si lo recomienda el médico para mujeres con antecedentes de cáncer de mama menores de 50 años • Resonancia magnética de mama anual si lo recomienda el médico para mujeres con antecedentes de cáncer de mama a cualquier edad con densidad mamaria C y D. <p>Los beneficios no se pagarán al cien por ciento (100 %). Si corresponde, la cantidad de deducible será eximida.</p>	<p>De 25 años en adelante</p> <p>De 35 años en adelante</p> <p>De 40 años en adelante</p>

Todas las demás resonancias magnéticas se pagan igual que los servicios de imágenes de alta tecnología. Es posible que se requiera autorización previa si se indica en el <i>Esquema de Beneficios</i> .	
Detección de osteoporosis: Uno (1) por Período de Beneficios	De 65 años o mayor; mujeres posmenopáusicas más jóvenes con riesgo (según las pautas)
Métodos de esterilización permanente	Mujeres con capacidad reproductiva
Visitas de rutina al ginecólogo u obstetra	Según sea apropiado de acuerdo con la edad y al desarrollo
Frotis de Papanicolaou de rutina: uno (1) por Período de Beneficios	Según sea apropiado de acuerdo con la edad y al desarrollo
Orientación sobre infecciones de transmisión sexual	Mujeres sexualmente activas
Detección de incontinencia urinaria: anualmente	Impacta las actividades y la calidad de vida de las mujeres
Asesoramiento sobre violencia y abuso doméstico: anualmente	Mujeres y mujeres adolescentes
SERVICIOS CUBIERTOS PARA MUJERES EMBARAZADAS	
Detección de anemia	Durante el embarazo
Examen de ansiedad	Durante el periodo de embarazo o de posparto
Detección de bacteriuria	Durante 12 a 16 semanas de gestación o en la primera visita prenatal
Intervención de lactancia materna	Durante el embarazo y después del parto
Asesoría para mantener un peso saludable y para aumento de peso en el embarazo	Durante el embarazo

Diabetes después de las pruebas de detección y pruebas de embarazo: Las pruebas iniciales deberían realizarse idealmente durante el primer año después del parto.	Durante el período posparto para mujeres con antecedentes de diabetes gestacional que actualmente no están embarazadas y que no han sido diagnosticadas previamente con diabetes tipo 2
Extractores de leche eléctricos y manuales	Durante el periodo de posparto
Pruebas y detección de diabetes gestacional	Mujeres embarazadas asintomáticas después de 24 semanas de gestación
Detección de hepatitis B	Durante la primera visita prenatal
Orientación sobre la lactancia	Durante el embarazo y después de cada parto
Suministros de lactancia para uso exclusivo de máquinas Límite de ocho (8) cajas para bolsas de almacenamiento de leche por Período de Beneficio.	Durante el periodo de posparto
Prevención de la Depresión Perinatal: dieciocho (18) visitas de asesoramiento por Período de Beneficios	Durante el embarazo y hasta 1 año después del parto para las mujeres que no tienen un diagnóstico actual de depresión pero que corren un mayor riesgo.
Examen de detección de preeclampsia	Durante todo el embarazo
Detección de incompatibilidad Rh	Mujeres embarazadas durante 24 a 28 semanas de gestación si están en riesgo o en la primera visita prenatal
Detección de sífilis	Durante el embarazo
Detección del consumo de tabaco e intervenciones, con Asesoramiento ampliado.	Durante el embarazo
SERVICIOS CUBIERTOS PARA HOMBRES	

Detección de aneurisma aórtico abdominal: Un solo examen (1)	Hombres que han fumado: De 65 a 75 años
<p>Detección del cáncer de próstata:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de tacto rectal de rutina: Uno (1) por Período de Beneficios Prueba del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés): Uno (1) por Período de Beneficios Segunda visita: Tratamiento de seguimiento dentro de 60 días posteriores a la visita si está relacionado con una afección que es diagnosticada o tratada durante la visita y recomendado por un médico. 	<p>De 50 años o más o según lo recomendado por el médico para edades de 40 a 49 años</p> <p>De 50 años o más o según lo recomendado por el médico para edades de 40 a 49 años</p> <p>Mayores de 40 años</p>
SERVICIOS CUBIERTOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES	
<p>Examen físico de bienestar de rutina: pruebas de diagnóstico de bienestar de rutina ordenadas por un médico (análisis de orina, hemograma completo (CBC, en inglés), bioquímica sérica, niveles de calcio, potasio, colesterol y azúcar en la sangre). Limitado a uno (1) por Período de Beneficios.</p> <p>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 Preventiva o de Bienestar, pero pueden estar cubiertos por los Beneficios de este contrato.</p>	De 1 año y mayores
Atención de rutina del bebé	De 1 año y más según lo recomendado por el médico para los hitos del desarrollo
Vacunas recomendadas por el Médico.	De 1 año y mayores
Vacunas contra la gripe de temporada y H1N1	De 1 año y mayores
Evaluaciones de alcoholismo y drogodependencia	De 11 a 21 años
Examen de ansiedad	Mujeres adolescentes
Detección de autismo	De 1 a 2 años
Evaluaciones de comportamiento	De 1 a 21 años
Chequeo de la presión arterial	De 1 a 17 años

Detección de displasia cervical	Niñas adolescentes: De 11 a 21 años
Detección de infección por clamidia	De 24 años y menores que son sexualmente activos
Detección de depresión	De 12 a 18 años
Evaluación del desarrollo	Intervalos variados: De 1 a 3 años
Detección de dislipidemia	Intervalos variados a partir de los 24 meses
Detección de gonorrea	De 24 años y menores que son sexualmente activos
Examen de audición: Uno (1) por Período de Beneficios.	De 1 a 21 años
Mediciones de altura, peso e índice de masa corporal	De 2 a 21 años
Detección de hematocrito o hemoglobina	Intervalos variados: De 1 a 21 años
Detección de hepatitis B	Adolescente de alto riesgo
Detección y asesoramiento de VIH	Adolescentes
Detección de violencia en la pareja	De 1 a 50 años
Evaluación del nivel de plomo en sangre Uno (1) por Período de Beneficios	De 1 a 6 años
Detección de obesidad y orientación	De 3 a 18 años
Evaluación de la salud oral	Intervalos variados entre 1 y 6 años
Orientación sobre infecciones de transmisión sexual	Adolescentes sexualmente activos
Asesoramiento sobre el cáncer de piel	De 1 a 24 años
Detección y asesoramiento sobre el consumo de tabaco	Niños y adolescentes en edad escolar
Detección de tuberculosis: Uno (1) por Período de Beneficios	De 1 a 21 años
Orientación sobre violencia y abuso doméstico	Según sea necesario
Examen de la vista: Uno (1) por Período de Beneficios	De 1 a 21 años

Artículo 9. Sus Beneficios de Salud Mental

El tratamiento de la Salud Mental está cubierto. El tratamiento debe ser administrado por un Doctor en Medicina, Doctor en Osteopatía o un Profesional de la Salud Asociado. Los beneficios para el tratamiento de la Salud Mental no incluyen servicios de asesoramiento, tales como la orientación profesional, terapia de pareja, terapia de divorcio, terapia de pérdida y duelo, asesoría para padres y orientación laboral.



Su Plan cubre la primera visita de seguimiento después del alta de un centro para Pacientes Hospitalizados para el tratamiento de Trastorno Mental; sin costo para Usted, cuando se realiza por un Proveedor de la Red aprobado por Nosotros como Proveedor de salud del comportamiento dentro de los siete (7) días posteriores al alta. Se pagarán consultas adicionales sujetas a los Beneficios del Contrato.

Artículo 10. Sus Beneficios de Trastornos por el Consumo de Sustancias Tóxicas

Existen beneficios para el tratamiento de los trastornos por el consumo de sustancias tóxicas. El tratamiento debe ser administrado por un Doctor en Medicina, 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 y psicológica que como consecuencia se desarrolla con el uso continuo.



Su Plan cubre la primera visita de seguimiento después del alta de un centro Hospitalario para el tratamiento de un trastorno por el consumo de sustancias tóxicas, sin costo alguno para Usted cuando se realiza dentro de los siete (7) días tras el 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 11. Sus Beneficios de Cirugía Bucal

El nivel más alto de Beneficios está disponible cuando los servicios se reciban por parte de un Proveedor en la red de Su plan médico y la Red Dental de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. Acceda a la Red en línea en es.bcbsla.com, o llame al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente en Su tarjeta de identificación para obtener copias de los directorios.



A. Esta Póliza solo cubre los siguientes servicios o procedimientos

1. Escisión de tumores o quistes (no incluye quistes odontogénicos) de mandíbulas, encías, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca.
2. Extracción de dientes incrustados
3. Atención y Tratamiento Dental que incluyen Cirugía y dispositivos dentales requeridos para corregir Lesiones Accidentales de mandíbula, mejillas, labios, lengua, paladar o base de la boca y de los dientes naturales. 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.

4. Escisión de exóstosis o torus mandibular y del paladar duro
5. Incisión y drenaje de abscesos y tratamiento contra la celulitis
6. Incisión de senos paranasales, glándulas y conductos salivales
7. Anestesia para los servicios o procedimientos mencionados anteriormente cuando los proporcione un cirujano oral
8. 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.
9. Anestesia cuando se proporciona en un entorno Hospitalario y para cargos asociados con el Hospital cuando Su afección mental o física requiera tratamiento dental en un entorno Hospitalario. Los Beneficios de anestesia no están disponibles para los tratamientos del trastorno de la Articulación Temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).
10. Los Beneficios están disponibles para servicios dentales no cubiertos de otro modo por esta Póliza, 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 averiguar si Usted tiene derecho para recibir estos Beneficios médicos, comuníquese con el servicio de Atención al Cliente al número de teléfono que aparece en Su tarjeta de identificación y solicite hablar con un Administrador de Casos.

B. Coordinación de esta Sección con Contratos Dentales

Si Usted tiene cobertura dental adicional a esta póliza, primero se determinarán los Beneficios dentales bajo la otra cobertura. Los Beneficios bajo esta Póliza médica serán determinados sobre una base secundaria y serán reducidos, de forma que no se pague por encima del importe total del Cargo Permitido en todas las pólizas que cubran la misma Reclamación o servicio.

Artículo 12. Sus Beneficios de Trasplante de Órganos, Tejidos y Médula Ósea

Se requiere nuestra autorización para la evaluación de Su compatibilidad para todos los procedimientos de Trasplante de Órganos Sólidos y de Médula Ósea. Para esta Póliza, todos los procedimientos autólogos se consideran trasplantes.



Los trasplantes de órganos sólidos y médula ósea no se cubrirán a menos que Usted obtenga Nuestra Autorización por escrito antes de que se presten los servicios. Usted 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, determinar si la Necesidad Médica está documentada y aprobar el Hospital en el que se realizará el procedimiento de trasplante. Remitiremos la Autorización escrita a Usted y a los Proveedores.

A. Gastos de adquisición

Si se obtiene un órgano sólido, tejido o médula ósea de un donante vivo para un trasplante cubierto, los gastos médicos del donante se encuentran cubiertos como gastos de adquisición del receptor conforme a esta Póliza.

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

B. Beneficios de 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, por sus siglas en inglés) 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. Para encontrar un centro de trasplante autorizado, contacte al número de atención al cliente que figura en Su tarjeta de identificación.

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.

2. Los Beneficios de Trasplante de Órganos, Tejidos y Médula Ósea incluyen cobertura de medicamentos inmunosupresores prescritos para procedimientos de trasplantes.
3. 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, la misma está sujeta a los requisitos de Autorización en el artículo de *Administración de la Atención*.

Los siguientes trasplantes de tejidos están cubiertos:

- (1) Transfusiones de sangre;
- (2) Trasplante autólogo de paratiroide;

- (3) Trasplantes de córnea;
- (4) Injerto de hueso y cartílago; Injerto de piel;
- (5) Trasplantes autólogos de células de los islotes; y
- (6) 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 serán considerados caso por caso.

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 13. Sus Beneficios de Atención del Embarazo

Los siguientes Beneficios de Atención del Embarazo están disponibles para Usted cuando la cobertura esté vigente en el momento en que dichos servicios son prestados en relación con Su embarazo:



A. Servicios quirúrgicos y médicos

1. Visita inicial al consultorio y las visitas durante el período del embarazo.
2. Servicios de Diagnóstico.
3. Parto, incluyendo la atención prenatal y posparto necesaria.
4. Abortos Medicamente Necesarios que se requieran para salvar la vida de la madre.
5. Los partos electivos anteriores a la semana 39 de gestación serán denegados por no ser Medicamente 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 Medicamente Necesario también serán denegados.

B. Servicios del centro

Los Beneficios de Atención del Embarazo para los servicios de Hospital requeridos en relación con el embarazo y los abortos Medicamente Necesarios (como se describe anteriormente), están sujetos a las

cantidades de Deducible de Atención del Embarazo y al porcentaje de Coaseguro o Copago, según figura en el *Esquema de Beneficios*.

Se requiere una Autorización para una estadía en el Hospital relacionada al parto para la madre cubierta solo si la duración de la estadía de la madre es superior de 48 horas después de un parto natural o 96 horas después de un parto por cesárea.

No hay cobertura para Recién Nacidos bajo esta Póliza.

Los partos electivos antes de la semana 39 de gestación no estarán 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.

Contamos con varios programas de maternidad disponibles para ayudar a las Afiliados embarazadas a dar a luz bebés saludables. Comuníquese con el servicio de Atención al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación cuando sepa que está embarazada. Cuando Usted llame, le informaremos sobre los programas disponibles para Usted.

c. Beneficios

1. **Beneficios de la Red:** Si figura en el *Esquema de Beneficios*, se aplicará un Deducible de Atención del Embarazo a los Servicios Cubiertos prestados por Proveedores de la Red, para cada embarazo cubierto. Es posible que se aplique un Deducible y Coaseguro a ciertos planes, según se muestra en el *Esquema de Beneficios*.
2. **Beneficios que No Pertenecen a la Red:** Si figura en el *Esquema de Beneficios*, se aplicará un Deducible de Atención del Embarazo a los Servicios Cubiertos prestados por Proveedores de la Red, para cada embarazo cubierto. Es posible que se aplique un Deducible y Coaseguro que No Pertenece a la Red a ciertos planes, si figura en el *Esquema de Beneficios*.
3. Usted debe pagar el Coaseguro de Admisión Hospitalaria para Pacientes Hospitalizados y el Coaseguro de Atención del Embarazo, además de la Cantidad de Deducible de Atención del Embarazo. Es posible que se aplique un Deducible y Coaseguro que No Pertenece a la Red a ciertos planes, si figura en el *Esquema de Beneficios*.

Artículo 14. Sus Beneficios de Rehabilitación y Habilitación

Si se indica en el *Esquema de Beneficios*, pueden aplicarse limitaciones a los siguientes Beneficios.



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 y Servicios de Rehabilitación Cardíaca, Rehabilitación Pulmonar y Quiroprácticos, sujetos a las limitaciones del Período de Beneficios que se muestran en el *Esquema de Beneficios*. Los Beneficios están disponibles cuando la terapia es proporcionada por un Proveedor licenciado y que ejerce dentro de la competencia que le otorga su licencia. Para que se considere la atención en un centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados, Usted debe ser capaz de tolerar un mínimo de 3 horas de terapia activa al día.

La Admisión de rehabilitación debe ser Autorizada antes de la Admisión y debe comenzar dentro de las 72 horas posteriores después de dado de 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 de Rehabilitación Diurna deben ser Autorizados antes de iniciar el programa y deben comenzar dentro de las 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 referida u ordenada 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 los niños con una discapacidad del desarrollo diagnosticada conforme a Su plan de atención;
 - b. como parte de una agencia de Atención Médica a Domicilio conforme a Su plan de atención;
 - c. a un paciente en un hogar para ancianos conforme a Su plan de atención;
 - 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 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 Terapia de Patología del Habla y Lenguaje están cubiertos cuando los presta un Proveedor con licencia para ejercer en el estado donde se presten los servicios y dentro de la competencia que le otorga su licencia, incluyendo un patólogo del habla o 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 prescrita por un Médico antes de recibir 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 15. Sus Beneficios para otros servicios, suministros o equipos cubiertos

Los Beneficios mencionados a continuación están disponibles para Usted, sujetos a otras limitaciones que figuran en el *Esquema de Beneficios*.

A. Beneficios de servicio 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 o servicios hospitalarios médicamente necesarios, solo como se especifica a continuación:

- (1) para Usted, hacia o desde el Hospital más cercano capaz de proveer los servicios adecuados para Su afección por una enfermedad o lesión que requiera atención en el Hospital;

- b. Traslado que No es de Emergencia

Los Beneficios de los Servicios de Ambulancia están disponibles para el transporte local por afecciones médicas que no presentan una emergencia para obtener los servicios Médicamente Necesarios para Pacientes Hospitalizados o Ambulatorios cuando Usted 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.

Usted 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

Los beneficios están disponibles para la respuesta en ambulancia y el tratamiento en el lugar, sin transportarlo a un centro para recibir más atención médica.

3. Servicios de Traslado en Ambulancia Aérea

a. Traslado de Emergencia

Su Plan cubre Servicio de Ambulancia aérea para Afecciones Médicas de Emergencia. Para que Su Plan cubra el Servicio de Ambulancia para Afecciones Médicas de Emergencia, el Servicio de Ambulancia aérea debe ser solicitado por la policía o las autoridades médicas presentes en el lugar.

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

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 Miembros, al centro u Hospital más cercano capaz de proporcionar servicios apropiados a la afección del Miembro por una enfermedad o lesión que requiera atención Hospitalaria. Una vez Autorizados, Usted debe verificar que el Proveedor del Servicio de Ambulancia aérea en el estado o área donde se recogerá a la persona según el código postal pertenezca a la Red. 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 Usted paga una tarifa periódica por afiliación a una organización de ambulancias con la que Nosotros no tenemos un contrato de Proveedor, los Beneficios por gastos incurridos por Usted por sus Servicios de Ambulancia se basarán en cualquier obligación que Usted deba pagar que no esté cubierta por la tarifa. Si existe un acuerdo de Proveedor en vigencia entre Nosotros 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 disponibles si el transporte se proporciona para Su comodidad o conveniencia.

- d. No hay Beneficios disponibles cuando un Hospital Le transporta entre distintos lugares de su propio recinto o entre instalaciones que son propiedad o están afiliadas a la misma entidad.

B. Trastorno de Déficit de Atención o Hiperactividad

El diagnóstico y el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención o Hiperactividad estará cubierto cuando lo provea o recomiende un Médico o Profesional de la Salud Asociado. Usted deberá pagar el Copago, Deducible y Coaseguro que aplique al tipo de Proveedor que preste los servicios para esta afección.

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

Los Beneficios de ASD incluyen, evaluaciones o exámenes Médicamente Necesarios que se realizan para el diagnóstico, atención de Habilidad 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 Nosotros lo consideremos 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 Copagos, Deducibles y porcentajes de Coaseguros que son aplicables a los Beneficios obtenidos. (Ejemplo: Un Miembro obtiene terapia del habla para tratar el ASD. El Afiliado pagará las cantidades de Copago, Deducible o Coaseguro que figuran en el *Esquema de Beneficios* para la terapia del habla).

D. 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, si Usted está recibiendo Beneficios relacionados con una mastectomía y elige la reconstrucción del seno, Usted 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 deben prestarse de una forma determinada tras la consulta entre Usted y el Médico que le atiende y, si corresponde, estarán sujetos a cualquier cantidad de Copago, cantidad de Deducible 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. 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.

E. Servicios para labio leporino y paladar hendido

Los siguientes servicios están cubiertos para el tratamiento y la corrección de labio leporino y paladar hendido:

1. cirugía bucal y facial, administración de la cirugía y atención de seguimiento;
2. tratamiento con prótesis, 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 administración de prótesis o la terapia;
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; y
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.

F. Participación en ensayos clínicos

1. Esta Póliza 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 cualquiera de los términos, condiciones y limitaciones que apliquen bajo esta Póliza, incluidas las Cantidades de Deducible o porcentajes de Coaseguro que figuran en el ***Esquema de Beneficios***.
2. Una *Persona Calificada* bajo esta sección, significa un Miembro que:
 - a. Es apto para participar en un Ensayo Clínico Aprobado, según se establece en el protocolo del ensayo del tratamiento contra el cáncer u otra Enfermedad que pone 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) Usted provee información médica y científica que establece que Su participación en dicho ensayo sería apropiada si cumple con las condiciones descritas en el párrafo «a» anterior.
3. Un *Ensayo Clínico Aprobado* a los fines de este párrafo se refiere a un ensayo clínico de Fase I, II, III o IV realizado para prevenir, detectar o tratar el cáncer u otra Enfermedad 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.
 4. 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.
 5. El estudio o investigación es un ensayo de medicamento que está exento de tener una solicitud de medicamento nuevo en investigación.
 6. 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:
 - a. El Departamento de Asuntos de los Veteranos.
 - b. El Departamento de Defensa.
 - c. El Departamento de Energía.
 - d. Los siguientes servicios no están cubiertos:
 - e. Servicios no relacionados con la atención médica que se provean como parte del ensayo clínico;
 - f. Costos por el manejo de datos asociados al ensayo clínico;
 - g. Los medicamentos en investigación, dispositivos, artículos o servicios en sí mismos; y

- h. Servicios, tratamiento o suministros que no están cubiertos de otra forma bajo esta Póliza.
7. Tratamientos y atención al paciente relacionados al 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 una intención terapéutica o paliativa para pacientes con cáncer u otra Enfermedad que Ponga en Riesgo la Vida o para la prevención o detección temprana de tales 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.

G. 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 le atiende.
 - 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 Afiliado y proporcionado por un profesional de la salud licenciado que certifique que Usted ha completado con éxito el programa de capacitación.
 - (2) El programa debe cumplir con los Estándares Nacionales del Programa de Educación para el Control Personal de la Diabetes, tal como lo desarrolló 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 cubiertos con arreglo a los beneficios del contrato.

H. Consultas al dietista

Los Beneficios están disponibles para las consultas de Pacientes Ambulatorios a los dietistas registrados. Una (1) visita del Dietista está cubierta sin costo para Usted cuando la realiza un Proveedor de la Red. Todas las demás visitas posteriores de 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.

I. Equipos y suministros médicos desechables

Los equipos o suministros médicos desechables, que tengan un propósito médico principal, están cubiertos y sujetos a límites de cantidades razonables según Nuestra determinación. El equipo y los suministros están sujetos a Su Deducible y Coaseguro médico.

J. 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

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

- Debe tolerar el uso reiterado;
 - Se utiliza principalmente para fines médicos;
 - Generalmente, no tiene utilidad alguna para una persona que no esté enferma ni lesionada; y
 - Debe ser adecuado para el uso en el domicilio del paciente.
- a. Beneficios para alquiler o compra de Equipo Médico Duradero.
 - b. 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).
 - c. 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.
 - d. 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.
- e. Los Beneficios para equipo de lujo, según el Cargo Permitido para equipo de lujo, solo se proveerán cuando se documente que sea Medicamento Necesario.
- f. 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.
- g. 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 5 años posteriores a la compra o alquiler que no sea Medicamento Necesario, según se define en esta póliza. No se cubrirá la reparación, el ajuste o la sustitución del equipo cuando se proporcione en garantía.
- h. 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 Órtesis que Nosotros Autoricemos. Estos Beneficios 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 el reemplazo de Órtesis está cubierto solo dentro de un período razonable desde la fecha de compra, lo cual está 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 habrá Beneficios disponibles para dispositivos de apoyo para los pies, excepto cuando se utiliza en el tratamiento de la enfermedad de 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 autoricemos, 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. Usted 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).

K. 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.

L. Beneficios de Audición

- 1. Los Beneficios de audífonos están disponibles para Afiliados menores de 17 años y cuando se obtienen de un Proveedor de la Red. Este Beneficio se limita a 1 audífono para cada oído con pérdida auditiva cada 36 meses. El audífono debe ser ajustado y entregado 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 cumplen 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 de los Copagos, Deducibles y Coaseguro correspondiente.

M. Imagen de diagnóstico de alta tecnología

los servicios de Imágenes de Alta Tecnología que sean Medicamente Necesarios, incluyendo, entre otros, resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), angiograma 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 en inglés) y cardiología nuclear. Nosotros debemos Autorizar estos servicios antes de que Usted los reciba.

N. Atención Médica a Domicilio

Los servicios de Atención Médica a Domicilio que se le brindan a Usted en lugar de la Admisión Hospitalaria están cubiertos, sujetos a las limitaciones del Período de Beneficios que se muestran en el *Esquema de Beneficios*.

O. Cuidados de Hospicio

Los Cuidados de Hospicio están cubiertos, sujetos a las limitaciones del Período de Beneficios como se indica en el *Esquema de Beneficios*.

P. 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 Usted necesite 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 pérdida auditiva o Su incapacidad para comprender o comunicarse a través del idioma hablado. No están cubiertos los servicios proporcionados por un integrante de la familia.

Q. Productos alimenticios bajos en proteína para el tratamiento de enfermedades metabólicas hereditarias

Los productos alimenticios bajos en proteínas para el tratamiento de ciertas enfermedades metabólicas hereditarias están cubiertos. *Enfermedades Metabólicas Hereditarias* son enfermedades provocadas por una anomalía heredada de la química del cuerpo. Los *Productos Alimenticios bajos en proteínas* son alimentos que se formulan especialmente para tener menos de 1 gramo de proteína por porción y que están creados para utilizarse bajo la indicación de un Médico para el tratamiento dietario de una Enfermedad Metabólica Hereditaria. Los Productos Alimenticios bajos en proteínas no incluyen a los alimentos naturales que son naturalmente bajos en proteínas.

Los Beneficios para los Productos Alimenticios 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

R. Beneficios de 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.

S. Procedimientos de Esterilización Permanente

Hay beneficios disponibles para los procedimientos quirúrgicos o dispositivos anticonceptivos que producen la esterilización permanente, incluyendo la vasectomía, la ligadura de trompas y la colocación histeroscópica de microinsertos en las trompas de Falopio.

T. Medicamentos con Receta

Los Medicamentos con Receta aprobados la administración propia (por ejemplo, medicamentos orales y autoinyectables) deben obtenerse a través de la sección Beneficios de Medicamentos con Receta de esta Póliza.

U. Servicios Privados de Enfermería

1. La cobertura está disponible para Usted para recibir los Servicios Privados de Enfermería, cuando se realicen de forma Ambulatoria y cuando el personal de enfermería R.N. o L.P.N. 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 porcentaje de Coaseguro como parece en el *Esquema de Beneficios*.
3. Los Servicios Privados de Enfermería están sujetos a los límites del Periodo de Beneficios que aparecen en el *Esquema de Beneficios*.
4. Los Servicios Privados de Enfermería no están cubiertos para Pacientes Hospitalizados.

V. 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. Consulte Su directorio de proveedores o comuníquese con el servicio de atención al cliente al número que figura en su tarjeta de identificación para verificar si un laboratorio del sueño está acreditado.

W. 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 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 sus 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.

Artículo 16. Administración de la atención médica

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 Pertenece a la Red.

- a. Si Usted desea recibir servicios de un Proveedor Participante o de uno 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 Participante o de uno que No Pertenece a la Red únicamente si Nosotros determinamos que los servicios o no pueden ser prestados por un Proveedor de la Red dentro de un radio de 75 millas de Su lugar de residencia.

Debemos aprobar el uso de un Proveedor que No Pertenece a la Red y emitir cualquier Autorización requerida antes de que se presten los servicios. Si no aprobamos el uso de un Proveedor Fuera de la Red ni emitimos la Autorización correspondiente antes de que se presten los servicios, los Servicios Cubiertos que posteriormente se determinen como Médicamente Necesarios se pagarán según el nivel más bajo de un Proveedor Fuera de 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 Su Copago o Deducible en el momento en que se presten los servicios. Pagaremos Beneficios hasta el Cargo Permitido por Servicios Cubiertos prestados por un Proveedor Fuera de la Red aprobado que haya obtenido la Autorización necesaria antes de que se presten los servicios. Descontaremos de Nuestro pago la cantidad de Su Copago o Deducible y el porcentaje de Coaseguro, independientemente de que el Proveedor no perteneciente a la red acepte o no el Copago o Deducible y el porcentaje de Coaseguro.

La Autorización por Necesidad Médica no es una aprobación de uso de un Proveedor que No Pertenece a la Red. Estas 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 recibir otros Servicios Cubiertos y suministros que necesiten Autorización, Nosotros tendremos derecho a determinar si la Admisión o los otros Servicios Cubiertos y suministros serán Médicamente Necesarios. Si los servicios no eran Médicamente Necesarios, la Admisión o los otros Servicios Cubiertos y suministros no tendrán cobertura y Usted 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 cumple con obtener la Autorización requerida, Nosotros descontaremos de los Cargos Permitidos el importe de la sanción que se estipula en el contrato que el Proveedor tiene con Nosotros o con cualquier 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. Usted continúa siendo responsable de su Copago, Deducible y porcentaje de Coaseguro que aplique como se muestra en el ***Esquema de Beneficios***.
- (2) Si un Proveedor No Participante no obtiene una Autorización necesaria, reduciremos los Cargos Permitidos según la cantidad que figura en el ***Esquema de Beneficios***. Esta sanción se aplica a todos los cargos cubiertos de hospitalización. Usted es responsable de todos los cargos que no estén cubiertos y de cualquier otro Copago, Deducible y porcentaje de 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 requerida, Nosotros reduciremos el Cargo Permitido en un 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. Usted continúa siendo responsable de su Copago, Deducible y porcentaje de Coaseguro que aplique como se muestra en el ***Esquema de Beneficios***.
- (2) Si un Proveedor Fuera de la Red no cumple con obtener la Autorización requerida, los Beneficios se pagarán al nivel más bajo Fuera de la Red que figura en el ***Esquema de Beneficios***. Usted es responsable de todos los cargos que no estén cubiertos y sigue siendo responsable del Copago, Deducible y porcentaje de Coaseguro según corresponda, como figura en el ***Esquema de Beneficios***.

3. Autorización de Admisiones

a. Autorización de Admisiones Electivas

Usted debe asegurarse 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. Antes de la Admisión, se debe informar a la Compañía (llamando al número de teléfono que se indica en el *Esquema de Beneficios* o en la tarjeta de identificación del Miembro) sobre la naturaleza y el propósito de toda Admisión Electiva o que no sea de Emergencia que se realice en un Hospital. Nosotros determinaremos 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 rechazamos una solicitud de Autorización para una Admisión a cualquier centro, no se cubrirá la Admisión y Usted debe pagar todos los cargos incurridos 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 Usted es responsable, porque se denegó o no se solicitó la Autorización de una Admisión Hospitalaria que era Electiva o que no era de Emergencia, se consideran como no cubiertos y no se aplicarán para cubrir la Cantidad de Desembolso.

b. Autorización para Admisiones de Emergencia

Para garantizar la cobertura, es Su responsabilidad asegurarse de que Su Médico, Hospital, o un representante, informe a Nuestro Departamento de Administración de la Atención sobre todas las Hospitalizaciones que sean de Emergencia. Debe notificarnos dentro de las 48 horas siguientes a la Admisión de Emergencia, para informar sobre la naturaleza y el propósito de la Admisión de Emergencia, (llamando al número de que aparece en Su *Esquema de Beneficios* o en Su tarjeta de identificación). Nosotros podemos eliminar o extender este límite de tiempo si se determina que Usted no tuvo la capacidad de notificar a tiempo o indicarle a su representante que Nos notificara sobre la Admisión de Emergencia. En el caso en que el final del periodo de notificación sea un día feriado o fin de semana, Nosotros debemos recibir la notificación al siguiente día hábil. Nosotros determinaremos 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 rechazamos la Autorización para una Admisión a cualquier centro, la Admisión no se cubrirá y Usted deberá pagar todos los cargos en los que incurra durante la Admisión para la cual se denegó la Autorización.
- (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 las que Usted 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 Su Hospitalización, Autorizaremos Su estancia en el Hospital por un determinado número de días. Si Usted no ha sido dado de alta en o antes del último día Autorizado, y

necesita que se Autoricen más días, debe 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 de Su último día Autorizado, de modo que Nosotros podamos revisar y responder a la solicitud de ese día. Si Autorizamos la solicitud, volveremos a Autorizar un número determinado de días, repitiendo este procedimiento hasta que le den el alta o se deniegue su solicitud de continuar hospitalizado.

- (1) Si Nosotros no recibimos una solicitud de Autorización para continuar la estadía en o antes de Su 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 Usted permanezca hospitalizado o que permanezca hospitalizado en un nivel de atención solicitado, Nosotros notificaremos por escrito a Usted 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 de Servicios de Hospital, Nosotros notificaremos a Usted, a su Médico y al Hospital dicha denegación. Si, a partir de entonces, Usted elige permanecer Hospitalizado, o con el mismo nivel de atención, Usted 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 Usted 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 Nuestra Autorización antes de que Usted reciba los servicios, suministros o Medicamentos con Receta. La lista de Autorizaciones figura en Su *Esquema de Beneficios*. Usted debe asegurarse que su Proveedor obtenga todas las Autorizaciones requeridas antes de que reciba los servicios, suministros o Medicamentos con Receta. Podríamos necesitar que Su Proveedor nos envíe información médica o clínica acerca de la afección que Usted padece. Para obtener las Autorizaciones, Su Proveedor debe llamar a Administración de la Atención al número que figura en Su tarjeta de identificación.
- 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 y suministros son Médicamente Necesarios, los Beneficios se otorgarán según el estatus de participación del Proveedor.
 - c. Las cantidades adicionales por las que Usted es responsable, porque se denegó o no se solicitó la Autorización de los Servicios para Pacientes Ambulatorios y los suministros, se consideran como no cubiertos y no se aplicarán para cubrir la Cantidad de Desembolso.

B. Control de Enfermedades

1. Cualificación: Usted puede reunir los requisitos para participar en los programas de control de enfermedades, a Nuestra discreción, de acuerdo con distintos criterios, entre ellos el diagnóstico de enfermedades crónicas, 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. Usted o Sus Médicos y los cuidadores pueden incluirse en todas las fases del programa de control de enfermedades. El enfermero de control de enfermedades también le puede referir a los recursos comunitarios para que reciba más apoyo y tratamiento.

2. Control de Enfermedades: Los programas de control de enfermedades de HMO Louisiana, Inc. están dedicados a mejorar la calidad de la atención para Usted, así como también a disminuir los costos de atención médica en poblaciones que sufren de enfermedades crónicas. El enfermero trabaja con Usted para ayudarle a aprender técnicas de autocuidado que Usted necesitará para poder controlar Su enfermedad crónica, establecer metas realistas para la modificación de su estilo de vida y mejorar el cumplimiento con el plan de tratamiento ordenado por el Médico. HMO, Louisiana, Inc. está dedicada a respaldar el trabajo del Médico para mejorar Su salud y bienestar.

c. Administración de Casos

1. Es posible que usted reúna los requisitos para solicitar los servicios de Administración de Casos, a Nuestra discreción, sobre la base de distintos criterios, entre ellos el diagnóstico, la gravedad, la duración de la enfermedad y el tratamiento propuesto u otorgado. El programa procura identificar a los candidatos tan temprano como sea posible y trabajar con Usted, Sus Médicos y familiares, y otros recursos comunitarios para evaluar alternativas de tratamiento y Beneficios disponibles.
2. La función de la Administración de Casos es prestarle servicios a Usted 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 aquellos que tienen una afección crónica.
3. Nuestra decisión de que Su afección médica específica justifique que Usted sea un candidato adecuado para recibir los servicios de Administración de Casos no nos obliga a tomar la misma decisión u otra similar para cualquier otro Miembro. La prestación de servicios de Administración de Casos para un Miembro no le dará derecho al Miembro o a ningún otro Miembro a recibir los servicios de Administración de Casos, ni deberá interpretarse como una renuncia a Nuestro derecho de administrar y hacer cumplir esta Póliza de acuerdo con los términos que en él se expresan.
4. A menos que Nosotros lo hayamos acordado explícitamente, todos los términos y condiciones de esta Póliza, incluidas las limitaciones máximas de Beneficios y todas las demás limitaciones y exclusiones, continuarán en plena vigencia y efecto para Usted cuando recibe los servicios de Administración de Casos.
5. Sus servicios de Administración de Casos se darán por finalizados de presentarse alguna de las siguientes situaciones:
 - a. Nosotros determinamos que, a Nuestra entera discreción, Usted 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 Usted decide no participar en el plan de Administración de Casos.

d. Beneficios Alternativos

1. Es posible que usted reúna los requisitos para solicitar Beneficios Alternativos, a Nuestra discreción, sobre la base de distintos criterios, entre ellos el diagnóstico, la gravedad, la duración de la enfermedad y el tratamiento propuesto u otorgado. El programa busca identificar los candidatos tan temprano como sea

posible y trabajar con Usted, Sus Médicos y familiares, y otros recursos comunitarios para evaluar alternativas de tratamiento y los Beneficios disponibles cuando se determine que es beneficioso para Usted y para Nosotros.

2. Nuestra determinación de que una afección médica en particular hace que sea un candidato apto para recibir Beneficios Alternativos no Nos obligará a tomar la misma determinación ni una similar nuevamente; como tampoco la prestación de Beneficios Alternativos se considerará como una renuncia a nuestro derecho de administrar y hacer cumplir esta Póliza de acuerdo con sus términos explícitos.
3. A menos que lo hayamos acordado explícitamente, todos los términos y las condiciones de esta Póliza, incluidos, entre otros, las limitaciones máximas de beneficios y todas las demás limitaciones y exclusiones, se mantendrán totalmente vigentes y aplicables si Usted recibe Beneficios Alternativos.
4. Los Beneficios Alternativos provistos según lo estipulado en este Artículo se proporcionan en lugar de los Beneficios a los que Usted tiene derecho bajo esta Póliza y acumulan para las limitaciones máximas de Beneficios bajo esta Póliza.
5. Sus Beneficios Alternativos serán terminados si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:
 - a. Nosotros determinamos, a Nuestra entera discreción, que Usted ya no es un candidato idóneo para recibir Beneficios Alternativos o que ya no necesita Beneficios Alternativos.
 - b. Usted recibe atención, tratamiento, servicios o suministros para tratar su afección médica que estén excluidos conforme a esta Póliza, y que no estén especificados como Beneficios Alternativos aprobados por Nosotros.

Artículo 17. ¿Cuándo no pagará el Plan? Limitaciones y exclusiones

A. Esta Póliza no cubre ciertos servicios, suministros o tratamientos



Se excluyen los beneficios por afecciones, servicios, cirugía, suministros y tratamiento por servicios que no están cubiertos por esta Póliza.

Si un Miembro tiene Complicaciones por afecciones, Operaciones o tratamientos no incluidos; se excluirán los Beneficios por dichas afecciones, servicios, Operaciones, suministros y tratamientos.

B. Nosotros podemos eliminar o revisar las limitaciones o exclusiones en esta Póliza

Cualquiera de las limitaciones y exclusiones enumeradas en esta Póliza puede ser eliminada o revisada, como se muestra en el *Esquema de Beneficios*.

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 Medicamente 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 Medicamente 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 esta Póliza o por los cuales Usted no tiene la obligación de pagar, o por los cuales no hay cargos ni un cargo menor si Usted no tiene cobertura de seguro médico (los Beneficios están disponibles cuando los Servicios Cubiertos se prestan en centros médicos de propiedad y operados por el Estado de Luisiana o cualquiera de sus subdivisiones políticas);
 - b. que se presten o proporcionen antes de Su Fecha de entrada en vigor o después que Su cobertura finalice, excepto en los siguientes casos: Los Beneficios Médicos vinculados con una Hospitalización se proveerán en caso de una Admisión en curso en la fecha en que finalice Su cobertura conforme a la finalización de esta Póliza, hasta la finalización de esta Admisión o hasta que Usted haya alcanzado los límites de Beneficios establecidos en esta Póliza, 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 sean de naturaleza de investigación, excepto por lo provisto específicamente en esta Póliza. Las determinaciones de investigación se realizan de acuerdo con Nuestras políticas y procedimientos;
 - f. 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;
 - g. que se reciban de un departamento dental o médico mantenido por o en nombre de un empleador, una asociación mutua de beneficios, un sindicato laboral, fideicomiso o persona o Grupo similar.
 - h. prestados, prescritos o provistos de otro modo por un Proveedor que es el Miembro, Su Cónyuge, hijo, hijastro, padre, padrastro o abuelo del Miembro;
 - i. para llamadas telefónicas, comunicaciones por video, mensajes de texto, mensajes de correo electrónico, o 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.

- j. 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;
 - k. 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;
 - l. todo procedimiento incidental, procedimiento desagregado o mutuamente exclusivo, excepto según lo descrito en este Contrato;
 - m. 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. para el tratamiento de cualquier Afiliado detenido en una institución correccional que haya sido juzgado y condenado por el delito que causó la detención; y
 - e. aquellos que ocurren como Su resultado de haber cometido o intentado cometer un delito. Esta exclusión no se aplica al punto de no coincidir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), junto con sus enmiendas. Usted tendrá a su disposición los beneficios si sufre una enfermedad o lesión corporal provocadas por un acto de violencia doméstica o por una afección médica (incluidas las afecciones físicas y de Salud Mental); o en caso de necesitar atención de Emergencia, el examen clínico inicial de selección, el tratamiento y la estabilización de una Afección Médica de Emergencia;
6. **INDEPENDIENTEMENTE 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 mamaria, excepto por los servicios reconstructivos de mamas, como se establece específicamente en esta Póliza;
 - 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 esta Póliza;
 - f. implante, extracción o reimplante de prótesis penianas y servicios, enfermedades, afecciones, complicaciones o tratamiento relacionados con la prótesis peniana o como resultado de ella;

- g. diástasis del recto;
- h. biorretroalimentación;
- i. clínicas o programas para el cambio de hábitos o estilo de vida, excepto aquellos que Nosotros 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.
- j. Los campamentos o programas de la naturaleza, excepto cuando los proporciona un Centro de Tratamiento Residencial calificado y aprobado por Nosotros como Medicamentos Necesarios para el tratamiento de afecciones de salud mental o trastornos por el consumo de sustancias tóxicas;
- k. tratamiento relacionado con disfunciones eréctiles o sexuales, trastorno de bajo deseo sexual u otras deficiencias sexuales.
- l. pruebas industriales o programas de autoayuda, incluidos, los programas para controlar el estrés, programas de refuerzo laborales o evaluaciones de capacidad funcional; evaluaciones de conducción, etc.;
- m. terapia recreativa;
- n. Programas de rehabilitación del dolor o de control del dolor para pacientes hospitalizado; y
- o. con el objetivo principal de mejorar la capacidad atlética.

7. INDEPENDIENTEMENTE 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 de 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 esta Póliza;
- d. postizos, pelucas, crecimiento del cabello o implantes capilares;
- e. corrección de errores de refracción del ojo, incluyendo, entre otros, la queratotomía radial y la cirugía con láser; o
- 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 de los costos originados por la donación de un órgano o tejido para trasplante cuando Usted es el donante a excepción de lo estipulado en esta Póliza;
- b. procedimientos de trasplante de cualquier órgano o tejido humano que no estén específicamente mencionados como cubiertos.

- c. servicios o suministros relacionados que incluyen la administración de quimioterapia en altas dosis para acompañar los procedimientos de trasplante;
- d. el trasplante de cualquier órgano o tejido no humano; o
- e. los trasplantes de médula ósea y el rescate de células madre (autólogo y alogénico) no están cubiertos, excepto según lo dispuesto en esta Póliza.
- f. 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 las siguientes situaciones, excepto según lo dispuesto específicamente en esta Póliza:

- 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.

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, tal como se describe en esta Póliza.

11. Se excluyen Beneficios para los Medicamentos con Receta que Nosotros determinemos que no son Medicamento Necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los siguientes artículos también están excluidos, a menos que figuren como cubiertos en el *Esquema de Beneficios*:
- a. medicamentos para mejorar el estilo de vida, incluyendo, los medicamentos utilizados con fines estéticos (por ejemplo, Botox®, Renova®, Tri-Luma®), caída del cabello o tratamiento contra la calvicie (por ejemplo, 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 2 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 dietarios o nutricionales, o suplementos y tratamientos con hierbas;
- 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 orden de un Médico, inclusive los medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés);
- i. Algunos Medicamentos con Receta para los que existe un equivalente o una alternativa similar entre los medicamentos de venta libre (OTC);
- j. medicamentos anticonceptivos;
- k. DUI y dispositivos anticonceptivos implantables que no resulten en esterilización permanente,
- l. Repeticiones de medicamentos que excedan el número especificado por el Médico o el límite de despacho que se describe en esta Póliza, o una repetición antes de usar el 75 % del suministro diario o cualesquiera repeticiones dispensadas más de 1 año después de la fecha de la receta original del Médico;
- m. cualquier medicamento usado para dejar de fumar, a excepción de Zyban;
- n. Medicamentos compuestos que presentan cualquiera de las siguientes características:
 - (1) Son similares a un producto comercialmente disponible;
 - (2) Aquellos ingredientes principales se utilizan 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 (por ejemplo, un medicamento aprobado para uso oral que se administre localmente);
 - (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;
- o. medicamentos con Receta seleccionados que contengan más de un ingrediente activo (algunas veces conocidos como «medicamentos combinados»);
- p. Productos de Medicamentos con Receta que incluyan o estén empaquetados con un producto de Medicamento sin Receta están incluidos;
- q. Los equipos para la preparación de Medicamentos con Receta están excluidos;

- r. algunos Medicamentos con Receta que están envasados de manera que contienen más de un (1) Medicamento con Receta;
- s. 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);
- t. Medicamentos con Receta que contengan marihuana, incluyendo la marihuana medicinal;
- u. Medicamentos con Receta que se despachen antes de Su Fecha de entrada en vigor o después que Su cobertura finalice;
- v. Reemplazo de Medicamentos con Receta extraviados o hurtados, o de aquellos que se echan a perder por mal manejo, daño o rotura;
- w. Medicamentos con Receta, equipos o sustancias para tratar disfunciones sexuales o eréctiles (por ejemplo, Viagra®, Cialis®, Levitra®), trastorno de bajo deseo sexual (Addyi®) u otras deficiencias sexuales;
- x. 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;
- y. 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;
- z. Medicamentos con Receta para, o tratamiento de estatura baja idiopática;
- aa. 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 que en el futuro se requiera que las Sustancias Peligrosas Controladas se obtengan de un solo médico y de una farmacia;
- bb. Preparaciones de medicamentos con recetas de aplicación tópica que estén aprobados por la FDA como dispositivos médicos;
- cc. 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;
- dd. 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;
- ee. 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

- ff. 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 Miembro 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 Su Copago, en cuyo caso, usted 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, equipo para hacer ejercicios, equipos personales para el acondicionamiento físico o modificaciones a su domicilio o vehículo.
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 para diagnosticar y tratar la infertilidad, incluida 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 tratamientos relacionados con métodos artificiales de Embarazo, incluida 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, Cirugía, Salud Mental, farmacia o médicos.
18. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, Operaciones, suministros, tratamiento, o gastos que Usted incurra relacionados con:
- a. Pruebas genéticas, a menos que los resultados sean específicamente requeridos para una decisión del tratamiento médico o que estén requeridos por la ley;
 - 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 acupuntura, anestesia por hipnosis, o cargos por anestesia de Servicios no Cubiertos.
20. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, suministros o tratamientos con fines estéticos, Cirugía Estética y cualquier complicación de Cirugía Estética, a menos que se requiera debido a una Anomalía Congénita o una Mastectomía.
21. **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 esta Póliza bajo los Beneficios de Cirugía Bucal. Esta exclusión no se aplica a los Servicios para Labio Leporino y Paladar Hendido.
22. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para diagnóstico, tratamiento o cirugía de anomalías dentofaciales, incluyendo, maloclusión, Trastorno de la Articulación Temporomandibular o cráneomandibular, hiperplasia o hipoplasia de la mandíbula o los maxilares y cualquier otra afección ortognática. 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 Beneficios para exámenes médicos y 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 esta Póliza.
24. **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 Su afección, excepto según lo dispuesto específicamente en este Contrato, o según lo aprobado por Nosotros.
25. **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 Afiliados 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.
26. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por 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. La exclusión de servicios y suministros educativos no se aplica a la capacitación y la educación acerca de la diabetes.
27. **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 Medicamento Necesario. También se excluyen los siguientes: ABA realizado a los miembros 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.

28. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por 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.
29. **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 para la Asistencia de un Cuidador no se aplica a los servicios de Atención de Habilidad.
30. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para cargos de hospital para un recién nacido, excepto lo específicamente indicado en este Plan de Beneficios
31. **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.
32. **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).
33. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para la reversión de un procedimiento de esterilización voluntaria.
34. **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.
35. **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.
36. **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 18. ¿Qué más se aplica a su Plan? Disposiciones generales

A. Esta Póliza



1. Esta Póliza, la *Solicitud de Cobertura de Salud a Corto Plazo* que expresa todo el dinero y otras consideraciones de cobertura, el *Esquema de Beneficios* y cualquier enmienda o suplemento, constituyen la totalidad de la Póliza entre las partes.
2. Esta Póliza está sujeta a suscripción. No todos los solicitantes serán aprobados para cobertura inicial o renovación.
3. Esta Póliza no tiene garantía de renovación ni de prórroga, salvo a la entera discreción de la Compañía. Si desea renovar o continuar con la cobertura de esta Póliza, la Compañía volverá a determinar Sus condiciones para la afiliación y le notificará si es aceptado para renovación o continuación de cobertura.
4. Nosotros tendremos el derecho de celebrar acuerdos contractuales con subcontratistas, proveedores de servicios médicos o terceras partes en relación con esta Póliza. Cualquier función que Nosotros debamos llevar a cabo según esta Póliza podrán ser realizadas por Nosotros o cualquiera de Nuestras filiales, sucursales, subcontratistas o personas designadas.
5. Nuestra responsabilidad se limita a los Beneficios especificados en esta Póliza. Los Beneficios de los Servicios Cubiertos detallados en esta Póliza se prestarán únicamente para los servicios y suministros prestados en y a partir a partir de Su Fecha de entrada en vigor por un Proveedor especificado en esta Póliza y regularmente incluidos en los cargos de dicho Proveedor.
6. Continuidad de los servicios de atención médica.
 - a. Cuando hayamos finalizado un acuerdo contractual con un Proveedor, si Usted ha empezado un tratamiento con ese Proveedor, Nosotros le notificaremos que hemos eliminado a ese Proveedor de la Red HMOLA. Cualquier negociación para la continuidad de los servicios de atención médica será sujeta a Nuestro proceso de Quejas y Apelaciones. Usted puede continuar recibiendo los Servicios Cubiertos hasta que se complete el plan de tratamiento, no más de noventa (90) días a partir de la fecha de entrada en vigor de la finalización del acuerdo contractual del Proveedor.
 - b. 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.

- c. Las disposiciones de continuidad de la atención no se aplican si ocurre 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) Usted voluntariamente elige cambiar de Proveedor.
 - (4) Usted se traslada a un lugar fuera de la zona geográfica de servicio del Proveedor o de la Red de HMOLA.
 - (5) Su afección médica no cumple los requisitos para ser considerada una afección grave y compleja.

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. Esta investigación puede ser informal. 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 de la Póliza

Sujeto a todas las leyes que apliquen, Nos reservamos el derecho ilimitado de modificar de cualquier manera los términos de esta Póliza. Los cambios entrarán en vigor en el momento de la renovación de esta Póliza y serán precedidos por una notificación que Usted recibirá en un plazo de menos de sesenta (60) días. Le emitiremos a Usted una enmienda a la presente Póliza que especifica la modificación de los términos de esta Póliza, así como la Fecha de entrada en vigor de la enmienda. Ninguna modificación o renuncia a cualquier disposición de la Póliza será efectiva hasta que sea aprobada por Nuestro presidente ejecutivo o su delegado.

d. Sin responsabilidad por las acciones de los proveedores

Nosotros no seremos responsables de incumplimientos, actos, omisiones, negligencias, cumplimiento irregular, acto ilícito o negligencia profesional de parte de cualquier Hospital u otra institución, o de cualquier representante o empleado, ni de parte de ningún Médico, Proveedor asociado, enfermero, técnico u otra persona que participe en Su atención médica o tratamiento.

E. Tarjetas de identificación

Emitiremos una tarjeta de identificación (ID) para Usted. Debe mostrar Su tarjeta de identificación cada vez que reciba Servicios Cubiertos. Las tarjetas de identificación no son transferibles. El uso no autorizado de la tarjeta de identificación por parte de cualquier persona puede resultar en la rescisión de Su cobertura. La tarjeta de identificación sólo sirve para identificar al Miembro y no confiere ningún derecho a Servicios Cubiertos o Beneficios. Para tener derecho a Servicios Cubiertos o Beneficios, el titular de la tarjeta de identificación debe ser un Afiliado en cuyo nombre se hayan pagado efectivamente todas las primas que correspondan. Usted debe llevar la tarjeta de identificación consigo en todo momento para asegurar la pronta recepción de los Servicios Cubiertos. Si pierde o le roban una tarjeta, háganos saber de inmediato.

F. Fecha de vencimiento del pago de las primas

1. Las primas vencen y deben ser pagadas por Usted por adelantado, antes de que se proporcione la cobertura. Las primas vencen y deben pagarse a partir de la Fecha de entrada en vigor del primer Periodo de Beneficios de esta Póliza y, a partir de entonces, el mismo día de cada mes posterior. Esa será la fecha de vencimiento de la prima. Esta Póliza es renovable mensualmente por el pago puntual de cada prima en su vencimiento, hasta la fecha de expiración que se muestra en el *Esquema de Beneficios*.
2. Usted adeuda las primas. Las primas no pueden ser pagadas por terceros a menos que estén relacionadas con Usted por consanguinidad o matrimonio. Las primas no deben pagarse por terceros, como, entre otros, dentistas, 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 Nosotros hayamos aceptado 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. A Usted se le cobrará una tarifa de \$25.00 por fondos insuficientes (NSF, por sus siglas en inglés), si Sus primas son pagadas con un cheque que es devuelto por el banco a causa de insuficiencia de fondos. Si el banco devuelve varios pagos, Nosotros podremos, a Nuestra entera discreción, negarnos a restablecer la cobertura.

G. Cambios en la prima

1. Esta Póliza caducará en la fecha que se muestra en Su *Esquema de Beneficios*. La Compañía tiene el derecho exclusivo de decidir si esta Póliza puede renovarse o extenderse. Todas las renovaciones están sujetas a Su pago oportuno de las primas establecidas por la Compañía para las renovaciones y extensiones.
2. Salvo lo dispuesto en el párrafo siguiente, le notificaremos por escrito de un cambio en prima con 45 días de anticipación, a Su última dirección reflejada en Nuestros registros. Cualquier cambio en la prima será efectiva en la fecha especificada en la notificación. Si Usted continúa pagando Sus primas, Usted muestra que acepta el cambio.
3. Las primas están garantizadas para el Periodo de Beneficios. Sin embargo, en cualquier momento durante la vida de la Póliza, nos reservamos el derecho de cambiar las primas más a menudo debido a un cambio en el alcance o la naturaleza del riesgo que no se consideró previamente en el proceso de determinación de tarifas. Además, nos reservamos el derecho de cambiar la prima si Usted solicita un cambio en los

Beneficios de la Póliza a partir de lo que estaba en vigor en el momento de la última determinación de la tarifa, y Nosotros aceptamos ese cambio.

4. Si Su edad se declaró erróneamente, cualquier cantidad a pagar o cualquier indemnización acumulada bajo esta Póliza será igual a la prima pagada que habría sido comprada a la edad correcta. Un error administrativo no anulará un seguro que debe estar en vigor ni extenderá un seguro que debería haber finalizado.
5. Si se cobran primas para personas que no son usuarios de tabaco cuando deberían haberse cobrado primas para usuarios de tabaco, Nosotros podemos ajustar las primas retroactivamente y cobrar las primas que correspondan.

H. 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 a participar en programas Quality;
2. Garantizar que los afiliados 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 transferencia a los afiliados que han cambiado de aseguradora;
5. Premiar a los afiliados por elegir proveedores de asistencia médica de calidad, pero que les resulta en un menor costo;
6. Premiar a los afiliados por selección y productos de asistencia médica de calidad, pero que les resulta en un menor costo;
7. Recompensar a los afiliados 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, cuando dichos costes estén relacionados con la realización o el mantenimiento de la cobertura.

I. Su derecho a cancelar esta Póliza

1. Usted puede cancelar esta Póliza enviándonos un aviso por escrito al menos 14 días antes de la fecha de cancelación.
2. Si nos escribe, envíenos Su aviso a la oficina principal:

Individual Membership and Billing
HMO Louisiana, Inc.
A la atención de: Individual Membership and Billing
P. O. Box 98024
Baton Rouge, LA 70898-9024

3. **Usted no podrá cancelar verbalmente esta Póliza. Devuelva esta Póliza con Su aviso de cancelación por escrito.** Si Usted no incluye Su Póliza cuando nos escriba para cancelarlo, Nosotros consideraremos que Su aviso de cancelación incluye Su declaración que hizo un intento de buena fe de encontrar Su póliza y que la póliza no fue devuelta porque se perdió o destruyó.
4. Si Usted Nos envía un aviso de cancelación, la Póliza será cancelada con efecto en la fecha que sea 14 días a partir de la fecha de Su notificación de cancelación o cualquier fecha posterior que Nos solicite por escrito o en una fecha que exija la ley.
5. Si cancela esta Póliza, no se reembolsarán las primas pagadas anteriormente.

J. Nuestro derecho de finalizar esta Póliza por falta de pago de primas

1. Las primas deberán ser pagadas por adelantado antes de recibir la cobertura. Se considera que Usted está en falta si no se pagan las primas a la fecha del vencimiento.
2. Usted tiene un periodo de morosidad de 30 días (*período de gracia*) a partir de la fecha de vencimiento de la prima. Si recibimos la prima durante el periodo de morosidad, la cobertura se mantendrá en vigor conforme a las disposiciones de esta Póliza. Si Nosotros no recibimos la prima adeudada durante el período asignado, enviaremos un aviso de morosidad o rescisión a la dirección que tengamos en nuestros registros. También podremos enviar por correo un aviso de cancelación a Su dirección que figura en nuestros registros, podremos cancelar la Póliza automáticamente sin la necesidad de notificarle a Usted si no recibimos el pago de la prima de Su parte en Nuestra oficina central dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento (durante el periodo de morosidad). Si Nosotros rescindimos esta Póliza 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. No seremos responsables de pagar Beneficios por servicios que se presten una vez pasada la última fecha por la que se han pagado las primas. No tendremos ninguna obligación de volver a emitirle cobertura durante el Período de Beneficios o posteriormente.
3. Si esta cobertura se finaliza por falta de pago de la prima o de otros importes, Nosotros podemos requerir el pago de todos los importes adeudados antes de acceder a que se restablezca esta cobertura o antes de aceptarle a Usted para la cobertura de una futura póliza de seguro.

K. Nuestro derecho para rescindir la cobertura, cancelar o no renovar la Póliza por razones distintas a la falta de pago de la prima

1. Si Usted pasa a estar cubierto por otra Póliza de cobertura de salud integral o a corto plazo de la Compañía, Nuestra empresa matriz, filiales o subsidiarias, tenemos derecho a cancelar esta Póliza médica a corto plazo.
2. Si Usted ya está cubierto por una póliza de cobertura de salud integral o a corto plazo con la Compañía, Nuestra empresa matriz, filiales o subsidiarias, y Usted contrata esta Póliza, cancelaremos la otra cobertura ya que deducimos que su intención es tener sólo esta Póliza.
3. Causas de Rescisión (*terminación retroactiva*) de esta Póliza:

Usted comete fraude o tergiversa intencionalmente hechos relevantes según los términos de esta Póliza. La emisión de esta Póliza depende de las declaraciones y afirmaciones en Su solicitud, durante la suscripción o en la *Solicitud de Cobertura de Salud a Corto Plazo*. Todas las representaciones hechas en la solicitud son de importancia relativa a la emisión de esta Póliza. Cualquier información omitida intencionalmente de la solicitud sobre Usted, constituirá una tergiversación intencionada de hechos materiales. En tal caso, Nosotros le daremos aviso por escrito por correo certificado con treinta 30 días de antelación, e incluiremos el motivo de la Rescisión. La rescisión podría ser retroactiva a la Fecha de entrada en vigor de la cobertura.

4. Causas para la rescisión de la cobertura o la no renovación de esta Póliza:
- a. La Compañía determina que Usted ya no cumple con los requisitos para recibir cobertura; la Compañía decide no renovar ni prolongar Su cobertura; se ha alcanzado el período máximo de cobertura en esta Póliza médica a corto plazo; u otras razones determinadas por la Compañía a su entera discreción. Esta póliza no tiene garantía de renovación ni de prórroga.
 - b. Usted no cumple con una disposición material del plan o con una obligación bajo esta Póliza. En tal caso, le daremos aviso por escrito a Usted por correo con 60 días de antelación, e incluirá la razón de la rescisión o no renovación. La fecha de entrada en vigor de la rescisión o no renovación será proporcionada en la notificación.
 - c. Usted ya no vive o reside en el Área de Servicio donde estamos autorizados para hacer negocios. En tal caso, le daremos aviso a Usted por escrito por correo certificado con 60 días de antelación, e incluirá la razón de la rescisión o no renovación. La fecha de entrada en vigor de la rescisión o no renovación será proporcionada en la notificación.
 - d. Nosotros dejamos de ofrecer este producto o cobertura en el mercado. En tal caso, le daremos aviso a Usted por escrito por correo normal con 90 días de antes de la cancelación o no renovación. La fecha de entrada en vigor de la rescisión o no renovación será proporcionada en la notificación.
 - e. Usted se inscribe en otra Póliza de cobertura médica con Nosotros u otra compañía. En tal caso, la cobertura finalizará el día antes de que comience la cobertura en la otra cobertura, o cuando la Compañía determine que otra cobertura está vigente.

L. Terminación de Su Cobertura

1. La cobertura finalizará al final del período para el cual se han pagado las primas. El pago anticipado de las primas no significa que la Compañía renovará o ampliará la cobertura más allá de la Fecha de Expiración de la Cobertura que figure en el *Esquema de Beneficios*. No habrá Beneficios disponibles para Servicios Cubiertos prestados después de la fecha de la rescisión de la cobertura. Sin embargo, si Usted es un Paciente Hospitalizado en la fecha de expiración, los Beneficios médicos asociados con la Admisión terminarán cuando finalice tal Admisión, o tan pronto se alcancen las limitaciones de Beneficios establecidas en esta Póliza, lo que ocurra primero.
2. Si se traslada fuera de Nuestra Área de Servicio con la intención de mudarse o establecer una nueva residencia fuera de Nuestra Área de Servicio, Su cobertura finalizará.

M. 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 Afiliados con cobertura de Medicamentos con Receta no necesitarán presentar Reclamaciones para obtener los Beneficios de Medicamentos con Receta, ya que esto se realiza automáticamente por Usted. Sin embargo, si Usted tiene que presentar una Reclamación para acceda Su beneficio de Medicamentos con Receta, Usted debe utilizar el Formulario de Reclamación 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 entregue el medicamento. El formulario de reclamaciones debe enviarse a Nuestro administrador de Beneficios de farmacia, cuyo número figura en Su tarjeta de identificación.

N. Acciones legales

No podrán presentarse demandas judiciales:

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.
3. Cualquier acción legal presentada contra el Plan debe presentarse en el tribunal correspondiente del Estado de Luisiana.

O. Divulgación de la información

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

P. Cesión

1. Sus derechos y Beneficios pagaderos bajo esta Póliza; no puede asignarlos en su totalidad o en parte a otra persona. Reconoceremos las asignaciones de Beneficios a los Hospitales si tanto esta Póliza como el del Proveedor están sujetos a La. R.S. 40:2010. Si ni la Póliza ni el Proveedor se encuentran sujetos a La. R.S. 40:2010, Nosotros no reconoceremos las cesiones ni los intentos de ceder los Beneficios. Nada en la descripción escrita de la cobertura de salud deberá interpretarse para hacer responsable al plan de salud o a Nosotros ante cualquier tercero ante el cual Usted sea responsable por el costo de la atención médica, tratamiento o servicios.
2. Nos reservamos el derecho de pagar directamente a los proveedores de la Red HMOLA o a los proveedores de la Red de Proveedores Participantes de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, en lugar de pagarle a Usted.

Q. Relación entre el Afiliado y el Proveedor

1. La elección de un Proveedor es enteramente Suya.
2. Nosotros y todos los Proveedores de la Red somos contratistas independientes entre sí, y no seremos considerados como agentes, representantes o empleados de uno del otro para ningún propósito en absoluto. HMO Louisiana, Inc. no presta Servicios Cubiertos, sólo hace el pago por Servicios Cubiertos que Usted recibe. Nosotros no somos responsables de ninguna acción u omisión de cualquier Proveedor, ni de ninguna reclamación o demanda a causa de daños que surjan de, o de cualquier manera relacionada con, las lesiones sufridas por Usted mientras recibe atención de cualquier Proveedor de la Red o en cualquiera de las instalaciones de los Proveedores de la Red. No tenemos ninguna responsabilidad por el incumplimiento o la negativa de un Proveedor a prestarle los Servicios Cubiertos.
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.

R. Legislación vigente y política de conformidad

Esta Póliza estará regido y será interpretado acuerdo con las leyes y normas del Estado de Luisiana, excepto cuando queden desplazadas por las leyes federales. Esta Póliza no está sujeta a normativa por parte de ningún estado que no sea el Estado de Luisiana. Esta Póliza no cumple y no está obligada a cumplir con la Ley de Protección del Paciente y Atención Médica a Bajo Precio o sus paquetes y requisitos esenciales de beneficios de salud. Si alguna *disposición* de esta Póliza entra en conflicto con alguna ley del Estado de Luisiana o de los Estados Unidos de América, cualquiera que corresponda, el Contrato se modificará automáticamente para cumplir con los requisitos mínimos de la ley.

S. Aviso

Cualquier aviso requerido bajo esta Póliza debe ser por escrito. Una notificación le será enviada a Usted a Su dirección indicada en la Solicitud para Cobertura Salud a Corto Plazo. Una notificación será enviada a Nosotros a Nuestra dirección indicada en la presente Póliza. Todo aviso requerido se considerará entregado cuando se deposite en el correo de los Estados Unidos, con franqueo pagado, dirigido a Usted a Su dirección como mismo aparece en Nuestros registros. Usted o Nosotros podemos, mediante notificación escrita, indicar una nueva dirección para remitir la notificación.

T. Hacer negocios con usted electrónicamente

La Compañía está realizando más operaciones a través de medios electrónicos. Si ha optado por hacer negocios con Nosotros electrónicamente, los medios electrónicos tienen prioridad sobre otras formas de notificación o comunicación descritas en esta Póliza, cuando está dentro de la capacidad de la Compañía para realizar electrónicamente.

U. Subrogación

1. En la medida en que los Beneficios de Servicios Cubiertos sean provistos o pagados conforme a esta Póliza, Nosotros nos subrogaremos y sucederá a Su derecho de recuperar la cantidad pagada según esta Póliza contra cualquier persona, organización u otra compañía aseguradora, aun cuando dicha compañía aseguradora brinde Beneficios directamente a Usted que es su asegurado. La aceptación de tales Beneficios en lo sucesivo constituirá la subrogación. Nuestro derecho de recuperación estará subordinado a Su derecho a «ser compensado». Nosotros aceptamos que seremos responsables de Nuestra responsabilidad proporcional de los honorarios razonables de abogados y los costos que Usted haya pagado para procurar su recuperación.
2. Usted Nos reintegrará todas las cantidades recuperadas por una demanda, acuerdo o de algún otro modo de parte de cualquier persona, organización u otra compañía aseguradora, aun cuando dicha compañía aseguradora otorgue Beneficios directamente a Usted que es su asegurado, según el alcance de los Beneficios proporcionados o pagados conforme a esta Póliza. Nuestro derecho de recuperación estará subordinado a Su derecho a «ser compensado». Nosotros aceptamos que seremos responsables de Nuestra responsabilidad proporcional de los honorarios razonables de abogados y los costos que Usted haya pagado para procurar su recuperación.
3. Usted deberá tomar medidas, proveer información y asistencia, y ejecutar los documentos que se nos soliciten, a fin de facilitar el cumplimiento de Nuestros derechos, y no llevará a cabo acciones que perjudiquen Nuestros derechos e intereses conforme a esta Póliza. Nosotros y Nuestros designados tienen el derecho de obtener y revisar Sus expedientes médicos y de facturación si Nosotros determinamos, a Nuestro criterio, que dichos registros podrían ser útiles para procurar Nuestro derecho de subrogación y reembolso.

4. Usted está obligado a notificarnos cualquier Lesión Accidental.

v. Derecho de reembolso

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

w. 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.

x. Responsabilidad de los afiliados al Plan

Usted reconoce explícitamente Su entendimiento de que este acuerdo constituye una Póliza únicamente entre Usted y HMO Louisiana, Inc., que HMO Louisiana, Inc. es 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 y que la «Asociación» permite a HMO Louisiana, Inc. usar las marcas de servicio de Blue Cross and Blue Shield en el Estado de Luisiana, y que HMO Louisiana, Inc. no realiza el contrato como agente de la Asociación. Usted también reconoce y acepta que no forma parte de esta Póliza por medio de la representación de terceros que no sea HMO Louisiana, Inc. y que ninguna persona, entidad ni organización distinta de HMO Louisiana, Inc. podrá ser considerada responsable frente a Usted por ninguna de las obligaciones de HMO Louisiana, Inc. con Usted, creadas en virtud de esta Póliza. Este párrafo no crea ninguna obligación adicional para HMO Louisiana, Inc., salvo las creadas en virtud de otras disposiciones de la presente Póliza.

y. 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 («Licenciatarios»). 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 Licenciatarios 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.

Esta Póliza Médica a Corto Plazo 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, como se describe arriba, 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 aplicables, 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 recibe Servicios Cubiertos Fuera del Área fuera del Área de Servicio de HMOLA y el área de servicio de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y la Reclamación es procesada a través del Programa BlueCard®, la cantidad que Usted paga por los Servicios Cubiertos Fuera del Área, si no es un Copago fijo en dólares, se calcula sobre la base de la menor de:

- los cargos facturados por recibir Sus Servicios Cubiertos Fuera del Área; o
- el precio negociado que el Host Blue pone a Nuestra disposición.

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 los Servicios Cubiertos Fuera del Área, tal como se establece en esta Póliza. 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 Póliza.

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 Médica de esta Póliza.

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.

Artículo 19. ¿Cómo puede Usted presentar una Queja, Queja Formal o Apelación?

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



Usted puede estar disconforme con las decisiones que tomemos respecto de los Servicios Cubiertos. Nosotros consideramos una Apelación por escrito como Su solicitud de cambiar una Determinación Adversa de Beneficios realizada 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, Su Proveedor 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 Su vida o salud, o bien, pondría en riesgo Su capacidad para recuperar las 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 que se le brinda a Usted.

1. Para Registrar una Queja

Una Queja es la expresión oral de insatisfacción con Nuestros servicios o los del Proveedor. Usted puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para registrar una Queja. Intentaremos resolver Su Queja durante la llamada.

Beneficios Médicos: Llámenos al 1-800-599-2583 o 1-225-291-5370

2. Para Presentar una Queja Formal

Una Queja Formal es una expresión por escrito de insatisfacción con Nuestros servicios o los del Proveedor. Si Usted considera que Su Queja no se ha resuelto adecuadamente o si desea presentar una Queja formal, deberá hacérselo llegar por escrito dentro de los 180 días del evento que llevó a la insatisfacción. Para asistencia, Usted puede llamar a Nuestro Departamento de Atención al Cliente.

Envíe sus Quejas por escrito a la dirección que se indica a continuación:

Medical Benefits

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

Recibirá una respuesta por correo dentro de los treinta (30) días hábiles después de que hayamos recibido Su Queja por escrito.

3. Reconsideración Informal

Una reconsideración informal es una solicitud por teléfono, que realiza un proveedor autorizado en su nombre, para hablar con nuestro director médico o con un colega revisor acerca de la decisión de administración de utilización que hayamos 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 la 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. Proceso de Apelación Estándar

Si Usted no está satisfecho con Nuestra denegación de los servicios, una solicitud por escrito de Apelación debe ser presentada dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la recepción de la Determinación Adversa de Beneficios inicial para las Apelaciones Administrativas y Apelaciones Médicas internas. Solicitudes presentadas después de los ciento ochenta (180) días de Nuestra Determinación Adversa de Beneficios no serán consideradas.

No se considerarán varias solicitudes para Apelar la misma Reclamación, servicio, problema o fecha de servicio.

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda, puede llamar a Nuestro Departamento de Atención al Cliente.

Tiene derecho a designar un representante autorizado para que hable en Su nombre durante las Apelaciones. Un representante autorizado es aquella persona a quien Usted le ha extendido un 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 que le atiende, si Usted lo designa por escrito.

Nosotros determinaremos si Su Apelación es una Apelación administrativa o una Apelación médica.

Se le recomienda proporcionarnos toda la información disponible para ayudarnos a evaluar completamente la Apelación, tal como comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con la Determinación Adversa de Beneficios.

Le proporcionaremos a Usted, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente a la Determinación Adversa de Beneficios.

1. Apelaciones Administrativas

Las Apelaciones Administrativas se refieren a problemas contractuales y Determinaciones Adversas de Beneficios que no se relacionan con la Necesidad Médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención, efectividad 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

Las personas que no hayan participado en las decisiones anteriores con respecto a la Determinación Adversa de Beneficios inicial, revisarán Su Apelación Administrativa. Si se anula la Apelación administrativa, Nosotros volveremos a procesar Su Reclamación, si corresponde. Si se ratifica la Apelación Administrativa, esta decisión será considerada como final y vinculante.

La decisión de la Apelación se le enviará por correo a Usted, a Su representante autorizado, o a un Proveedor autorizado a actuar en Su nombre, dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de Su solicitud; a menos que acordemos mutuamente que se justifica una prórroga del plazo.

Las Apelaciones Administrativas tienen un solo nivel interno de revisión y no son aptas para el proceso de Apelación Externa a excepción de una Rescisión de Cobertura.

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 a Usted 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

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 Médica interna, Nosotros volveremos a procesar Su Reclamación, si alguna. Si la Apelación Médica interna se ratifica, Nosotros le notificaremos a Usted de Sus derechos a emprender un proceso de Apelación Externa si la Determinación Adversa de Beneficios cumple los requisitos.

La decisión de la Apelación Médica interna se le enviará por correo a Usted, a Su representante autorizado o a un Proveedor autorizado a actuar en Su nombre, dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de Su solicitud; a menos que acordemos mutuamente que se justifica una prórroga del plazo.

b. Apelaciones 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.

Debe agotar todas las oportunidades de apelación interna antes de solicitar una apelación Externa llevada a cabo por una organización de revisión independiente.

Si usted está 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 cuatro (4) días tras recibir la decisión de Apelación Médica interna o la Rescisión de Cobertura a:

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

No se tendrán en cuenta las solicitudes que recibamos una vez transcurridos 4 meses posteriores a la recepción de la Apelación Médica 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 le notificará su decisión a Usted, o a quien haya autorizado para representarlo, o a los Proveedores autorizados para actuar en Su nombre de su decisión.

La decisión de la IRO se considera una decisión final y vinculante para Usted y, también, para Nosotros con el propósito de determinar la cobertura bajo una Póliza 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 Medicamento Necesario o En Investigación, excepto en la medida en que otros recursos estén disponibles bajo la ley Estatal o Federal.

Usted puede comunicarse directamente con el Comisario de Seguros para recibir asistencia:

Commissioner of Insurance
P. O. Box 94214
Baton Rouge, LA 70804-9214
1-225-342-5900 o 1-800-259-5300

c. 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 Su vida, salud o recuperación máxima de las funciones. Incluye una situación en la que, según la opinión del médico que le atiende, Usted 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, estadía continua o servicio de atención médica para Usted mientras se encuentra en la sala de emergencias, bajo observación o recibiendo atención como Paciente hospitalizado.

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 le atiende 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 su disposición y podrá iniciarla Usted, Su representante autorizado, o el Proveedor autorizado 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 estos 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 una Apelación Acelerada interna. En los casos en que el proceso de Apelación Acelerada Interna no resuelva la diferencia de opiniones entre Nosotros y Usted, o el Proveedor que actúe en Su nombre, 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.

Artículo 20. Cómo efectuar cambios en las Pólizas y presentar Reclamaciones

HMO Louisiana, Inc. actualiza continuamente el acceso por internet para Usted. Ahora puede realizar muchas de las acciones descritas a continuación sin ponerse en contacto con Nuestro Departamento de Servicio al Cliente. Para acceder estos servicios, ingrese a es.bcbsla.com.



Puede encontrar todos los formularios mencionados en esta sección en una de Nuestras oficinas de servicio locales o en la oficina de HMO Louisiana, Inc. Para enviarnos la documentación, envíela a Nuestra oficina principal:

HMO Louisiana, Inc.
P.O. Box 98045
Baton Rouge, LA 70898-9045

o

5525 Reitz Avenue
Baton Rouge, LA 70809

Si Usted tiene alguna pregunta sobre la información de esta sección, puede hablar con Su agente de seguros o llamar al Servicio de Atención al Cliente al número telefónico que figura en su tarjeta de identificación.

Cómo Presentar Reclamaciones de Seguro para Beneficios

Nosotros y la mayoría de los Proveedores han firmado contratos que eliminan la necesidad de que sea Usted quien presente personalmente la Reclamación de los Beneficios. Los Proveedores HMOLA o Proveedores Participantes serán quienes presenten las Reclamaciones por Usted, ya sea por correo o vía electrónica. En algunas situaciones, el Proveedor puede solicitar que sea Usted quien presente la Reclamación. Si Su Proveedor solicita que sea Usted quien haga la presentación de la Reclamación directamente, la siguiente información será de utilidad para que Usted complete correctamente el formulario de la Reclamación.

Si Usted necesita presentar una Reclamación por escrito, envíela a:

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

La tarjeta de identificación también incluye Su número de Contrato (N.º de ID). Dicho número es la identificación para acceder a Sus registros de Membresía, y debemos recibirlo cada vez que se presente una Reclamación. La tarjeta de identificación también incluye Su número de Póliza. Dicho número es la identificación para acceder a los registros de membresía del Afiliado, y debemos recibirlo cada vez que Usted presente una Reclamación.

Para que así podamos tramitar Sus Reclamaciones rápidamente, debe asegurarse que:

- se utilice un formulario de Reclamación adecuado;
- el número de Póliza en el formulario sea el mismo que el número en Su tarjeta de identificación;
- Su fecha de nacimiento figura en la lista;
- todos los cargos estén enumerados en la declaración del Proveedor;

- 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;
- la fecha de servicio (fecha de Admisión a un Hospital u otro Proveedor) o la fecha de tratamiento sean correctas;
- el Proveedor indique un código de diagnóstico y código de procedimiento por cada servicio/tratamiento prestado (los indicadores del código de diagnóstico deben coincidir con el formulario de Reclamación); y
- la Reclamación esté completa y sea firmada por Usted.

Reclamaciones de Medicamentos con Receta

La mayoría de los Afiliados que tienen 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 Usted presenta su tarjeta de identificación a una Farmacia Participante. Sin embargo, si Usted tiene que presentar una Reclamación para acceder a Su beneficio de Medicamentos con Receta, Usted debe utilizar el Formulario de Reclamación 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 entregue el medicamento. El formulario de reclamaciones debe enviarse a Nuestro administrador de Beneficios de farmacia, cuyo número figura en Su tarjeta de identificación.

Los Beneficios se le pagarán a Usted 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 de HMOLA o un Proveedor 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 HMO Louisiana, Inc. Si es Usted quien presenta la Reclamación, en esta deben aparecer los cargos detallados por cada uno de los procedimientos o servicios. No podrán utilizarse estados de cuenta, cheques cancelados, recibos de pago y facturas con saldos anteriores, en lugar de facturas detalladas.

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

- nombre completo del paciente;
- fechas de servicio;
- descripción del servicio y código del procedimiento;
- código de diagnóstico;
- cargo por el servicio; y
- 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. También es posible que se deba adjuntar a los recibos por

los servicios de enfermería una declaración del Médico que atiende o Profesional de la Salud Asociado donde se indique que los servicios fueron Médicamente Necesarios.

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 que atiende o profesional de la salud asociado donde se indique que los servicios fueron Médicamente Necesarios.

Reclamaciones por Trastornos de Salud Mental y por el Consumo de Sustancias Tóxicas

Si desea ayuda para la presentación de una Reclamación de Beneficios de Salud Mental o de trastornos por el consumo de sustancias tóxicas, consulte Su tarjeta de identificación o comuníquese con el servicio de atención al cliente.

Preguntas sobre Reclamaciones

Usted podrá ver en línea información sobre una Reclamación en es.bcbsla.com. Además, puede escribirnos a la dirección que figura más abajo o comunicarse con el servicio de atención al cliente al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación, o acudir a cualquiera de nuestras oficinas locales de servicios.* Si Usted llama para pedir información sobre una Reclamación, Nosotros podremos ayudarle mejor si tiene la información a mano, específicamente el número de Póliza, el nombre del paciente y la fecha del servicio.

Recuerde, SIEMPRE debe indicar Su Número de Póliza en toda la correspondencia y debe verificarlo con el número de Póliza que aparece en Su tarjeta de identificación para comprobar que sea el correcto.

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

* HMO Louisiana, Inc. tiene oficinas de servicio en Baton Rouge, Nueva Orleans, Lake Charles, Lafayette, Alexandria, Houma, Monroe y Shreveport.

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)

