



Signature BLUE

PLAN DE BENEFICIOS
DE SALUD



Signature Blue es un producto de HMO Louisiana, Inc., una subsidiaria de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, licenciatarias independientes de Blue Cross Blue Shield Association.

19636EX-059S R01/23



¡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 la tarjeta de identificación y haremos todo lo que esté a nuestro alcance para ayudarle.

Con mis mejores deseos,

Dr. I. Steven Udvarhelyi
Presidente y Director Ejecutivo

“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”.

HMO Louisiana Inc. es una subsidiaria de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. Ambas compañías son licenciatarias independientes de Blue Cross Blue Shield Association.

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

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

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

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

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

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

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

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

RED SIGNATURE BLUE HMO PUNTO DE SERVICIO

AVISOS

Este Contrato 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.

Si Usted paga las primas de acuerdo con los requisitos del Contrato y no viola ninguna disposición, Usted puede renovar este Contrato si lo desea.

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.

USTED PUEDE RECIBIR SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA RED POR 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.BCSLA.COM O LLAMANDO AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE QUE SE ENCUENTRA AL DORSO DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.

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 LAS CANTIDADES CORRESPONDIENTES A LOS CARGOS REGULARES FACTURADOS.

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

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

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 económicos para los que toman las decisiones de Administración de Utilización no promueven la toma de decisiones que resulten en baja utilización.

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 Copago, cantidad de Deducible y de Coaseguro.

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 Copago, cantidad de Deducible y de Coaseguro.

Información importante en relación con este Contrato será enviada a la dirección postal proporcionada en su *Solicitud de Cobertura Individual*. **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(PCP). Tiene derecho a designar a cualquier Médico de Atención Primaria que participe en su Red y que esté disponible para aceptarlo a Usted o a los miembros de Su familia. Uno le será designado hasta el momento que Usted haga esta designación. Para los niños, Usted puede designar a un pediatra como Médico de Atención Primaria. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un Médico de Atención Primaria y para obtener una lista de los Médicos de Atención Primaria en Su Red, visite es.bcbsla.com o llame al número de teléfono de Atención al Cliente que figura en Su tarjeta de identificación. Puede encontrar información adicional sobre la selección de Médico de Atención Primaria en la sección "**Cuáles son los aspectos básicos de su cobertura**" de este Contrato.

Usted no necesita autorización previa de Nuestra parte ni de ninguna otra persona (incluido un Médico de Atención Primaria) para obtener directo acceso a 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 la tarjeta de identificación.

Aviso y Divulgación del Formulario de Medicamentos con Receta

Este Contrato cubre los Medicamentos con Receta y utiliza un Formulario cerrado de Medicamentos con Receta. Un Formulario de Medicamentos de venta con Receta es una lista de los Medicamentos con Receta cubiertos en este Contrato. 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 la 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. El Proveedor de atención médica que lo recetó puede recetarle un medicamento que sea una alternativa a un medicamento para el cual se requiere la continuación de la cobertura si el medicamento alternativo está cubierto por el Contrato de salud y es médicamente apropiado para Usted.

TABLA DE CONTENIDO

ARTÍCULO I.	CONOZCA LOS FUNDAMENTOS DE SU COBERTURA.....	6
ARTÍCULO II.	DEFINICIONES	16
ARTÍCULO III.	ESQUEMA DE REQUISITOS.....	32
ARTÍCULO IV.	BENEFICIOS	37
ARTÍCULO V.	BENEFICIOS DE HOSPITAL	41
ARTÍCULO VI.	BENEFICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS	42
ARTÍCULO VII.	BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	44
ARTÍCULO VIII.	ATENCIÓN PREVENTIVA O DE BIENESTAR	49
ARTÍCULO IX.	BENEFICIOS DE SALUD MENTAL.....	51
ARTÍCULO X.	BENEFICIOS DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS ..	51
ARTÍCULO XI.	BENEFICIOS DE CIRUGIA BUCAL	51
ARTÍCULO XII.	BENEFICIOS DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y MÉDULA ÓSEA ...	52
ARTÍCULO XIII.	BENEFICIOS DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL RECIÉN NACIDO	55
ARTÍCULO XIV.	BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN	56
ARTÍCULO XV.	BENEFICIOS DE ATENCIÓN DENTAL PEDIÁTRICA	57
ARTÍCULO XVI.	BENEFICIOS DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA DE LA VISTA	68
ARTÍCULO XVII.	OTROS SERVICIOS, SUMINISTROS O EQUIPOS CUBIERTOS.....	73
ARTÍCULO XVIII.	ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN	87
ARTÍCULO XIX.	LIMITACIONES Y EXCLUSIONES	91
ARTÍCULO XX.	DISPOSICIONES GENERALES	101
ARTÍCULO XXI.	COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	114
ARTÍCULO XXII.	PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES	121
ARTÍCULO XXIII.	CAMBIOS EN EL CONTRATO Y PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES	128

ARTÍCULO I.

CONOZCA LOS FUNDAMENTOS DE SU COBERTURA

HMO Louisiana, Inc. ofrece este Contrato de salud al Suscriptor como se muestra 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*, aceptamos proporcionar los Beneficios especificados en este Contrato para los Suscriptores y sus Dependientes inscritos. Este Contrato reemplaza a cualquier otro previamente emitido al Suscriptor, a la Fecha modificada de entrada en vigor. Este Contrato describe los Beneficios del Afiliado, así como los derechos y responsabilidades como Afiliado bajo esta cobertura. Le recomendamos que Usted lea cuidadosamente este Contrato.

Llámenos si tiene preguntas sobre Su cobertura o cualquier límite a la cobertura disponible para Usted. Muchas de las secciones de este Contrato están relacionadas con otras secciones de este Contrato. Es posible que no encuentre toda la información que Usted necesita al leer una sola sección. Tenga en cuenta que Su Médico no tiene una copia de Su Contrato, 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 este Contrato. “Nosotros” y “Nuestro” se refieren a HMO Louisiana, Inc. (HMOLA). «Usted» y «Su» se refieren al Suscriptor y al Dependiente inscrito. Las palabras en mayúscula son términos definidos en el Artículo de Definiciones de este Contrato. Una palabra que se utiliza en el género masculino también se aplica al género femenino, salvo que se indique lo contrario.

A. Esta Cobertura y la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio

La Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 y la Ley de Conciliación de Seguro Médico y Educación de 2010 (Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio) se promulgaron en marzo de 2010. Esta cobertura cumple con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, se encuentra sujeta a esta y cubre todos los Beneficios de Salud Esenciales exigidos por la ley.

La cobertura bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio puede obtenerse a través:

1. del Mercado de Seguros, con o sin la asistencia de un agente o productor; o
2. de HMO Louisiana, Inc. de forma directa o a través de un agente o productor.

El Mercado de Seguros es el mercado de seguros médicos que gestiona el gobierno federal para el Estado de Luisiana. La cobertura adquirida a través del Mercado de Seguros Médicos se denomina cobertura «Dentro del Mercado de Seguros Médicos». La cobertura adquirida directamente de Nosotros o a través de un agente o productor se denomina cobertura *Fuera del Mercado de Seguros Médicos*.

Muchas secciones y disposiciones importantes de este Contrato varían ya sea si esta cobertura se adquirió Dentro del Mercado de Seguros Médicos o Fuera del Mercado de Seguros Médicos. Consulte el Esquema de Beneficios para determinar si su cobertura está dentro o fuera del Mercado de Seguros Médicos para que sepa qué lenguaje del Contrato se aplica a usted.

B. Información Sobre este Contrato de la Red HMO Signature Blue Punto de Servicio

Este es un Contrato punto de servicio. Usted cuenta con una amplia cobertura médica y de medicamentos, pero tiene disponible una red de Proveedores limitada— la Red Signature Blue. Usted puede recibir atención de los Proveedores que no se encuentran en Su Red Signature Blue, pero los Beneficios se pagarán a un nivel más bajo.

Un Proveedor de Nivel 1 es un Proveedor de la Red Signature Blue. Usted obtiene los mejores beneficios y paga menos cuando acude a un Proveedor de la Red Signature Blue. **Si es posible, procure siempre que sus servicios sean realizados por un Proveedor de Nivel 1.**

Un Proveedor de Nivel 2 es un Proveedor Participante, que no está en la Red Signature Blue y que ha firmado un acuerdo de Proveedor para participar en otras redes de HMOLA, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, u otro plan de Blue Cross and Blue Shield. **Si no puede ir a un Proveedor de Nivel 1, debe hacer todo lo posible por ir a un Proveedor de Nivel 2.** Usted pagará más que un Proveedor de Nivel 1, pero recibirá importantes protecciones de costos que están disponibles solo cuando vea a un Proveedor de Nivel 1 o Nivel 2.

Un Proveedor de Nivel 3 es un *Proveedor No Participante* o un Proveedor que no está en la Red Signature Blue y que no ha firmado un acuerdo de Proveedor para participar en la red de HMOLA o cualquier plan de Blue Cross and Blue Shield. También hay Proveedores que están en otras redes que han elegido específicamente no estar en las redes de Nivel 1 o Nivel 2. Estos Proveedores pueden indicarse en el directorio de Signature Blue Network para ayudarlo a seleccionar los proveedores de menor costo.

Los Proveedores del Nivel 3 tendrán un costo compartido más alto y no lo protegerán de tener que pagar costos elevados por sus servicios. Evite los Proveedores de Nivel 3 si hay alguna forma de obtener servicios de Proveedores de otros niveles.

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

Por ejemplo, si un Copago se muestra en el Esquema de Beneficios, Usted debe pagar la 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 de deducibles, los Beneficios están sujetos a dos de Coaseguro (por ejemplo, 80/20, 60/40). Su elección de Proveedor determina qué nivel de Coaseguro se aplica al servicio proporcionado. Nosotros pagaremos el Coaseguro más alto por servicios Médicamente Necesarios cuando visite a un Proveedor de la Red Signature Blue. Nosotros pagaremos el Coaseguro más bajo cuando Usted reciba servicios Médicamente Necesarios de un Proveedor que no se encuentra en la Red Signature Blue. Las cantidades de Deducibles y los Coaseguros se encuentran establecidos en el Esquema de Beneficios.

Este es un plan de acceso directo. Usted puede consultar Especialistas en la Red Signature Blue sin tener que comunicarse con un Proveedor de Atención Primaria (PCP) o recibir un referido de su PCP.

Este Contrato proporciona Beneficios cuando Usted viaja. Si Usted no puede consultar con un Proveedor de la Red Signature Blue, trate de visitar un Proveedor en la red de Blue Cross. Esto le permitirá recibir el mejor precio en virtud del Contrato. Cuando usted viaje fuera del Estado de Luisiana y necesite localizar un Proveedor, llame al número de teléfono de BlueCard® que se encuentra en la tarjeta de identificación.

C. Nuestra Red Signature Blue

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.

HMO Louisiana, Inc. ha creado una Red de Proveedores restringida para este Contrato, que consiste en un grupo selecto de Médicos, Hospitales y otros Proveedores Asociados. Nos referimos a estos Proveedores como Proveedores de la Red Signature Blue o Proveedores de la Red. Los Beneficios de Cirugía Bucal también están disponibles cuando se presten por Proveedores en la Red Dental de United Concordia Advantage Plus o 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 Contrato cuando Usted utilice Proveedores de la Red Signature Blue. Utilizamos el término *Beneficios Fuera de la Red* para significar un menor nivel de Beneficio si Usted decide recibir atención fuera de la Red Signature Blue. Para recibir los Beneficios de la Red Signature Blue, siempre debe verificar que un Proveedor sea un Proveedor actual de la Red Signature Blue. Visite nuestro sitio web en es.bcbsla.com, o llame al servicio de atención al cliente al número que figura en la tarjeta de identificación para verificar que un Proveedor es un Proveedor de la Red Signature Blue actual, o para solicitar un directorio de Proveedores en versión impresa. Nuestra Red Signature Blue puede ser más extensa en algunas áreas que en otras. No podemos garantizar la disponibilidad de cada especialidad en todas las áreas.

Un Proveedor puede tener un contrato con Nosotros cuando presta los servicios en un lugar y puede ser considerado como un Proveedor Fuera de la Red al prestar servicios desde otro lugar. Siempre debe consultar el directorio de Proveedores para verificar que los servicios estén en la Red Signature Blue en el lugar donde Usted busque recibir la atención.

Además, los Proveedores de Signature Blue pueden estar contratados para llevar a cabo ciertos Servicios Cubiertos, pero no pueden ser contratados en la Red Signature Blue para realizar otros Servicios Cubiertos. Cuando un Proveedor de la Red Signature Blue realiza servicios que ese Proveedor de la Red Signature Blue no tiene contratados con Nosotros (tales como algunos servicios de Imágenes de Alta Tecnología o procedimientos de radiología), las Reclamaciones por esos servicios serán adjudicadas al nivel de Beneficios Fuera de 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. Los beneficios también pueden basarse en un Cargo Permitido menor. Usualmente pagará una cantidad de Deducible y de Coaseguro en vez de un Copago. Recibir atención de un Proveedor Fuera de la Red resultará en costos más altos para Usted. Una sanción diaria se podría aplicar cuando la atención para Pacientes Hospitalizados sea recibida de un Hospital que No Pertenece a la Red. 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. En la medida en que lo exija la ley aplicable, Su costo compartido para los Servicios médicos de emergencia estará al nivel de la Red, incluso si el Hospital no está en Su red.

D. Red Dental United Concordia Advantage Plus

Este Contrato cubre los Beneficios de Atención Dental Pediátricos para Afiliados menores de diecinueve (19 años). United Concordia Companies, Inc., bajo el nombre comercial United Concordia Dental (en lo sucesivo «UCD»), es la compañía administradora de la Red y de Reclamaciones de HMO Louisiana, Inc. para los Beneficios dentales, y está encargada de administrar la Red Advantage Plus, gestionar y pagar Reclamaciones y proporcionar servicios de atención al cliente a los Miembros que cumplen los requisitos para recibir estos Beneficios.

La Red United Concordia Dental Advantage Plus está integrada por un grupo selecto de Proveedores que han contratado a United Concordia Dental para brindar servicios a los Afiliados con importes reducidos. El resto de los Proveedores se consideran como No Participantes. Los Proveedores No-Participantes pueden cobrarle más por sus servicios que los Proveedores Participantes.

Para recibir todos los Beneficios de odontología pediátrica, Usted debe verificar que el Proveedor sea un Proveedor Participante de la Red Advantage Plus antes de recibir cualquier servicio. Para encontrar un Proveedor Participante y verificar que sigue participando en la Red Advantage Plus, o para realizar consultas relacionadas con Beneficios o Reclamaciones, visite el sitio web en es.bcbsla.com o comuníquese con un representante de atención al cliente al (866) 445-5338.

Nosotros y Nuestro se refieren a United Concordia Dental cuando actúa en representación de HMO Louisiana, Inc. para brindar sus servicios bajo la cobertura dental provista en los Artículos para Beneficios de Cirugía Bucal y Beneficios de Cuidado Dental Pediátricos.

Los reembolsos por servicios prestados por un Proveedor No Participante se basarán en Nuestro Cargo Permitido y se pagarán en las mismas cantidades, bajo las mismas limitaciones, regulaciones y políticas que Nosotros hubiéramos aplicado a las Reclamaciones por servicios prestados por un Proveedor Participante. Recibir atención de un Proveedor Fuera de la Red resultará en costos más altos para Usted. Le recomendamos que consulte al Proveedor No Participante sobre los cargos facturados antes de recibir atención.

E. Red Davis Vision

Davis Vision, Inc. (en lo sucesivo «Davis Vision») es Nuestro Administrador de la Red y de Reclamaciones para los Beneficios de visión provistos y administra la Red Davis Vision, gestiona y paga Reclamaciones y proporciona servicios de atención al cliente a los Miembros menores de 19 años que cumplen con los requisitos para recibir estos Beneficios.

La Red Davis Vision está integrada por un grupo selecto de Proveedores que han contratado a Davis Vision para brindarle servicios y suministros a un costo mínimo. El resto de los Proveedores se consideran como No Participantes.

Para recibir todos los Beneficios según esta sección, verifique que el Proveedor sea un Proveedor Participante de la Red Davis Vision antes de recibir cualquier servicio. Para encontrar un Proveedor Participante y verificar que sigue participando en la Red Davis Vision o para realizar consultas relacionadas con Beneficios o Reclamaciones, visite el sitio web en www.davisvision.com (en inglés) o comuníquese con un representante de atención al cliente al 1-800-247-9368.

F. Recibir atención fuera de Luisiana y alrededor del mundo

Los Miembros pueden recibir 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: En la medida en que lo exija la ley aplicable, los Miembros reciben Beneficios de la Red cuando los servicios médicos de emergencia cubiertos son proporcionados por Proveedores que no están en Su red.

No Emergencias: Los Afiliados reciben Beneficios que No Pertenecen a la Red cuando los Servicios Cubiertos que no son de Emergencia son proporcionados fuera de Su Área de Servicio. Debido a que no existe un Área de Servicio de la Red Signature Blue fuera de Luisiana, los Servicios Cubiertos proporcionados fuera de Luisiana se pagan al nivel de Beneficios que No Pertenecen 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: En la medida en que lo exija la ley aplicable, los Miembros reciben Beneficios de la Red cuando los servicios médicos de emergencia cubiertos son proporcionados por Proveedores que no están en Su red.

No Emergencias: Los Afiliados reciben Beneficios que No Pertenecen a la Red cuando los Servicios Cubiertos que no son de Emergencia son proporcionados fuera de Su Área de Servicio. Debido a que no existe un Área de Servicio de la Red Signature Blue fuera de Luisiana, los Servicios Cubiertos proporcionados fuera de Luisiana se pagan al nivel de Beneficios que No Pertenecen 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:

1. En caso de Emergencia, diríjase directamente al Hospital más cercano.
2. 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).
3. Utilice un Proveedor BlueCard® Nationwide o Proveedor Blue Cross Blue Shield Global® Core.
4. Presente Su tarjeta de identificación al médico u Hospital para que verifiquen su cobertura y presenten las Reclamaciones por Usted.
5. Usted debe obtener toda Autorización requerida por parte de HMO Louisiana, Inc.

G. Selección de un Médico de Atención Primaria (PCP) para Contratos con copagos por visitas al consultorio

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

Un PCP actúa como Su coordinador de cuidado total para cuidados no emergentes. Los PCP que no estén disponibles para usted, ofrecerán acuerdos para proporcionar a sus pacientes información de cómo obtener atención después de las horas regulares de consulta. En raras instancias en donde Usted no haya seleccionado un PCP y nosotros no podemos verificar Su selección, se le puede asignar un PCP. Usted podrá seleccionar un PCP diferente contactando a Nuestro departamento de servicio al cliente.

H. Utilizando un Médico de Atención Primaria (PCP)

Este Contrato se vende con o sin Copago por visita al consultorio. El Esquema de Beneficios indicará si se debe aplicar un Copago. Si en el Esquema de Beneficios aparece un Copago por las consultas, este plan de acceso directo le permite recibir atención de un Médico de Atención Primaria (PCP) o de un Especialista. Para recibir atención directamente de un Especialista de la Red Signature Blue no se requiere un referido del PCP.

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

El Copago de la visita al consultorio médico puede reducirse cuando los servicios los proporciona un Proveedor participante del programa Quality Blue. Los Proveedores de Quality Blue incluyen médicos de cabecera, médicos generales, pediatras, internistas, geriatras, enfermeros y asistentes médicos, pero pueden contratar a más Proveedores para participar en el programa Quality Blue. Para comprobar si un Proveedor participa en el programa Quality Blue, puede acceder a un directorio de Proveedores en nuestra página web es.bcbsla.com o ponerse en contacto con nuestro servicio de atención al cliente llamando al número que figura en la tarjeta de identificación.

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

I. 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 el Afiliado reciba los servicios médicos solicitados.

Cuando Autorizamos un servicio por Necesidad Médica, no estamos haciendo determinaciones en cuanto a la elección del Proveedor por parte del Afiliado ni el nivel de Beneficios que se aplicará a una Reclamación posterior.

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

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

Si un Proveedor de la Red Signature Blue lo dirige a otro Proveedor, usted debe asegurarse de que el nuevo Proveedor se encuentre en la Red de Signature Blue si quiere recibir Beneficios de la Red Signature Blue.

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, llame al servicio de atención al cliente al número que figura en la tarjeta de identificación.

J. Cómo determinamos lo que pagamos por los servicios cubiertos del afiliado

Cuando un Miembro Utiliza Proveedores de la Red Signature Blue (Nivel 1)

Los Proveedores de la Red Signature Blue han firmado un contrato con Nosotros para participar en la Red de Proveedores Signature Blue. 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 de la Red Signature Blue y se utiliza para determinar la cantidad que Nosotros pagamos por los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios. Los Miembros que usan Proveedores de la Red Signature Blue recibirán Beneficios de la Red Signature Blue y abonarán los importes que se indican en la columna «Red Signature Blue» en su Esquema de Beneficios para estos servicios.

Cuando un Miembro utiliza Proveedor Participante (Nivel 2)

Los Proveedores Participantes no han firmado contratos para la Red Signature Blue, pero han firmado contratos con la Red HMOLA, 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. Esta cantidad es el Cargo Permitido del Proveedor Participante y se utiliza para determinar la cantidad que Nosotros pagamos por los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios.

Los Miembros que utilicen un Proveedor Participante pagarán más por los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios que si se utilizara un Proveedor de la Red Signature Blue. Esto resultará en mayores costos para el Miembro, como se muestra en la columna Participante en el Esquema de Beneficios. Sin embargo, el Miembro estará protegido de pagar la diferencia entre el Cargo Permitido y el cargo facturado por el Proveedor.

El Miembro tiene derecho de presentar una Apelación ante Nosotros para que se consideren los Beneficios si el Miembro recibió Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante que fue el único Proveedor disponible para proporcionar el Servicio Cubierto dentro de un radio de 75 millas del lugar de residencia del Miembro. Para presentar una Apelación, el afiliado debe seguir los procedimientos de Apelación establecidos en este Contrato.

Cuando el Miembro utiliza un Proveedor No Participante (Nivel 3)

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato firmado con la Red Signature Blue, 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 uno de los siguientes, según Nosotros lo determinemos:

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

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

El Miembro tiene derecho de presentarnos una Apelación para considerar los Beneficios de la Red si recibió Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante que fue el único Proveedor disponible para brindar el Servicio Cubierto dentro de un radio de 75 millas del lugar de residencia del Miembro. Para presentar una Apelación, el afiliado debe seguir los procedimientos de Apelación establecidos en este Contrato.

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

Ilustración de Ejemplo de los Costos del Miembro cuando recibe Atención en un Hospital No-Participante

Aviso: El siguiente ejemplo es solo a modo ilustrativo y no es un reflejo fiel de las cantidades reales de Copagos, Deducible y de Coaseguros del Miembro. Consulte el Esquema de Beneficios para determinar Sus Beneficios.

Ejemplo: Los Beneficios de la Red son 80 % - 20 % de Coaseguro con un Deducible. Los Beneficios que No Pertenecen a la Red son 60 % - 40 % de Coaseguro con un Deducible. Supongamos que el Miembro acude al Hospital, ya ha abonado el Importe del Deducible y ha obtenido la Autorización necesaria antes de recibir un servicio que no es de Urgencia. El Hospital factura \$12,000 por el Servicio Cubierto. Nosotros negociamos un Cargo Permitido de \$2,500 con el Hospital de la Red para prestar este servicio. El Cargo Permitido para Hospital Participante es de \$3,000 para prestar este servicio. No existe una tarifa negociada con el Hospital No Participante. El Miembro es responsable de todas las cantidades no pagadas por la Compañía, hasta cubrir el cargo facturado por el Hospital. Este ejemplo refleja los gastos del miembro en tres hospitales diferentes por el mismo servicio.

El Miembro recibe Servicios Cubiertos de:	Hospital de la Red	Hospital Participante	Hospital No Participante
Factura del Hospital:	\$12,000	\$12,000	\$12,000
Cargo Permitido:	\$2,500	\$3,000	\$2,500
Nosotros pagamos:	<p>\$2,000 \$2,500 de Cargo Permitido x 80 % de Coaseguro = \$2,000</p>	<p>\$1,800 \$3,000 de Cargo Permitido x 60 % de Coaseguro = \$1,800</p>	<p>\$1,500 \$2,500 de Cargo Permitido x 60 % de Coaseguro = \$1,500</p>
El Miembro paga:	<p>\$500 20 % de Coaseguro x \$2,500 Cargo Permitido = \$500</p>	<p>\$1,200 40 % de Coaseguro x \$3,000 Cargo Permitido = \$1,200</p>	<p>\$1,000 40 % de Coaseguro X \$2,500 Cargo Permitido = \$1,000</p>
¿Se factura al Miembro los cargos del Hospital?	NO	NO	SÍ - \$9,500
TOTAL QUE PAGA EL MIEMBRO:	\$500	\$1,200	\$10,500

K. 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 por Medicamentos con Receta cubiertos comprados en Farmacias de la Red se basa en la cantidad que pagamos a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia. Usamos la cantidad que pagamos a nuestro administrador de beneficios de farmacia para basar nuestro pago por sus medicamentos con receta cubiertos y el importe que debe pagar por los medicamentos con receta cubiertos.

Cuando compra medicamentos con receta cubiertos en una farmacia que no tiene contrato con nosotros o con nuestro administrador de beneficios de farmacia, o cuando presenta una reclamación en papel con nosotros o con nuestro administrador de beneficios de farmacia, el cargo permitido es la cantidad que pagamos a nuestro administrador de beneficios de farmacia para medicamentos con receta cubiertos.

Para obtener información de contacto de las farmacias participantes, debe comunicarse con nuestro departamento de Atención al Cliente o con nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación.

L. Salud mental y trastornos por consumo de sustancias tóxicas

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

M. Incentivos y Servicios de Valor Añadido para el Afiliado

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

N. Herramientas y Recursos para la Administración de la Salud y el Bienestar

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

O. 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 contactarnos pueden encontrar todas sus opciones en línea, incluyendo las opciones como teléfono, fax, correo electrónico, correo postal y oficinas de atención al cliente. Simplemente visite es.bcbsla.com y haga clic en «¿Necesita ayuda?» para acceder a Nuestro Centro de Ayuda, que incluye la información de contacto de Nuestro servicio de atención al cliente.

P. 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:

1. supervisión del crédito que vigila la actividad que puede afectar el crédito;
2. detección de fraude que identifica el uso potencialmente fraudulento de identidad o crédito; y
3. apoyo en la resolución de fraudes que ayuda a los Afiliados a resolver los problemas que surgen asociados con la vigilancia del crédito y la detección de fraudes.

Un Afiliado ya no es elegible para estos servicios si la cobertura de salud finaliza durante el Año del Contrato. En este caso, los Servicios de Protección de Identidad terminarán al final del Año del Contrato.

Para más información acerca de los Servicios de Protección de Identidad, visite es.bcbsla.com o llame al número de servicio de atención al cliente que aparece en la tarjeta de identificación (ID).

ARTÍCULO II. DEFINICIONES

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 ofrecer la Administración de Casos a nuestros Afiliados. 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 Grave y Compleja: Tal como se usa en el contexto de la continuidad de los servicios de atención médica, este término significa:

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

Afección Médica de Emergencia (o Emergencia): Una afección médica reciente y grave que incluye dolor agudo y que puede llevar a que una persona prudente de un criterio razonable y con un conocimiento promedio de la salud y la medicina considere que la ausencia de atención médica inmediata podría derivar en lo siguiente:

- A. 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;
- B. Producir una discapacidad grave en el funcionamiento del organismo; o
- C. Producir una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Afiliado: Un Suscriptor o un Dependiente que esté inscrito en este Contrato. Podemos utilizar palabras comunes en este Contrato para describir los Beneficios que proporciona. «Usted» y «Su» se refieren al Suscriptor y al Dependiente inscrito.

Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés): El diseño, la ejecución y la evaluación de las modificaciones ambientales, mediante estímulos del comportamiento y sus consecuencias, para producir una mejora 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 Análisis de Comportamiento Aplicado deben estar certificados como analistas auxiliares del comportamiento o licenciados como analistas del comportamiento por la Junta de Analistas del Comportamiento de Luisiana o por la agencia de licencias apropiada, si están dentro de otro estado.

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

Año del Contrato: El año calendario de 12 meses que comienza a las 12:00 a. m. del 1 de enero y finaliza a las 11:59 p. m. el 31 de diciembre.

Apelación: Una solicitud por escrito de un Afiliado o de un representante autorizado de un Afiliado para cambiar una Determinación Adversa de Beneficios hecha por Nosotros.

Apelación Acelerada : Una solicitud de revisión interna inmediata de una Determinación Adversa 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 la vida o la salud del Afiliado o pondría en riesgo la capacidad del Afiliado de recuperar el máximo funcionamiento.
- B. Según la opinión del médico que le atiende, puede que el Miembro sienta dolor que no pueda controlarse adecuadamente mientras espera una decisión sobre una Apelación medica estándar.
- C. La decisión de no Autorizar una Admisión, la disponibilidad de atención médica, la continuación de la estancia, en el hospital o en un servicio de atención médica para el Miembro que se encuentra en ese momento en la sala de emergencias, en observación o recibiendo atención como paciente hospitalizado.

Apelación Acelerada Externa: Una solicitud de revisión inmediata, por parte de una Organización de Revisión Independiente de una Determinación Adversa de Beneficios, la cual implica cualquiera de los siguientes:

- A. Una afección médica para la cual el tiempo que conlleva realizar una Apelación Externa estándar pondría gravemente en riesgo la vida o la salud del Afiliado o pondría en riesgo la capacidad del Afiliado de recuperar su función máxima.
- B. La decisión de no Autorizar una Admisión, la disponibilidad de atención médica, la continuación de la estancia en el hospital o en un servicio de atención médica para el Miembro que se encuentra en ese momento en la sala de emergencias, en observación o recibiendo atención como paciente hospitalizado.
- C. Una denegación de cobertura basada en una determinación de que el servicio de salud o tratamiento recomendado o solicitado es experimental o de investigación y el Médico que le atiende certifica que cualquier demora puede representar una amenaza inminente a la salud del Afiliado, incluyendo dolor severo, la pérdida potencial de la vida, de una extremidad o de una función importante del organismo, o el deterioro inmediato y grave de la salud del Afiliado.

Apelación Externa: Una solicitud de revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente para cambiar una Determinación Adversa de Beneficios inicial hecha por la Compañía o para cambiar una Determinación Adversa de Beneficios final dictada en Apelación. El Afiliado o su representante autorizado podrán presentar una Apelación Externa si así lo solicitan en el caso de Determinaciones Adversas de Beneficios que impliquen la Necesidad Médica, la idoneidad de la atención, el entorno de la atención médica, nivel de atención, efectividad, tratamiento experimental o de investigación, la Rescisión o en el caso de reclamaciones para las que se prevea una revisión externa en virtud de la Ley de Facturación Inesperada.

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, pero no se limitan a:

- A. Proporcionar cuidados personales, tareas domésticas, traslado del paciente;

- B. Actuar como acompañante o niñero;
- C. Supervisar la medicación que normalmente se puede suministrar uno mismo;
- D. 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 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:

- A. para una afección no relacionada con el diagnóstico principal, o
- B. porque la complejidad médica de la afección del paciente requiere atención médica adicional

Atención de Habilitación: 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 Habla y Lenguaje, rehabilitación cardíaca, rehabilitación pulmonar y otros servicios para personas con discapacidades en diversas situaciones tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

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/lenguaje, rehabilitación cardíaca, rehabilitación pulmonar y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

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

Atención de Urgencia: Una afección médica repentina, aguda e inesperada que requiere diagnóstico y tratamiento oportunos, pero no presenta riesgo inminente de vida o de una extremidad. Los ejemplos de Atención de Urgencia incluyen, entre otros: resfriados y gripe, esguinces, dolores estomacales y náuseas. Se puede acceder a la Atención de Urgencia a través de un Centro de Atención de Urgencias si un Miembro requiere atención médica que no sea de Emergencia o Atención de Urgencia después del horario habitual de consulta de su Médico.

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.

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

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 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:

- A. 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;

- B. 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
- C. Suministra, proporciona, construye, reproduce o repara u ofrece suministrar, proporcionar, construir, reproducir o reparar prótesis dentales, puentes u otros sustitutos de dientes naturales del paciente o posible paciente.

Autorización (Autorizado): En base a la información proporcionada, Nuestra decisión de que una Admisión, Hospitalización continuada u otro servicio de atención médica o suministro, es Medicamento 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 la elección del Proveedor por parte del Afiliado.

Beneficiario: Una persona designada por un Afiliado, o por los términos de este Contrato, quien tiene o puede tener derecho a un Beneficio bajo el Plan.

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 este Contrato, pero que pueden ser proporcionados mediante un acuerdo a través de Administración de Casos.

Beneficios de la Red: Los Beneficios de atención que Usted recibe a través de un Proveedor de la Red Signature Blue. También nos referimos a Beneficios de la Red como *Dentro de la Red*.

Beneficios de salud esenciales: Beneficios que este Plan debe cubrir conforme a la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud Asequible, que incluye al menos las siguientes diez categorías (10) generales:

- A. Servicios para pacientes ambulatorios;
- B. Servicios Médicos de Emergencia;
- C. Hospitalización;
- D. Maternidad y atención del recién nacido;
- E. Servicios para trastornos de la salud mental y por el consumo de sustancias tóxicas, incluido el tratamiento de trastornos del comportamiento
- F. Medicamentos con Receta;
- G. Servicios y dispositivos de Rehabilitación y Habilidad;
- H. Servicios de laboratorio;
- I. Servicios de Atención de Prevención y Bienestar y control de enfermedades crónicas;
- J. Servicios pediátricos, que incluyen atención oral y visual.

Beneficios que No Pertenecen a la Red: Beneficios para la atención médica que Usted recibe de Proveedores que no están en la Red Signature Blue. También nos referimos a Beneficios que No Pertenecen a la Red como *Fuera de la Red*.

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

Cantidades de Deducible:

A. Cantidad de Deducible Individual:

1. El importe total, como se establece en el Esquema de Beneficios, de los Cargos Permitidos por Servicios Cubiertos que un Miembro debe pagar dentro de un Período de Beneficios antes de que el Plan de Beneficios comience a pagar los Beneficios. Puede aplicarse un Deducible distinto para ciertos Servicios Cubiertos si así aparece en el Esquema de Beneficios.
2. Las categorías de Beneficios de la Red y que No Pertenecen a la Red pueden incluir cada uno un Deducible Individual por separado como se muestra en el Esquema de Beneficios.

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

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

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 este Contrato.

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 horario extendido de atención que proporciona Atención de Urgencia y Atención de Emergencia a pacientes sin visitas programadas ni necesidad de tener una cita previa. El Centro de Atención de Urgencia no proporciona atención de seguimiento de rutina ni exámenes de bienestar y refiere a los pacientes a sus Médicos habituales para que reciban dicha atención de seguimiento de rutina y de bienestar.

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

Centro de Salud en un Centro Comercial: Una clínica de 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:

- A. Atención médica, tratamiento y atención de enfermería especializada para Pacientes Hospitalizados según lo definido por Medicare y que cumple con los requisitos de Medicare para este tipo de centro o unidad;

- B. Supervisión constante por parte de al menos un (1) Médico o enfermero registrado;
- C. 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

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;

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

Cirugía Estética: Cualquier intervención quirúrgica, tratamiento o servicio, o cualquier parte de una intervención quirúrgica, tratamiento, o servicio que se realiza principalmente para mejorar la apariencia física. Una intervención quirúrgica, tratamiento o servicio no se considera 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: Una parte de los costos de los servicios que cubre este Contrato. 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 el Afiliado haya alcanzado la cantidad del Deducible de Medicamentos con Receta que le corresponda, el porcentaje del Afiliado se aplicará a los Cargos Permitidos para Medicamentos con Receta para determinar la responsabilidad financiera del Afiliado. Nuestro porcentaje se aplicará a los Cargos Permitidos por Medicamentos con Receta para determinar los Beneficios proporcionados. Es posible que se requiera un Coaseguro diferente para los distintos niveles de Medicamentos con Receta comprados en una farmacia o por correo.

Cobertura Acreditada 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:

- A. Pólizas para enfermedades específicas (p.ej. Pólizas para el cáncer),
- B. Cobertura complementaria (p.ej. Complemento de Medicare),
- C. 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
- D. 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.(HMOLA)

Complicación(es): Una afección médica que surge de un evento adverso o una consecuencia, que requiere servicios, tratamiento o terapia y que Nosotros determinamos, según la experiencia y la literatura médica sustancial, como resultado directo y consecuente de otra afección médica, enfermedad, servicio o tratamiento. Solo como un ejemplo, una embolia pulmonar después de una Operación sería una complicación de la Operación.

Consentimiento Informado: Un documento escrito proporcionado junto con un aviso por escrito a un Afiliado por un Proveedor Fuera de la Red que debe ser ejecutado por un Afiliado para que un Proveedor Fuera de la Red obtenga el consentimiento del Afiliado para recibir tratamiento y servicios médicos del Proveedor Fuera de la Red sin la protección proporcionada por la Ley contra las facturas médicas sorpresa.

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:

- A. Aquellas requeridas por las reglas o normativas de Hospitales;
- B. Consultas sobre anestesia,
- C. Consultas de rutina para la autorización de Operaciones, o
- D. Consultas entre colegas que intercambian opiniones médicas como cortesía y normalmente sin cargo.

Contrato: Este acuerdo, incluyendo la *Solicitud de Cobertura Individual, Esquema de Beneficios*, las enmiendas y endosos, si los hubiere, que dan derecho al Suscriptor y a los Dependientes a los Beneficios.

Cónyuge: El Cónyuge legal del Suscriptor.

Copago: El importe específico 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 de Medicamento con Receta: La cantidad que Usted debe pagar por cada receta en una Farmacia Participante cuando Usted surte una receta. Es posible que se requiera un Copago diferente por los distintos niveles de medicamentos comprados en una farmacia o por correo.

Cuidados de Hospicio: Provisión de una serie integrada de servicios y suministros diseñados para proporcionar cuidados paliativos y de apoyo para satisfacer las necesidades específicas de los Afiliados y sus familias 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.

Dependiente: Una persona, que no es el Suscriptor, que Nosotros hemos aceptado para obtener cobertura como se muestra en el *Esquema de Requisitos*.

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

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

- A. la Necesidad Médica, la idoneidad, el entorno de la atención médica, el nivel de atención, la eficacia o el tratamiento que se considera experimental o está en investigación;
- B. los requisitos que cumple el Miembro para recibir cobertura bajo el Contrato;

- C. cualquier determinación de revisión prospectiva o retrospectiva;
- D. una Rescisión; o
- E. una decisión relacionada con artículos y servicios incluidos dentro del alcance de los requisitos de protección de facturación inesperada y costos compartidos de la Ley de Facturación Inesperada.

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.

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

Equipo Médico Duradero: Artículos y suministros utilizados para servir una terapia específica 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.

Emergencia: Consulte *Afección Médica Emergencia*.

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

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:

- A. Si el tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o producto biológico puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos y si tal aprobación se otorgó en el momento en que el tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o producto biológico se debía proporcionar; o
- B. Si el tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o producto biológico requiere estudios adicionales o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, 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:
 - 1. Consulta con el programa de evaluación de tecnología (TEC, por sus siglas en inglés) de Blue Cross and Blue Shield Association u otro(s) centro(s) de evaluación de tecnología no afiliados;
 - 2. Evidencia científica confiable publicada en literatura médica revisadas por colegas generalmente reconocidas por la comunidad médica correspondiente; o
 - 3. Referencia a las normativas federales.

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.

Farmacia Participante: Consulte Farmacia de la Red.

Fecha de entrada en vigor: La fecha en que comienza Su cobertura bajo este Contrato. Los beneficios comenzarán a las 12:01 a. m. de esta fecha. Consulte el Esquema de Requisitos.

Fecha del Contrato: La fecha a partir de la cual Nosotros le emitimos a Usted este Contrato.

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 de venta con Receta: Una lista de Medicamentos con Receta específicos que este Contrato 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. Las lesiones causadas por masticación no son lesiones en los dientes.

Ley contra las facturas médicas sorpresa, (No Surprises Act, NSA, por sus siglas en inglés): Una parte de la Ley de Asignaciones Consolidadas, 2021 (Ley Pública 116-260) promulgada el 27 de diciembre de 2020, que establece los derechos del paciente y las medidas de protección contra las facturas médicas inesperadas y que limita el reparto de costes en muchas de las circunstancias en las que las facturas médicas inesperadas se producen con mayor frecuencia.

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 Contrato 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.

Medicamente 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:

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

Medicamento de Marca: Un Medicamento con Receta patentado que comercializa el fabricante del medicamento original tras recibir la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) o que Nosotros identificamos como un producto de Marca. Clasificamos a un Medicamento con receta como Medicamento de marca en base a una fuente de precios reconocida a nivel nacional, por lo tanto, todos los productos

identificados como «de - marca por el fabricante o la farmacia no pueden ser clasificados como medicamentos de marca por Nosotros.

Medicamento 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.

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

Medicamentos Especializados: Los productos Farmacéuticos Especializados típicamente tienen un alto costo y tienen una (1) o más de las siguientes características:

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

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

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

Mercado de Seguros Médicos: El mercado de seguros médicos que gestiona el gobierno federal para el Estado de Luisiana bajo la Sección 1311 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Operación:

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

Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés): Una entidad, no afiliada con Nosotros, que lleva a cabo revisiones externas de las Determinaciones Adversas de Beneficios, Determinaciones de Rescisión y decisiones relacionadas con la Ley contra las facturas médicas sorpresa (No Surprises Act, por su nombre en inglés). La decisión de la Organización de Revisión Independiente es vinculante tanto para los Afiliados como para Nosotros, salvo en la medida en que existan otros recursos disponibles en virtud de la legislación estatal o federal.

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.

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

Período de Inscripción Abierta: Un período de cada año, designado por el gobierno federal, durante el cual un Suscriptor y sus Dependientes calificados pueden solicitar cobertura bajo este Contrato. La ley Federal exige que el Período de Inscripción Abierta sea de 30 días o más.

Período de Inscripción Especial: El período de sesenta (60) días durante el cual un Suscriptor y sus Dependientes calificados pueden inscribirse o cancelar la inscripción a una cobertura conforme a este Contrato fuera del Período de apertura de inscripción.

Plan de Salud Autorizado: Un plan que califica para venderse a través del Mercado de Seguros Médicos bajo la Sección 1301 de la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

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 anestesistas 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 y 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 incluirían el tratamiento múltiple o extendido, la rehabilitación y visitas de asesoramiento o supervisión y apoyo profesional. Los modelos estructurados del programa incluyen: programas de intervención en caso de crisis, rehabilitación psiquiátrica o psicosocial y algunos tratamientos diurnos. (Aunque el tratamiento 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 esa licencia y que haya sido aprobado por Nosotros. Si un Proveedor no se encuentra sujeto a una licencia estatal o federal, tenemos el derecho de definir todos los criterios bajo los que pueden ofrecerse los servicios del Proveedor a Nuestros Miembros, de forma que los Beneficios se apliquen a una Reclamación del Proveedor. Las Reclamaciones sometidas por Proveedores que no cumplan con estos criterios serán denegadas.

- A. Proveedor Signature Blue: Un Proveedor que firmó un contrato con Nosotros para participar en la Red de Proveedores Signature Blue. Este Proveedor también puede definirse como un Proveedor de la Red o Proveedor dentro de la Red».
- B. Proveedor Participante: Un Proveedor que no firmó un contrato para participar en la Red Signature Blue , pero firmó un contrato para participar en la Red de HMOLA, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana u otro plan de Blue Cross and Blue Shield.
- C. Proveedor No Participante: Un Proveedor que no firmó un contrato para participar en la Red Signature Blue, la Red de HMOLA, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana u 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 Signature Blue de HMO Louisiana, Inc. Nos referimos a estos Proveedores como *Proveedores de la Red Signature Blue* o *Proveedores de la Red*.

Proveedor que No Pertenece a la Red: Un proveedor que no es miembro de la Red de Proveedores Signature Blue de HMO Louisiana, Inc. Los Proveedores Participantes y Proveedores No Participantes son Proveedores que No Pertenecen a la Red porque no tienen un contrato con la Red de Proveedores Signature Blue de HMOLA. También nos referimos a Proveedores Fuera de la Red como Proveedores que no son de la *Red Signature Blue*.

Proveedor Quality Blue: Un Proveedor que firmó un contrato para participar en Nuestra Red de Proveedores Quality Blue. Actualmente, los Proveedores de Quality Blue incluyen médicos de cabecera, médicos generales, pediatras, internistas, geriatras, enfermeros y asistentes médicos, , pero pueden contratar a más Proveedores para participar en el programa Quality Blue. Para comprobar si un Proveedor participa en el programa Quality Blue, puede acceder a un directorio de Proveedores en nuestra página web es.bcbsla.com o ponerse en contacto con nuestro servicio de atención al cliente llamando al número que figura en la tarjeta de identificación.

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.

Recién Nacido: Los bebés desde el momento del nacimiento hasta la edad de un (1) mes o hasta que el bebé esté lo suficientemente bien como para ser dado de alta de un Hospital o Unidad de Atención Especial neonatal para irse a su domicilio, el período que sea más largo.

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

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

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

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

Rescisión: Cancelación o discontinuación de la cobertura que tiene un efecto retroactivo. Esto incluye una cancelación que trata una póliza como nula desde el momento de la afiliación o una cancelación que anule los Beneficios pagados hasta un (1) año antes de la cancelación.

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.

Servicio Cubierto: Los servicios o suministros especificados en este Contrato para los cuales Usted puede recibir Beneficios si un Proveedor los proporciona.

Servicio de Ambulancia: Traslado que es Medicamento 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.

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.

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. Este servicio incluye toda la atención de enfermería y servicios instructivos de enfermería proporcionados como parte del gasto de alojamiento y comida del Hospital.

Servicios de Imágenes

- A. Imágenes de Baja Tecnología: Servicios de diagnóstico por imágenes que incluyen, entre otros, radiografías, estudios con equipos, diagnóstico por imágenes y radioterapia.
- B. 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.

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

los proveedores la capacidad de prestar servicios cuando el proveedor y el paciente se encuentran en ubicaciones separadas.

- 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.

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

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

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

Servicios Privados de Enfermería: Servicios de un Enfermero Registrado (RN, por sus siglas en inglés) o un Enfermero Especializado con Licencia (LPN, por sus siglas en inglés) que no sea un familiar directo, cónyuge ni hijo adoptado del paciente. El Médico que atiende debe ordenar estos servicios y estos servicios requieren las destrezas técnicas de un RN o un LPN,.

Nosotros determinamos qué servicios son Servicios Privados de Enfermería. Los Servicios Privados de Enfermería que Nosotros determinemos que son la Asistencia de un Cuidador no están cubiertos.

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.

Suscriptor: 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 Individual* 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 este Contrato.

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 a Distancia: Una forma de prestar asistencia médica que implica la recopilación y transmisión electrónica de datos biométricos que se analizan y utilizan para desarrollar, gestionar y actualizar un plan de tratamiento relacionado con una afección de salud crónica o aguda. Los servicios de Terapia a distancia deben ser solicitados por un Médico colegiado, un asistente médico, un enfermero registrado de práctica avanzada u otro Proveedor de atención médica cualificado que haya examinado al paciente y con el que éste tenga una relación establecida, documentada y continuada.

Terapia de Patologías del Habla y del Lenguaje: El tratamiento utilizado para controlar el habla y lenguaje, el desarrollo del habla y lenguaje la comunicación cognitiva y dificultad para tragar. La terapia debe utilizarse para mejorar o restaurar la función.

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: 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: diseñar, fabricar o utilizar dispositivos ortopédicos; formarse en el uso de dispositivos ortopédicos y protésicos; diseñar, desarrollar, adaptar o formarse en el uso de dispositivos de asistencia; y adaptar entornos para mejorar el rendimiento funcional.

Trastorno Mental (Salud Mental): Un síndrome o patrón psicológico y de comportamiento clínicamente significativo. Este incluye lo siguiente:

- A. psicosis,
- B. trastornos neuróticos,
- C. trastornos de personalidad,
- D. trastornos afectivos,
- E. las siguientes enfermedades mentales graves específicas según lo definido en Luisiana. R.S. 22:1043:
- F. esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo;
- G. trastorno bipolar;
- H. trastorno de pánico;
- I. trastorno obsesivo compulsivo;
- J. trastorno depresivo severo;
- K. anorexia y bulimia;
- L. trastorno explosivo intermitente;
- M. trastorno de estrés postraumático;
- N. psicosis NOS cuando se diagnostica en menores de diecisiete (17) años;
- O. Síndrome de Rett;
- P. síndrome de Tourette,

Q. 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

Trastornos 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 Psiquiatría, Washington, D.C. (DSM). Estos trastornos se caracterizan por la disfunción grave y generalizada en distintas áreas del desarrollo: destrezas de interacción social recíproca, destrezas de comunicación o la presencia de comportamiento, intereses y actividades estereotipados. Los Trastornos del Espectro Autista incluye afecciones tales como el Trastorno Autista, el Síndrome de Rett, el Trastorno de Desintegración Infantil, el Síndrome de Asperger y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.

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 intensiva para pacientes con enfermedades graves, como una unidad neonatal de cuidados intermedios, una unidad de telemetría para pacientes cardíacos o una unidad de aislamiento.

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

ARTÍCULO III. ESQUEMA DE REQUISITOS

Por enmienda, Nosotros podemos eliminar o revisar cualquier requisito para la afiliación descrito en este Contrato que no sea impuesto por ley estatal o federal.

A. Período de Apertura de Inscripción

Un Suscriptor y sus Dependientes podrán inscribirse en este Contrato durante el Período de Inscripción Abierta. Los cambios de inscripción no serán permitidos después haberse cerrado un Período Inscripción Abierta, a menos que haya un evento especial de inscripción, como se explica a continuación, o el Afiliado se da de baja de la cobertura.

B. Requisitos para la afiliación

1. Suscriptor:

- a. Dentro del Mercado de Seguros Médicos: Un Suscriptor es una persona que ha solicitado, ya sea personalmente o a través de un representante legal, la cobertura de seguro de salud individual al Mercado de Seguros Médicos, y se ha determinado por el Mercado de Seguros que califica para este Contrato. Al momento de la solicitud y, posteriormente, Usted debe ser un ciudadano, nacional o tener presencia legal en los Estados Unidos y ser residente del estado de Luisiana. No puede estar encarcelado, a menos que el encarcelamiento sea en espera de la disposición de cargos.
- b. Fuera del Mercado de Seguros Médicos: Un Suscriptor es una persona que ha firmado la *Solicitud para Cobertura de Salud Individual*, o la persona en cuyo nombre se ha firmado tal solicitud a través de un representante legal apropiado y que ha sido aceptado por Nosotros. Usted debe ser un residente de Luisiana en el momento de la solicitud y mientras esté cubierto.

2. Dependiente: Para ser apto como Dependiente, Usted debe cumplir con los siguientes criterios al momento de la solicitud. Para ser apto para mantener la cobertura, Usted debe continuar cumpliendo con los criterios. Si Usted no cumple de forma ininterrumpida los criterios, Nosotros podemos determinar que Usted ya no tiene derecho a recibir cobertura y los Beneficios para Dependientes pueden finalizar de la manera descrita en este Contrato:

a. Cónyuge

b. Hijos: Un niño menor de veintiséis (26) años que sea uno de los siguientes:

(1) hijo del Suscriptor; o

(2) legalmente dado en adopción con el Suscriptor; o

(3) adoptado legalmente por el Suscriptor; o

(4) un niño del que el Suscriptor o su Cónyuge hayan obtenido la custodia legal o provisional por mandato, o un niño del que el Suscriptor o su Cónyuge sean el tutor o tutores designados por el tribunal; o

(5) un niño que recibe el sustento del Suscriptor en conformidad con una Orden para la cobertura garantizada de la solicitud de asistencia médica infantil (QMCSO, por sus siglas en inglés) o Notificación de Manutención Médica Nacional (NMSN, por sus siglas en inglés); o

(6) un hijastro del Suscriptor; o

(7) un nieto que resida con el Suscriptor, siempre y cuando un mandato del tribunal le haya concedido al Suscriptor la custodia legal o la custodia provisional del nieto; o

(8) el hijo o nieto del Suscriptor que está bajo la custodia legal y reside con el Suscriptor, que está cubierto por el Contrato antes de cumplir los 26 años, y puede permanecer cubierto por el Contrato

una vez que cumple los 26 años porque cumple con la definición y los requisitos de un dependiente mayor de edad.

C. Clases de Cobertura

Las siguientes clases de cobertura están disponibles bajo este Contrato:

1. Suscriptor Solo: Cobertura solo para el Suscriptor.
2. Hijo Solo: La Cobertura para un () niño que es menor de veintiún (21) años a partir del primer día del año y que no tiene Cónyuge o Dependientes inscritos en el Contrato. Si se añade un Cónyuge o Dependiente al Contrato, o el Suscriptor tiene 21 años o más a partir del primer día del Año de la Póliza, el Contrato ya no se considera un contrato para *Hijo Sólo* y pueden aplicarse otras reglas o leyes. A menos que lo exija la ley, la Compañía aceptará un (1) solo hijo por Contrato para *Hijo Sólo*. Si se requiere que varios niños sean cubiertos bajo un mismo Contrato para *Hijo Sólo*, se cargará la prima correspondiente.
3. Suscriptor y Cónyuge: Cobertura para el Suscriptor y Cónyuge.
4. Suscriptor y familia: Cobertura para el Suscriptor, su Cónyuge y uno (1) o más hijos Dependientes.
5. Suscriptor e hijos: Cobertura para el Suscriptor y (uno) o más hijos Dependientes.

D. Fecha de entrada en vigor de la cobertura

1. Una persona puede solicitar cobertura bajo este Contrato a través de Nosotros o del Mercado de Seguros Médicos y puede incluir a cualquier Dependiente calificado en dicha solicitud.
2. Ninguna persona para quien se solicite la cobertura será cubierta bajo este Contrato a menos que Nosotros o el Mercado de Seguros Médicos apruebe la *Solicitud para Cobertura de Salud Individual* 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.
3. Cuando una solicitud ha sido aprobada y todas las primas de cobertura han sido pagadas por adelantado de acuerdo con lo requerido por este Contrato, la cobertura comenzará en la fecha que Nosotros o el Mercado de Seguros Médicos asigne como su Fecha de entrada en vigor. No se pagarán Reclamaciones por fechas de servicios anteriores a Su Fecha de entrada en vigor.

E. Inscripción especial

Ciertos eventos específicos le proveen a Usted la oportunidad de inscribirse o cancelar Su cobertura o la de Sus Dependientes calificados de este Contrato, fuera del Período de Inscripción Abierta. A esto se le conoce como eventos de inscripción especial. La inscripción o la cancelación deben efectuarse durante el Período de Inscripción Especial que se especifica en este Contrato. Los afiliados que pierden esta u otra cobertura porque no pagan su prima o pierden esta u otra cobertura por causa (como la presentación de Reclamaciones fraudulentas o una tergiversación intencional de los hechos materiales en relación con el Contrato) no son Afiliados Especiales y no tienen derechos especiales de inscripción.

1. Los siguientes son ejemplos de eventos de inscripción especial para todos los Contratos adquiridos tanto Dentro del Mercado Seguros Médicos como Fuera del Mercado de Seguros Médicos.
 - a. Pérdida de la cobertura esencial mínima durante el año como consecuencia de:
 - (1) pérdida de los requisitos para recibir cobertura bajo otro plan en el que la persona estaba inscrita, como resultado de la finalización del contrato de trabajo (a excepción de una falta grave), reducción

en la jornada de trabajo, muerte, divorcio o pérdida del estatus como dependiente bajo el plan de salud;

- (2) cambio de residencia a un área que no está cubierta por el plan de salud bajo el cual la persona estaba inscrita;
- (3) que otro plan de salud deje de ofrecer beneficios a una determinada clase de personas con situaciones similares, de la cual la persona era miembro;
- (4) el cese de contribuciones por parte del empleador para la cobertura de una persona bajo otro plan de salud en el cual la persona estaba inscrita; y
- (5) agotamiento de la continuación de cobertura COBRA.

Una persona que solicita inscripción especial bajo esta sección debido a la pérdida de otra cobertura esencial mínima debe solicitar inscripción bajo este Contrato dentro de los 60 días posterior a la fecha en que finaliza la otra cobertura (o después de que el empleador cese de hacer contribuciones hacia la otra cobertura). Dicha inscripción debe ser recibida por una oficina de HMO Louisiana, Inc. dentro de sesenta (60) días posteriores a la fecha de la pérdida de la otra cobertura. La solicitud será denegada y la cobertura no estará disponible si HMO Louisiana, Inc. no recibe el formulario de solicitud de inscripción dentro de sesenta (60) días tras la pérdida de la otra cobertura.

Cobertura esencial mínima para los propósitos de Inscripción Especial bajo esta sección significa aquellas incluidas bajo ese término por el Código de Impuestos Internos Sección 5000A, como por ejemplo:

- Medicare;
- Medicaid;
- El Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés);
- La cobertura de salud proporcionada por las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos conforme al Capítulo 55 del Título 10 del Código de los Estados Unidos, inclusive Tricare;
- El programa de cobertura de salud proporcionado por la Secretaría de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos en coordinación con la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo los Capítulos 17 y 18 del Título 38 del Código de los Estados Unidos;
- El plan de salud para los voluntarios del Cuerpo de Paz bajo la Sección 2504(e) del Título 22 del Código de los Estados Unidos;
- El Programa de Beneficios de Salud con Fondos No Asignados del Departamento de Defensa de los Estados Unidos, establecido bajo la Sección 349 de la Ley de Autorización de Defensa Nacional para el Año Fiscal 1995;
- Los planes de salud adquiridos en el mercado individual de seguros de salud dentro de un estado de los Estados Unidos;
- La cobertura de beneficios de salud del fondo común de riesgo de un Estado de los Estados Unidos.
- Un plan de salud patrocinado por el empleador ofrecido en los mercados de grupos pequeños o grandes en un Estado de los Estados Unidos, o un plan de salud de gobierno, el cual no es un Beneficio exceptuado; y

- Cualquier otro plan reconocido como *cobertura esencial mínima* por parte de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos junto con la Secretaría del Tesoro de los Estados Unidos a los fines de la Sección 5000A del Código de Impuestos Internos.
- b. Un Plan Médico Calificado viola una disposición relevante de su Contrato.
 - c. Una nueva determinación de idoneidad o no para el pago anticipado de los créditos fiscales para las primas, o un cambio en la idoneidad para la reducción en el reparto de los costos en el Mercado de Seguros Médicos.
 - d. El Suscriptor adquiere un Dependiente o se convierte en Dependiente por medio de matrimonio, nacimiento, adopción, entrega en adopción o mandato que otorga la custodia legal o provisional del niño o nieto. El Período de Inscripción Especial descrito en este apartado es un período de 60 días y comienza en la fecha que sea más tarde entre la fecha en la cual la cobertura para el Dependiente esté disponible o la fecha del matrimonio, nacimiento, de la adopción, la entrega legal para adopción o del mandato que otorga custodia legal o provisional de un niño o nieto. Las primas podrán ser ajustadas para la cobertura adicional. Su solicitud para inscribirse Usted o a otras personas como resultado de estos eventos, debe ser recibida por HMO Louisiana, Inc. dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha del evento. Si la solicitud de inscripción no se hace de manera oportuna, la solicitud será denegada.
2. Ejemplos de eventos adicionales de inscripción especial para Contratos adquiridos únicamente Dentro del Mercado de Seguros Médicos son:
 - a. obtener acceso a nuevos Planes de Salud Autorizados debido a un traslado permanente;
 - b. ser indígena, como se define en la Sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica Indígena;
 - c. cumplir con otras circunstancias excepcionales según lo determinado por el Mercado de Seguros Médicos;
 - d. adquirir nuevo estatus como ciudadano de los Estados Unidos, nacional u otra presencia legal en los Estados Unidos; y
 - e. la inscripción o no inscripción en un Plan de Salud Autorizado se debió a un error, tergiversación o inacción por parte de un empleado, oficial o agente del Mercado de Seguros Médicos o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o de sus agencias.
 - f. Su solicitud para inscribirse a sí mismo a otros Dependientes calificados debe ser recibida por HMO Louisiana, Inc. dentro de los sesenta días siguientes a la fecha del evento. Si la solicitud de inscripción no se hace a tiempo, se denegará la solicitud.
 3. Cobertura Automática para Recién Nacidos durante los Períodos de Inscripción Especial

Existe un período de 1 mes de cobertura automática para Recién Nacidos biológicos o adoptados. Cualquier período de cobertura automática para Recién Nacidos coincide con el Período de Inscripción Especial para solicitarnos a Nosotros o al Mercado de Seguros Médicos que se agreguen a estos niños a este Contrato.

 - a. Recién Nacidos: Si nace un niño de un Afiliado cubierto bajo este Contrato, se aplican las siguientes disposiciones:
 - (1) El niño recibirá cobertura automáticamente durante un mes desde el nacimiento o hasta que el niño sea dado de alta del Hospital o la Unidad de Atención Especial neonatal, el período que sea más extenso. Este es el período de cobertura automática. Este período de cobertura automática para el niño se proporcionará si Usted notifica el nacimiento del niño al Mercado de Seguros Médicos o HMO, Louisiana, Inc. según corresponda. La cobertura del niño continuará hasta que finalice el período de cobertura automática, salvo que Nosotros o el Mercado de Seguros Médicos determinemos lo contrario o si el Recién Nacido se agrega a este Contrato como un Dependiente. La cobertura se realiza solicitándola a Nosotros o al Mercado de Seguros Médicos, pagando las primas requeridas para la cobertura y completando cualquier formulario requerido.

- (2) Si la solicitud de inscripción no se recibe dentro de este período de 1 mes, la cobertura del niño finalizará cuando expire el período de cobertura automática. Cualquier solicitud posterior para agregar al Recién Nacido a la cobertura debe realizarse durante el Período de Inscripción Abierta o conforme a otra disposición de inscripción especial.
- b. Recién Nacidos Adoptados: Si en el plazo de un mes tras el nacimiento del niño, este es legalmente entregado para adopción en el domicilio del Suscriptor tras un acto voluntario para entregar la custodia al Suscriptor o su representante legal, lo cual se convierte en un acto irrevocable, o está sujeto a una orden judicial que otorga la custodia a un Suscriptor, se aplicarán las siguientes disposiciones:
- (3) El Recién Nacido Adoptado recibirá cobertura automática durante un mes. El período de un mes comienza en la fecha de la entrega legal en el domicilio del Suscriptor o de la orden de custodia o, si se trata de un recién nacido con una enfermedad, desde la fecha en que el niño podría haber sido entregado legalmente en el hogar del Suscriptor si no hubiera estado enfermo, hasta que el niño sea dado de alta del Hospital o de la Unidad de Atención Especial neonatal, el período que sea más extenso. La cobertura del niño continuará hasta que finalice el período de cobertura automática, salvo que Nosotros o el Mercado de Seguros Médicos determine lo contrario o si el Recién Nacido Adoptado se agrega a este Contrato como un Dependiente. La cobertura se realiza solicitándola a Nosotros o al Mercado de Seguros Médicos, pagando las primas requeridas para la cobertura y completando cualquier formulario requerido.
- (4) Si la solicitud de inscripción no se recibe dentro de este período de 1 mes, la cobertura del niño finalizará cuando expire el período de cobertura automática. Cualquier solicitud posterior para agregar al Recién Nacido Adoptado a la cobertura debe realizarse durante el Período de Inscripción Abierta o conforme a otra disposición de inscripción especial.

Por enmienda, Nosotros podemos eliminar o revisar cualquier Beneficio bajo este Contrato que no sea impuesto por la ley estatal o federal.

ARTÍCULO IV. BENEFICIOS

A. Categorías de Beneficios

1. Beneficios de la Red (dentro de la Red) – Beneficios de atención médica recibidos a través de un Proveedor de la Red Signature Blue. Cuando un Afiliado recibe atención de un Proveedor de la Red recibirá el nivel más alto de Beneficios bajo este Contrato.
2. Beneficios que No Pertenece 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 la Red Signature Blue. Los Proveedores Participantes y No Participantes no tienen contrato con Nuestra Red de Proveedores Signature Blue. Cuando un Afiliado recibe atención de un Proveedor que No Pertenece a la Red, recibirá el nivel más bajo de Beneficios de este Contrato.

B. Cantidades de Deducible

1. Sujeto a las Cantidades de Deducible que se muestran en el Esquema de Beneficios, las limitaciones máximas que se proporcionan a continuación y otros términos y disposiciones de este Contrato, proporcionaremos Beneficios de acuerdo con el Coaseguro que se muestra en el Esquema de Beneficios para los Cargos Permitidos incurridos por los Servicios Cubiertos por un Afiliado durante un Período de Beneficios. Los siguientes Deducibles pueden aplicarse a los Beneficios proporcionados por este Contrato.
 - a. Cantidad de Deducible Individual: El importe total, según figura en el *Esquema de Beneficios*, de los cargos por los Servicios Cubiertos que Usted debe pagar durante un Período de Beneficios antes de que este Contrato comience a pagar por los Beneficios. Se puede aplicar una Cantidad de Deducible diferente a ciertos Servicios Cubiertos si se muestran en este *Esquema de Beneficios*.
 - b. Cantidad de Deducible Familiar: Para los Afiliados en una clase de cobertura con más de un Afiliado, esta cantidad total que se muestra en el *Esquema de Beneficios* es la Cantidad de Deducible máxima que la familia debe pagar antes de que este Contrato comience a pagar los Beneficios. Una vez que la familia haya alcanzado su Deducible Familiar, este Contrato comenzará a pagar los Beneficios a todos los Afiliados de la familia, aun si no todos los Afiliados alcanzaron su Deducible Individual. Ningún miembro de familia puede contribuir más que la Cantidad de Deducible Individual para satisfacer el importe total requerido de una familia. Solo los Deducibles Individuales se acumulan al Deducible Familiar.
 - c. Deducible de Medicamentos con Receta: El importe total, si se muestra en el *Esquema de Beneficios*, que cada Afiliado debe pagar dentro de un Período de Beneficios antes de pagar un Copago por Medicamento con Receta. Un Deducible de Medicamentos con Receta es adicional a otros Deducibles. No se acumula al Deducible Individual del Período de Beneficios o al Deducible Familiar.
2. Cada uno de los Deducibles descritos en el *Esquema de Beneficios* puede tener importes separados de la Red y que No Pertenece a la Red. Los importes que se aplican a un Deducible de la Red Cantidad 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 de la Red.
3. Aplicaremos las Reclamaciones del Afiliado a la Cantidad de Deducible apropiada en el orden en que se recibieron y procesaron las Reclamaciones. Es posible que un Proveedor pueda cobrar el importe del Deducible al Afiliado, y posteriormente, cuando el Afiliado reciba Servicios Cubiertos de otro Proveedor, que ese Proveedor también le cobre al Afiliado el Deducible. Esto generalmente ocurre cuando las Reclamaciones del Afiliado no han sido recibidas y procesadas por Nosotros. Nuestro sistema solo mostrará la Cantidad de deducible aplicada a las Reclamaciones que han sido procesadas.

Por lo tanto, es posible que el Afiliado deba pagar el importe del Deducible hasta que se presenten y procesen sus Reclamaciones, demostrando que se ha alcanzado la Cantidad de su deducible. Si el Afiliado realiza un pago que excede su Cantidad de deducible, el Afiliado tiene derecho a recibir un reembolso del Proveedor al que pagó de más.

4. Si Nosotros pagamos a un Proveedor médico cantidades que son Su responsabilidad, como Copagos o Deducibles y Coaseguro, Nosotros podemos cobrarle directamente esas cantidades. Usted acepta que Nosotros tenemos derecho a recibir tales cantidades de Su parte.

C. Coaseguro

Si se muestra un Coaseguro en el Esquema de Beneficios para un Servicio Cubierto, el Miembro primero debe pagar cualquier Cantidad de Deducible antes de que se aplique el Coaseguro. Después de que se haya alcanzado cualquier Cantidad de Deducible, y sujeto a las limitaciones máximas y otros términos y disposiciones de este Contrato, proporcionaremos Beneficios en el Coaseguro que se muestra en el Esquema de Beneficios para los Cargos Permitidos por los Servicios Cubiertos. Nuestro pago real a un Proveedor o pago al Afiliado cumple con Nuestra obligación de proporcionar Beneficios bajo este Contrato.

D. Servicios de Copago

El Afiliado puede pagar uno o más Copagos cada vez que se brinden los Servicios Cubiertos correspondientes. La cantidad del Copago depende del servicio y del tipo de Proveedor de la Red que brinda el servicio. Los Copagos por visitas al consultorio, si corresponden, serán los que se muestran en el Esquema de Beneficios.

1. Si corresponde, el copago de la consulta médica puede reducirse cuando los servicios son prestados por un Proveedor Quality Blue. Los Proveedores de Quality Blue incluyen cualquier Proveedor que haya firmado un contrato para participar en el programa Quality Blue. 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 el Afiliado 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 a la Cantidad de Desembolso de este Contrato:
 - a. Cantidades de Deducible;
 - b. Coaseguros; y
 - c. Copagos.
3. Los siguientes no se acumulan a la Cantidad de Desembolso de este Contrato:
 - a. cualquier cargo que exceda el Cargo Permitido;
 - b. cualquier sanción que el Afiliado o el Proveedor tenga que pagar; y
 - c. los cargos por Servicios no Cubiertos.
4. Las cantidades pagadas por los Afiliados por los Servicios Cubiertos brindados por Proveedores Participantes y No Participantes (colectivamente No Pertenece a la Red) se acumularán a la Cantidad de Desembolso para los Proveedores de la Red cuando así lo exija la ley.
5. Los servicios para los Beneficios de Salud Esenciales de un Proveedor que No Pertenece a la Red se acumularán a la Cantidad de Desembolso para los Proveedores de la Red.

F. Transferencias de Acumuladores

Las necesidades de los miembros a veces requieren que se transfieran de un contrato a otro. Los tipos de transferencias incluyen, entre otros, pasar del plan de un Empleador a otro, de un cambio de asignación a una variación de plan diferente del mismo Plan de Salud Calificado durante un Período de Beneficios, de un plan de Grupo a un Contrato individual, un contrato individual a un plan grupal, o un plan de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana a una póliza HMO Louisiana, Inc. El tipo de transferencia que se realiza determina si los acumuladores del Afiliado se trasladan del Contrato antiguo al Contrato nuevo. Los acumuladores incluyen, entre otros, Deducibles, Cantidades de Desembolso y Límites Máximos del Período de Beneficios.

G. Cobertura de Medicare

Si un afiliado cumple con los requisitos para acceder a Medicare, deberá solicitar e inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare y utilizar Proveedores que acepten Medicare para recibir la cobertura completa de los beneficios en virtud de Medicare y la cobertura completa de los beneficios en virtud de este Contrato. Supondremos que un afiliado que reúne los requisitos para recibir Medicare se ha inscrito en Medicare y utiliza Proveedores que aceptan Medicare una vez que reúne los requisitos para recibir beneficios en virtud de este.

Si un Miembro cubierto por este Contrato es elegible para la Parte B de Medicare, podemos tener en cuenta los beneficios para los que el Miembro es elegible en virtud de la Parte B de Medicare, independientemente de si el Miembro se ha inscrito realmente para dicha cobertura. Por lo tanto, incluso si un afiliado no se ha inscrito en la Parte B de Medicare, podemos reducir la cobertura de las Reclamaciones del afiliado por cualquiera o todos los Servicios Cubiertos por los beneficios a los que el afiliado puede recibir en la Parte B de Medicare, y después pagar los importes restantes de las Reclamaciones.

La reducción de la cobertura se producirá como se describe en el presente documento. Reduciremos Nuestros Cargos Permitidos en un 80 %. El Afiliado será responsable del pago de la reducción del 80 %. El 20 % restante de Nuestros Cargos Permitidos será pagado por Nosotros al 100 % después de que el Afiliado haya pagado cualquier Deducible aplicable y el 20 % restante no estará sujeto a ningún Copago o Coaseguro adicional. El 80 % de nuestros Cargos Permitidos que el afiliado pueda pagar no se considerará como pago de un Servicio Cubierto y esos importes no se aplicarán a la Cantidad de desembolso ni a ningún importe deducible.

Como resultado, si se aplica esta reducción, el Afiliado será responsable del 80 % de Nuestros Cargos Permitidos, más cualquier Importe Deducible sobre el 20 % restante, lo que resultará en que el Afiliado pague costos significativamente más altos por los servicios que si el Afiliado se hubiera inscrito en Medicare.

ARTÍCULO V. BENEFICIOS DE 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.

Debe pagar todos los Copagos, cualquier Cantidad de Deducible y Coaseguro que se muestren en el Esquema de Beneficios. Si un Afiliado recibe servicios de un Médico en una clínica de un Hospital, el Afiliado puede quedar sujeto a cargos por parte del Médico o la clínica, como también de las instalaciones.

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

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

Si un Afiliado está recibiendo Servicios Médicos de Emergencia y es ingresado en un Hospital que No Pertenece a la Red, los Beneficios se procesarán al nivel de Deducible y Coaseguro más alto de la Red Signature Blue que figura en el *Esquema de Beneficios*. Según lo permita la ley vigente, una vez estabilizado, el Afiliado debe trasladarse a un Hospital de la Red Signature Blue puede estar sujeto a una sanción como se muestra en el *Esquema de Beneficios*.

El hospital no participante también puede facturar el saldo del afiliado excepto en la medida en que la ley aplicable prohíba la facturación del saldo.

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 para Afiliados enfermos de gravedad que requieren un nivel intensivo de cuidado.
3. En un Centro o Unidad de Enfermería Especializada o mientras recibe servicios de enfermería especializada en un Hospital u otro centro aprobado por Nosotros.
4. En un Centro de Tratamiento Residencial para Afiliados que usan Beneficios para trastornos de Salud Mental o trastornos por consumo de sustancias tóxicas.

B. Otros servicios hospitalarios (Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios)

1. Uso de las salas de operaciones, partos, recuperación o tratamiento y los equipos.
2. Fármacos y medicinas, incluidos aquellos de venta con receta para ser administrados en casa.
3. 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. Beneficios de Sala de Emergencias (solo las instalaciones)

El Afiliado debe pagar un Copago de Sala de Emergencias, Cantidad de Deducible o Coaseguro, si se muestra en el Esquema de Beneficios, por cada visita que el Afiliado hace a un Hospital o Centro de Salud Asociado para Servicios Médicos de Emergencia.

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

D. Evaluación previa a la Admisión

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

ARTÍCULO VI. BENEFICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Los Beneficios para los siguientes servicios médicos y quirúrgicos están disponibles y pueden requerir Autorización. Consulte el Esquema de Beneficios para determinar qué servicios requieren Autorización. Debe pagar cualquier Copago, Deducible y 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 visitas médicas las visitas 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 por visitas al consultorio 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 servicio secundario tampoco estará cubierto.

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 completo incluye el cargo por los servicios desagregados. Proporcionaremos Beneficios de acuerdo con el servicio integral adecuado, según lo determinemos Nosotros.

e. Servicio Mutuamente Excluyentes

- (1) Los servicios mutuamente excluyentes son dos (2) o más servicios que generalmente no se realizan en la misma sesión quirúrgica en el mismo paciente, en la misma fecha del servicio y para los cuales se realizan facturaciones separadas. 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 (1) 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. Todos y cada uno de los 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), un primer auxiliar de enfermería registrado (RNFA) 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

- a. 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.
- b. Los procedimientos de anestesia o sedación que realice el Médico que opera, su cirujano asistente, o un enfermero registrado de práctica avanzada, se cubrirán como parte del procedimiento quirúrgico o de diagnóstico a menos que Nosotros determinemos lo contrario.
- c. Los Beneficios de anestesia se determinarán aplicando el Coaseguro al Cargo Permitido, tomando como base el procedimiento quirúrgico primario que se realice. Los Beneficios están disponibles para el anestesista o el CRNA que proporcione el servicio. Cuando un anestesista dirija o supervise médicamente al CRNA, el pago podría dividirse entre la dirección o supervisión médica y la administración de la anestesia cuando se facturen por separado.

5. Segunda Opinión Quirúrgica

Las segundas opiniones quirúrgicas están cubiertas, sujetas a Copagos, Coaseguros y Deducibles, pero no son obligatorias para recibir Beneficios.

B. Servicios Médicos para Pacientes Hospitalizados

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

1. Consulta médica a pacientes hospitalizados
2. Atención Concurrente; y
3. Consultas (como se define en este Contrato).

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 servicios médicos para Pacientes Ambulatorios no incluyen pagos por separado para visitas médicas preoperatorias y posoperatorias de rutina para Operación o Atención del Embarazo.
2. Consultas (como se define en este Contrato).
3. Servicios de Diagnóstico.
4. servicios de un Centro Quirúrgico Ambulatorio.
5. servicios de un Centro de Atención de Urgencias.

ARTÍCULO VII. BENEFICIOS DE 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 despacharse en o después de la Fecha de entrada en vigor del Afiliado por un farmacéutico con licencia o un técnico de farmacia bajo la dirección de un farmacéutico con licencia, con la receta de un Médico o un Profesional de la Salud Asociado que tenga licencia para recetar medicamentos. Los Beneficios se basan en el Cargo Permitido que determinemos y solo se cubrirán aquellos Medicamentos con Receta que Nosotros consideremos Medicamento Necesarios. Ciertos Medicamentos con Receta 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 por Medicamentos con Receta cubiertos comprados en Farmacias Participantes se basa en la cantidad que pagamos a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia. Usamos la cantidad que pagamos a nuestro administrador de beneficios de farmacia para basar nuestro pago por sus medicamentos con receta cubiertos y el importe que debe pagar por los medicamentos con receta cubiertos.

Para obtener información de contacto de las farmacias participantes, debe comunicarse con nuestro departamento de Atención al Cliente o con nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia al número de teléfono que figura en la 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 aparece en el Esquema de Beneficios, se debe haber cumplido antes de que se aplique cualquier Copago o Coaseguro. Si el Afiliado 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 el Miembro ha alcanzado el Deducible de Medicamentos con Receta, pagará la cantidad del Copago o Coaseguro que se muestra en el Esquema de Beneficios. La Farmacia de la Red presentará de forma electrónica la Reclamación del Afiliado.

D. Formulario de Medicamentos con Receta

Este Contrato cubre los Medicamentos con Receta y utiliza un Formulario cerrado de Medicamentos con Receta. Un Formulario de Medicamentos de venta con Receta es una lista de los Medicamentos con Receta cubiertos en este Contrato. 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 la 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 aparece en el Esquema de Beneficios, se debe haber cumplido antes de que se aplique cualquier Copago o Coaseguro. Es posible que el Afiliado deba pagar un Copago o Coaseguro diferente, dependiendo de si se adquieren los Medicamentos con Receta en una tienda o por correo. Los Medicamentos con Receta deben estar sujetos a límites de cantidad.
2. Los Copagos o Coaseguros por Medicamentos con Receta se basan en las siguientes clasificaciones de niveles como se muestran en el *Esquema de Beneficios*. La asignación del nivel se basa en Nuestra evaluación de la eficiencia clínica, la seguridad, el costo y los factores farmacoeconómicos de un medicamento específico. Puede llamar al servicio de atención al cliente o consultar nuestra página web 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).
 - a. Nivel 1: Principalmente los Medicamentos Genéricos (tradicionales y especializados), aunque algunos Medicamentos de Marca pueden caer en esta categoría.
 - b. Nivel 2: Incluye medicamentos de marca tradicionales y genéricos, medicamentos de marca especializados y genéricos, y biosimilares
 - c. 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 el Coaseguro que se muestra en el Esquema de Beneficios. Los Medicamentos genéricos y los Medicamentos de marca pueden estar sujetos a diferentes Coaseguros.
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.
 - a. Nivel 1: Medicamentos Genéricos
 - b. 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 Miembros, el uso adecuado y el costo rentable de los medicamentos y el control de la calidad de la atención médica. Ejemplos de estos programas incluyen:

1. Autorización Previa: Como parte de nuestro programa de Administración de Utilización de Medicamentos, los Afiliados o Médicos deben solicitar y recibir Autorización previa para ciertos Medicamentos con Receta y suministros para 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 la tarjeta de identificación. Si el Medicamento con Receta requiere Autorización previa, el Médico del Afiliado debe llamar al número de teléfono para Autorizaciones Médicas que figura en la 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 la receta del Miembro, 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 el Afiliado 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 la afección médica del Afiliado, es posible que solicitemos al Médico del Afiliado que recete el medicamento A en primer lugar. Si el medicamento A no funciona para el Miembro, entonces cubriremos una receta escrita para el medicamento B. Sin embargo, si la solicitud de Su Médico para recetar el medicamento escalonado B no cumple con los criterios necesarios para comenzar con un medicamento escalonado B sin intentar utilizar primero uno del tipo A, o si Usted elige un medicamento B incluido en el programa de Terapia Escalonada de medicamentos sin intentar primero con uno alternativo A, Usted será responsable del costo total del medicamento.
5. **Anulación de la Terapia Escalonada:** Su proveedor que prescribe el Medicamento con Receta puede solicitar una anulación de la Terapia Escalonada.
- a. Se proporcionan anulaciones de la Terapia Escalonada para el cáncer metastásico avanzado en etapa cuatro o afecciones asociadas cuando existen ciertos criterios; también se proporcionan anulaciones de Terapia Escalonada para otras afecciones cuando se cumplen ciertos criterios.
 - b. Cuando se envía una solicitud de Anulación de Terapia Escalonada, responderemos a la solicitud dentro de las setenta y dos horas, a menos que existan circunstancias apremiantes, en cuyo caso responderemos a la solicitud dentro de las veinticuatro horas. Si no tomamos la determinación a tiempo, la solicitud de anulación se considera aprobada.
 - c. Si se deniega una solicitud de Anulación de Terapia Escalonada, se puede presentar una Apelación.

F. Este contrato cubre suministros selectos para diabéticos, incluidos, entre otros, los monitores continuos de glucosa necesarios y suministros asociados, jeringas de insulina y 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 compra medicamentos con receta cubiertos en una farmacia que no tiene contrato con nosotros o con nuestro administrador de beneficios de farmacia, o cuando presenta una reclamación en papel con nosotros o con nuestro administrador de beneficios de farmacia, el cargo permitido es la cantidad que pagamos a nuestro administrador de beneficios de farmacia para 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. Para los Medicamentos con Receta cubiertos y suministros comprados fuera de los Estados Unidos, el Miembro 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 la 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, Nosotros podemos divulgar la información sobre la utilización de Medicamentos con Receta del Afiliado, incluso los nombres de los Médicos que recetan Sus medicamentos, a cualquier Médico que atiende al paciente o farmacia proveedora.

J. 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 este Contrato se utilizan para equilibrar las tarifas. Usted puede estar sujeto a una carga excesiva de costos para el consumidor cuando se compran Medicamentos con Receta Cubiertos bajo este Contrato. (La. R.S. 22.976.)

ARTÍCULO VIII.

ATENCIÓN PREVENTIVA O DE BIENESTAR

Los siguientes servicios de Atención Médica de Prevención o del Bienestar están a disposición de los Miembros. Si un miembro recibe servicios cubiertos para prevención o bienestar de un proveedor de la red, los beneficios se pagarán al 100 % del cargo permitido, a menos que se indique lo contrario a continuación. Si un miembro recibe servicios cubiertos para atención preventiva o de bienestar de un proveedor fuera de la red, los beneficios estarán sujetos a las cantidades de copago (si corresponde) y el coaseguro que se muestra en el Esquema de Beneficios. La Cantidad de Deducible se aplicará a los Servicios Cubiertos recibidos de un Proveedor que No Pertenece a la Red, salvo que se especifique lo contrario a continuación. Los servicios de Atención Médica de Prevención o del Bienestar pueden estar sujetos a otras limitaciones que se muestran en el Esquema de Beneficios.

A. Exámenes de Rutina de la Mujer

1. Visitas anuales de rutina a un ginecólogo u obstetra. Las visitas adicionales que recomiende Su obstetra o ginecólogo pueden estar sujetas a una Cantidad de Deducible, Copago o Coaseguro que se muestra en el Esquema de Beneficios, a menos que sean servicios preventivos.
2. Una (1) prueba de Papanicolaou de rutina por Período de Beneficio.
3. Todas las mamografías convencionales y mamografías en 3-D (tomosíntesis digital de seno) y ecografías del seno están cubiertas sin costo para Usted cuando son realizadas por un Proveedor de dentro de la Red. Las mamografías realizadas a través de un Proveedor que No Pertenece a la Red estarán sujetas al Coaseguro que figura en el Esquema de Beneficios.
4. Cuando lo exija la ley vigente, las resonancias magnéticas de seno estarán cubiertas por este beneficio de atención médica de prevención o del bienestar, pero no al cien por cien (100 %). La Cantidad Deducible no se aplicará para las resonancias magnéticas de seno. Los beneficios estarán sujetos al Coaseguro que se muestra en el Esquema de Beneficios para los servicios de imágenes de alta tecnología. Las resonancias magnéticas que no estén cubiertas por esta prestación de atención médica de prevención o del bienestar, podrán estar cubiertas por las prestaciones estándar del contrato para servicios de diagnóstico por imagen de alta tecnología cuando sean médicamente necesarias.

B. Exámenes físicos y pruebas

1. Examen Físico de Bienestar de Rutina: Algunas pruebas de diagnóstico de bienestar de rutina ordenadas por Su Médico están cubiertas. Entre los ejemplos de pruebas de diagnóstico de rutina para el bienestar que se pagarían en virtud de esta prestación de atención médica de prevención o del bienestar se incluyen, entre otros, pruebas como análisis de orina, conteo sanguíneo completo (CBC), bioquímica sérica, calcio, potasio, colesterol y niveles de azúcar en sangre.

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

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

Se permitirá una segunda visita si Su Médico lo considera necesario para un tratamiento de seguimiento dentro de los sesenta (60) días posteriores a la visita, siempre que esté relacionada con una afección diagnosticada o tratada durante las visitas.

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

La preparación para la colonoscopia y los suministros genéricos seleccionados prescritos por un Médico para colonoscopias de rutina y cubiertas por el Beneficio de Atención Preventiva o de Bienestar se cubrirán en su totalidad si los obtiene de una Farmacia de la Red. Las pruebas de rutina para la detección de cáncer colorrectal no son servicios que de otra manera estarían excluidos de los Beneficios; porque Nosotros consideramos que los servicios son de Investigación. La preparación y los suministros de marca para la colonoscopia estarán cubiertos sin costo alguno para Usted sólo bajo las siguientes circunstancias: Los Médicos prescriben la preparación y los suministros de marca para la colonoscopia debido a Su incapacidad de tolerar la preparación y los suministros genéricos seleccionados para la colonoscopia.

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

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

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

La lista de servicios cubiertos cambia cada cierto tiempo. Para verificar la lista actual de los servicios recomendados de Atención Médica de Prevención o del Bienestar exigida por la PPACA, visite el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en: <https://healthcare.gov/preventive-care-benefits/> (en inglés) o comuníquese con el servicio de atención al cliente al número de teléfono que se muestra en la Tarjeta de Identificación.

Los Afiliados pueden obtener información sobre el proceso de excepciones relacionado con la cobertura de los servicios de anticonceptivos en Nuestra página web bcbsla.com/birthcontrol. Este proceso de excepción sólo es aplicable a los planes que cubren los servicios anticonceptivos.

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

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

E. Servicios de COVID-19

Las pruebas de diagnóstico aprobadas, las pruebas de anticuerpos y los medicamentos antivirales que solicita Su Médico con el fin de tomar decisiones clínicas o tratarlo si se sospecha que tiene COVID-19 están cubiertos por este Contrato. Cuando acude a un Proveedor de la Red o que No Pertenece a la Red, estos servicios están

cubiertos, hasta el límite permitido por la Red, sin costo alguno cuando así lo exige la legislación vigente. Los Proveedores que No Pertenecen a la Red pueden facturarle el saldo hasta el cargo total facturado. Las cantidades facturadas no se aplican al Desembolso. Cuando la ley aplicable no exija que esté cubierto sin costo alguno para Usted, Su Plan puede pagar de acuerdo con los Beneficios del Contrato, incluido Su pago de los Copagos aplicables, la Cantidad de Deducible y Coaseguros, como se muestra en el Esquema de Beneficios para Proveedores de la red o que no pertenecen a la red.

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

Sólo cuando lo requiera la ley vigente, ocho (8) pruebas OTC COVID-19 aprobadas están cubiertas para cada Afiliado cada treinta (30) días. Las pruebas OTC COVID-19 aprobadas pueden obtenerse a través del método del programa de envío directo al consumidor del Administrador de Beneficios de Farmacia o en una farmacia. Esta cobertura está sujeta a las limitaciones de reembolso permitidas por la ley.

Si la ley federal o estatal aplicable cambia durante el Periodo de Beneficios, toda y cualquier cobertura para procedimientos, servicios, pruebas o tratamientos COVID-19 también cambiará de acuerdo con dichas leyes vigentes.

ARTÍCULO IX. 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 contrato cubre la primera visita de seguimiento después del alta de un centro para pacientes internados para el tratamiento de salud mental sin costo para usted cuando se realiza dentro de los siete (7) días posteriores al alta por parte de un proveedor de la red aprobado por nosotros como proveedor de salud conductual. Se pagarán consultas adicionales sujetas a los beneficios del Contrato.

ARTÍCULO X. BENEFICIOS DEL TRASTORNO POR 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 de la dependencia fisiológica o psicológica que se desarrolla debido al consumo continuo.

Su contrato cubre la primera visita de seguimiento después del alta de un centro para pacientes internados para el tratamiento del trastorno por uso de sustancias sin costo para usted cuando se realiza dentro de los siete (7) días posteriores al alta por parte de un proveedor de la red aprobado por nosotros como proveedor de salud conductual. Se pagarán consultas adicionales sujetas a los beneficios del Contrato.

ARTÍCULO XI. BENEFICIOS DE CIRUGIA BUCAL

En cuanto a los beneficios de cirugía bucal, los proveedores de la red de su plan médico, de la red dental de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana o de la red United Concordia Dental Advantage Plus se consideran proveedores de la red. Consulte estas Redes en es.bcbsla.com, o llame al número de teléfono de atención al cliente que figura en la tarjeta de identificación del Miembro para obtener copias de los directorios.

A. Este Contrato cubre únicamente 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 impactados.
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 de celulitis.
6. Incisión de senos paranasales, glándulas salivales y conductos salivales.
7. Anestesia para los servicios o procedimientos mencionados anteriormente cuando los proporcione un cirujano bucal.
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 este Contrato, cuando se requieran 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 la tarjeta de identificación y solicite hablar con un Administrador de Casos.

B. Coordinación de esta sección con contratos dentales independientes no grupales

Si un Miembro tiene cobertura dental independiente no grupal además de este Contrato médico, los beneficios dentales bajo la cobertura independiente no grupal se determinarán primero. Los beneficios en virtud de este Contrato médico se determinarán de forma secundaria y se reducirán, de modo que no se pague más de la cantidad total del Cargo Permitido en todas las pólizas que cubran la misma Reclamación o servicio.

ARTÍCULO XII. 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 los fines de cobertura bajo este Contrato, 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 este Contrato.

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

B. Trasplante de Órganos, Tejidos y Médula Ósea

1. Los beneficios de trasplantes de órganos sólidos y médula ósea están disponibles solo cuando los servicios se reciben en un Centro de Trasplantes Blue Distinction (BDCT) para el trasplante u órgano específico o en un centro de la Red HMO Louisiana, Inc. (HMOLA), a menos que autoricemos lo contrario por escrito. No hay Beneficios disponibles para trasplantes de órganos sólidos y médula ósea realizados en otros centros. Para localizar un centro de trasplantes aprobado, los Miembros deben comunicarse con Nuestro servicio de atención al Cliente al número que figura en la 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 proporcionarán para el tratamiento y atención médica que estén directamente relacionados con los procedimientos de trasplante.

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) Injertos de hueso y cartílago;
- (5) Injertos de piel;

- (6) Trasplantes autólogos de células de los islotes; y
 - (7) Otros procedimientos de trasplante de tejidos, según Nosotros lo determinemos, que se hayan convertido en práctica estándar y eficaz y que se hayan considerado procedimientos eficaces por publicaciones revisadas por homólogos, así como otros recursos utilizados para evaluar nuevos procedimientos. Estos trasplantes de tejidos 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 XIII.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL RECIÉN NACIDO

Los beneficios se encuentran disponibles para la atención del embarazo proporcionada por un hospital, Médico o proveedor de la salud asociado a un Miembro cuya cobertura está en vigencia cuando se prestan dichos servicios en relación con el embarazo.

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

Contamos con varios programas de maternidad disponibles para ayudar a las Afiliados embarazadas a dar a luz bebés saludables. Tan pronto como Usted sepa que está embarazada, llame a Nuestro departamento de atención al cliente al número que figura en la tarjeta identificación. Cuando Usted llame, le dejaremos saber los programas que hay disponibles para Usted.

El Afiliado debe pagar el Deducible y Coaseguro correspondiente que se muestre en el Esquema de Beneficios.

A. Beneficios de Atención del Embarazo

1. Servicios Médicos y Quirúrgicos
 - a. Visita inicial al consultorio y las visitas durante el período del embarazo.
 - b. Servicios de Diagnóstico.
 - c. Parto, incluyendo la atención prenatal y posparto necesaria.
 - d. Abortos Médicamente Necesarios que se requieran para salvar la vida de la madre.
2. Servicios del hospital requeridos en relación con el embarazo y los abortos Médicamente Necesarios como se describe más arriba. El cargo del Hospital (sala de Recién Nacidos) para la Atención de Rutina del Bebé, se encuentra incluido en los Beneficios de la madre para la porción cubierta de su Admisión por Atención del Embarazo. Según lo determinemos, los cargos por recién nacidos sanos pueden estar cubiertos si el Afiliado de este Contrato es el padre.
3. Los partos electivos anteriores a la semana 39 de gestación serán denegados por no ser Médicamente Necesarios, a menos que los registros médicos avalen la Necesidad Médica. Los cargos del centro y otros cargos relacionados con un parto temprano electivo que no sea Médicamente Necesario también serán denegados.

B. Atención al recién nacido de una Dependiente que está cubierta en el momento del parto

1. Los servicios médicos y quirúrgicos prestados por un médico están cubiertos para el tratamiento de enfermedades, el parto prematuro, parto posmaduro, afecciones congénitas y para circuncisión de un recién nacido. Los servicios proporcionados por un médico para la Atención del bienestar del bebé hospitalizado tras el parto y hasta que sea dado de alta.
2. Servicios del Hospital, incluidos los servicios relacionados con la circuncisión durante la estancia del recién nacido tras el parto y el tratamiento de una enfermedad, el nacimiento prematuro, la posmadurez y una afección congénita de un recién nacido. Los cargos por servicios para un recién nacido sano, incluido el cargo del Hospital (sala de recién nacidos), no deben facturarse por separado de la factura del Hospital de la madre. Según lo determinemos, los cargos por recién nacidos sanos pueden estar cubiertos si el Afiliado de este Contrato es el padre.

ARTÍCULO XIV.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN

Los beneficios de atención de rehabilitación y habilitación estarán disponibles para los servicios y dispositivos proporcionados como paciente hospitalizado o ambulatorio, incluidos los servicios de terapia ocupacional, fisioterapia, terapia de patología del habla/lenguaje, rehabilitación cardíaca, rehabilitación pulmonar y servicios quiroprácticos. 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, el Afiliado debe ser capaz de tolerar un mínimo de 3 horas de terapia activa por día.

La Admisión Hospitalaria 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 posteriores al alta de un Ingreso Hospitalario por la misma o similar afección, a menos que Nosotros aprobemos lo contrario.

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 niños con una discapacidad del desarrollo diagnosticada conforme al plan de atención del Afiliado.
 - b. como parte de una agencia de Atención Médica a Domicilio conforme al plan de atención del Afiliado.
 - c. a un paciente en un hogar para ancianos conforme al plan de atención del Afiliado;
 - 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, tras 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 XV. BENEFICIOS DE ATENCIÓN DENTAL PEDIÁTRICA

Los Beneficios dentales descritos en esta sección están disponibles únicamente para Miembros menores de diecinueve (19) años.

Los Miembros que cumplan diecinueve (19) años durante el año del plan continuarán recibiendo estos beneficios hasta el final de ese año del plan. Los Afiliados que superen la edad de la cobertura conforme a esta sección podrán cumplir con los requisitos para contratar otra cobertura dental a través de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. Comuníquese con un representante de atención al cliente para obtener más información. El Esquema de Beneficios controla los Beneficios cubiertos, la frecuencia con la que se cubren y los costos compartidos aplicables a cada Beneficio. Los Beneficios ofrecidos son limitados.

Conforme a la ley federal, ofreceremos Beneficios para todos los servicios dentales pediátricos requeridos. Los servicios estarán sujetos a cualquier límite de duración y de frecuencia y exclusiones como se identifica en el plan federal de referencia.

A. Definiciones (aplicables únicamente a este artículo Beneficios de Atención Pediátrica Dental de este plan)

1. Acuerdo de Proveedor: Un acuerdo de pago acordado por UCD con los Proveedores Participantes. Estos acuerdos establecen los pagos reales que se realizarán al Proveedor Participante.
2. Amalgama: Una aleación de metal duradero que contiene plata, cobre, estaño y mercurio, y que se utiliza en restauraciones dentales.
3. Atención y Tratamiento Dental: todos los procedimientos, tratamientos y cirugías consideradas dentro del alcance de la práctica odontológica, que se define como la práctica en la que una persona:
 - a. Se presenta a sí misma como capaz de diagnosticar, tratar, corregir, operar o recetar en casos de cualquier enfermedad, dolor, lesión, deficiencia, malformación o problema 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;

- b. Toma impresiones de los dientes humanos o mandíbulas o realiza cualquier fase de cualquier operación relacionada con el reemplazo de un diente o parte de este o de tejidos asociados por medio de Empastes, Coronas, dentaduras postizas u otros aparatos; o
 - c. Suministra, proporciona, construye, reproduce o repara u ofrece suministrar, proporcionar, construir, reproducir o reparar Prótesis Dentales, puentes u otros sustitutos de dientes naturales del paciente o posible paciente.
4. Autorización (*Autorizado*): Una determinación de UCD respecto de un servicio o suministro de atención médica dental que, a partir de la información proporcionada, satisface los requisitos del criterio de revisión clínica de Necesidad Médica, la adecuación del entorno de la atención médica o el nivel de atención y efectividad. Una Autorización no es una garantía de pago. Además, una Autorización no es una determinación sobre la elección del Proveedor por parte del Afiliado.
 5. Beneficios: Cobertura de servicios, tratamientos o procedimientos dentales proporcionados bajo este plan. Los beneficios se basan en los Cargos Permitidos para Servicios Cubiertos y en el Esquema de Beneficios.
 6. Cargo permitido: La cantidad más baja de entre los cargos facturados y el importe que UCD establece como la cantidad máxima que este plan permitirá para un servicio específico que es cubierto conforme a este plan.
 7. Cirugía o Tratamiento Estético: Cualquier procedimiento o parte de un procedimiento llevado a cabo principalmente para mejorar la apariencia física o tratar una afección mental a través del cambio de la forma del cuerpo. Un procedimiento, tratamiento o servicio no se considerará Cirugía Estética o Tratamiento si dicho procedimiento, tratamiento o servicio permite recuperar el funcionamiento del cuerpo o corrige la malformación de una parte del cuerpo que ha sido alterada por una Lesión Accidental, afección, trastorno o Cirugía cubierta.
 8. Coaseguro: El reparto de costos de los Cargos Permitidos por Servicios Cubiertos. El reparto de costos se expresa como un porcentaje. Una vez que el Miembro haya alcanzado el Deducible que le corresponda, el porcentaje de la Compañía se aplicará al Cargo Permitido por los Servicios Cubiertos para determinar los Beneficios proporcionados.
 9. Compuesto basado en Resina: material compuesto de plástico con pequeñas partículas de vidrio o cerámica que simula la apariencia de un diente natural.
 10. Corona: una funda con forma de diente que se coloca sobre un diente para cubrirlo y restaurar su forma, tamaño y resistencia, y para mejorar su apariencia. Cuando una Corona se cementa en el lugar, cubre por completo toda la porción visible de un diente que se encuentra por encima y en la línea de la encía.
 11. Corona Prefabricada de Acero Inoxidable: Una Corona de acero inoxidable que se fabrica en distintos tamaños y está diseñada para ajustarse al diente de leche de un niño que está dañado para simular su forma original, reducir el riesgo de caries en el futuro, conservar el espacio adecuado para el crecimiento del diente permanente y restaurar la capacidad de morder y masticar del niño.
 12. Deducible: El importe total, como se muestra en el *Esquema de Beneficios*, de los Cargos Permitidos por Servicios Cubiertos que cada Afiliado debe pagar dentro de un Período de Beneficios antes de que se realicen los pagos bajo este Plan. Si se muestra en el Esquema de Beneficios, es posible que no se aplique el Deducible para ciertos servicios.
 13. Dentista: Una persona con licencia para ejercer la odontología en el estado en el que proporciona los servicios dentales. Entre los dentistas se incluirán a los practicantes de odontología licenciados que ejerzan bajo el alcance de la licencia de la persona cuando la ley estatal requiera el reembolso independiente por parte de dichos practicantes.
 14. Empaste: Un material de restauración dental utilizado para restaurar la función, integridad y forma de la estructura dental faltante, que puede derivar de caries o trauma externo.
 15. Gingivectomía: La extracción quirúrgica de tejido de la encía.

16. Gingivoplastia: Un procedimiento quirúrgico para volver a darle forma a, o reparar, las encías.
17. Implantes Dentales: Un dispositivo artificial que reemplaza la raíz de un diente y puede sostener un diente artificial, un puente o una dentadura postiza.
18. Incrustación: Una sustancia sólida realizada a medida que se coloca dentro de una cavidad en un diente entre las cúspides y se cementa en el lugar para restaurar su superficie de mordida.
19. Mantenedores de Espacio: Además de ser útiles para la masticación, los dientes de leche también actúan como guía para el crecimiento de los dientes permanentes que los reemplazan. Si un diente de leche se cae demasiado pronto, el diente permanente que lo reemplaza pierde su guía, por lo tanto, podría desviarse o crecer en la posición incorrecta de la boca. Los dientes que se encuentran al lado también pueden moverse o inclinarse hacia el espacio, lo cual reduce el espacio disponible para el crecimiento del diente permanente. Los Mantenedores de Espacio son dispositivos que se utilizan cuando un diente de leche se cae prematuramente para hacer espacio al diente permanente que debía guiar.
20. Necesidad Dental u Odontológicamente Necesario: Un servicio o procedimiento dental que está determinado por UCD para establecer o mantener la salud dental de un paciente según el criterio de diagnóstico profesional y los estándares vigentes de atención en la comunidad profesional. La determinación la realizará un Dentista en cumplimiento con las pautas establecidas por UCD.
21. Ortodoncia: Una especialidad dental que trata la mala alineación de los dientes.
22. Protector Bucal: Una pieza de plástico con forma de herradura que se utiliza sobre los dientes para protegerlos del daño causado por apretar y rechinar los dientes. Esta trabaja creando una barrera física entre los dientes superiores e inferiores del paciente para que muerda el plástico en vez de desgastar sus dientes.
23. Prótesis Dentales: Dispositivos Protésicos contruidos para reemplazar los dientes faltantes, los que se sostienen mediante los tejidos blandos y duros alrededor de la cavidad oral. Las dentaduras convencionales son removibles; sin embargo, existen distintos diseños de dentaduras, algunos de estos se sujetan o enganchan en los dientes o Implantes Dentales.
24. Proveedor: Un Médico, Dentista o Profesional de la Salud Asociado, con las licencias requeridas, que ofrece sus servicios dentro del alcance de la licencia y se encuentra aprobado por UCD. Si un Proveedor no se encuentra sujeto a una licencia estatal o federal, tenemos el derecho de definir todos los criterios bajo los que pueden ofrecerse los servicios de un Proveedor a Nuestros Miembros, de forma que los Beneficios se apliquen a una Reclamación del Proveedor. Las Reclamaciones sometidas por Proveedores que no cumplan con estos criterios serán denegadas.
 - a. Proveedor Participante: Un Proveedor que tiene un Acuerdo de Proveedor con la red Advantage Plus de United Concordia Dental para prestar Servicios Cubiertos a un Miembro.
 - b. Proveedor No Participante: Un Proveedor que no tiene un acuerdo de Proveedor con la red United Concordia Dental Advantage Plus para prestar Servicios Cubiertos a un Afiliado.
25. Raspado y Alisado Radicular: el proceso de extracción o eliminación de agentes etiológicos (placa dental, sus productos y el sarro) que provocan inflamación, el cual ayuda a mantener sanos los tejidos que rodean y sostienen los dientes.
26. Reclamación: Una Reclamación es una prueba escrita o digital, con un formato aceptado por UCD, de los cargos por los Servicios Cubiertos incurridos por un miembro durante el período en que el Miembro esté asegurado bajo este plan. Las disposiciones en vigor en el momento que se recibe el servicio o tratamiento regirán la tramitación de cualquier gasto de Reclamación en que se incurra como resultado del servicio o tratamiento prestado.
27. Recubrimiento: Una sustancia sólida realizada a medida que actúa como una Incrustación pero que cubre solo una o más cúspides o toda la superficie de mordida del diente. Normalmente se utiliza cuando el diente está demasiado dañado como para soportar una incrustación, pero no tan dañado como para requerir una Corona.

28. Sellador: Un material plástico que normalmente se aplica en las superficies de masticación de los dientes posteriores (premolares y molares) donde se producen las caries con mayor frecuencia, para que actúen como una barrera para prevenir caries.
29. Servicio Cubierto: Un servicio o suministro especificado en este plan para el que se proporcionan Beneficios cuando es prestado por un Proveedor.
30. Terapia Endodóntica (Pulpar): Un procedimiento dental que se realiza cuando la caries en el diente de un niño alcanza el tejido pulpar (nervio). Se extrae la parte infectada del tejido nervioso dentro de la porción de la corona del diente para prevenir una mayor inflamación y la propagación de la enfermedad (caries). Durante este tratamiento, el tejido pulpar enfermo se extrae de forma parcial o total, tanto de la corona como de las raíces del diente. Los canales se limpian, desinfectan y rellenan con un material especial.
31. Tratamiento con Flúor: El flúor es una sustancia química que ayuda a prevenir las caries en los dientes incrementando la resistencia del diente frente a los ataques de acidez de la placa bacteriana y los azúcares en la boca. También revierte la aparición temprana de las caries. El tratamiento con flúor implica la aplicación directa de un elemento que contiene esta sustancia en el esmalte de los dientes.
32. Trastornos 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.
33. UCD: United Concordia Companies, Inc., bajo el nombre comercial United Concordia Dental, la Red y el administrador de reclamaciones para los Beneficios de cirugía bucal y dental pediátrica en este plan y la Cirugía bucal proporcionada por un Proveedor Participante de Advantage Plus.

B. Servicios de Diagnóstico y Preventivos

Después del pago del Deducible y Coaseguro correspondiente por parte del Afiliado, en conformidad con el Esquema de Beneficios, este plan cubrirá lo siguiente:

1. Exámenes Bucales
 - a. Un examen bucal (1) periódico limitado a un problema específico o general cada seis (6) meses.
 - b. Una evaluación bucal (1) detallada sobre un problema específico cada seis (6) meses.
2. Limpiezas Bucales (Profilaxis)
 - a. Limitado a uno (1) cada seis (6) meses.
 - b. Una limpieza (1) adicional permitida durante el Año del Plan para Miembros que se encuentran bajo la atención de un profesional médico durante el embarazo.
3. Tratamiento con Flúor
 - a. Limitado a menores de diecinueve (19) años; y
 - b. Limitado a dos aplicaciones (2) tópicas cada doce (12) meses.
4. Selladores
 - a. Limitados a menores de diecinueve (19) años y solo para molares permanentes primarios y secundarios; y
 - b. Limitados a uno (1) por diente cada treinta y seis (36) meses.
5. Consultas

Servicios de diagnóstico proporcionados por un Dentista o Médico que no sean el practicante que proporciona el tratamiento dental.

6. Tratamiento de Emergencia (Paliativo)
7. Radiografías bucales (Rayos X)
 - a. Serie completa de radiografías intraorales o panorámicas, limitada a una (1) imagen cada sesenta (60) meses y
 - b. Radiografía de aleta mordida, limitada a una (1) serie cada seis (6) meses.

C. Servicios Básicos

1. Mantenedores de Espacio
 - a. Cubiertos cuando se utilizan para mantener el espacio como resultado de una pérdida prematura de molares deciduos y molares primarios permanentes o molares deciduos y molares primarios permanentes que no se han desarrollado o que no se desarrollarán; y
 - b. Cobertura incluida para la recementación del Mantenedores de Espacio.
2. Restauraciones de Amalgamas (Empastes Metálicos)
3. Restauraciones de Compuesto basado en Resina (Empastes Blancos)
4. Reparaciones de Corona: Recementación, restauración y retención de perno

La recementación necesaria durante los primeros doce (12) meses posteriores a la colocación por parte del mismo Proveedor se considera parte del Beneficio original.
5. Coronas Prefabricadas de Acero Inoxidable
 - a. Limitado a Afiliados menores de quince (15) años; y
 - b. Limitados a uno (1) por diente cada treinta y seis (36) meses.

D. Servicios Principales

1. Terapia Endodóntica (Pulpar)
 - a. Tiene cobertura solo si se realiza después de cuarenta y cinco (45) días de un tratamiento de conducto radicular; de lo contrario, se considerará parte del tratamiento del conducto radicular.
 - b. Limitado a los dientes incisivos primarios para los Afiliados de hasta seis (6) años y a molares y cúspides primarios para los Afiliados de hasta once (11) años.
 - c. Limitado a uno (1) por diente de por vida.
2. Tratamiento de Conducto Radicular
3. Periodoncia Quirúrgica
 - a. Gingivectomía o gingivoplastia, limitado a uno (1) cada treinta y seis (36) meses.
 - b. Procedimiento de colgajo gingival limitado a una (1) vez cada treinta y seis (36) meses.

- c. Alargamiento clínico de la Corona.
 - d. Cirugía ósea, limitada a una vez (1) cada treinta y seis (36) meses.
 - e. Regeneración tisular guiada limitada a una (1) por diente de por vida.
 - f. Injerto de tejido blando del pedículo, limitado a uno (1) cada treinta y seis (36) meses.
 - g. Injerto libre de tejido blando.
 - h. Injerto de tejido conectivo subepitelial.
 - i. Desbridamiento de toda la boca para permitir evaluación y diagnóstico integral, limitado a uno (1) de por vida.
4. Periodoncia no quirúrgica
- Raspado y alisado radicular,, limitado a uno (1) cada - veinticuatro (24) meses para cada área de la boca.
5. Mantenimiento Periodontal
- Limitado a cuatro (4) cada doce (12) meses además de la Profilaxis de rutina.
6. Extracciones Simples
- Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta.
7. Extracciones Quirúrgicas
- Extracción quirúrgica del diente erupcionado con elevación del colgajo mucoperióstico y extracción del hueso o la sección del diente.
8. Cirugía Bucal
- a. Extracción del diente impactado.
 - b. Extracción quirúrgica de raíces de dientes residuales.
 - c. Coronectomía: Extracción parcial e intencional del diente.
 - d. Colocación del diente o estabilización del diente evulsionado o desplazado de manera accidental.
 - e. Acceso quirúrgico a un diente no erupcionado.
 - f. Alveoloplastia.
 - g. Extracción de exostosis.
 - h. Incisión intraoral de tejidos blandos y drenaje de abscesos
 - i. Sutura de pequeñas heridas recientes.
 - j. Extirpación de encía pericoronaria.
9. Anestesia
- a. Anestesia para servicios dentales cubiertos solo cuando existe Necesidad Odontológica.

- b. Incluye sedación profunda y anestesia general o sedación y analgesia consciente por vía intravenosa.
 - c. Si el Afiliado padece una afección médica que requiere servicios dentales en un entorno hospitalario, que normalmente se proporcionarían en un consultorio odontológico, los servicios de anestesia estarán cubiertos exclusivamente bajo la cobertura médica de este Plan y no bajo este Beneficio Dental pediátrico.
10. Prótesis Dentales
- a. Incluye dentaduras postizas completas, fijas, removibles o parcialmente removibles.
 - b. Limitado a uno (1) cada sesenta (60) meses.
11. Incrustaciones, Recubrimientos y Coronas
- a. Coronas, incrustaciones, recubrimientos, construcción del núcleo incluidos pernos, y poste y núcleo prefabricados; y
 - b. Todos limitados a uno (1) por diente cada sesenta (60) meses.
12. Ajustes, reparaciones y reemplazo de Prótesis Dentales
13. Otros Servicios Protésicos
- a. Rebase o revestimiento de dentaduras mandibulares o maxilares completas o parciales, limitado a uno (1) cada treinta y seis (36) meses. Cubierto solo seis (6) meses posteriores a la colocación inicial.
 - b. Acondicionamiento tisular.
 - c. Recementación o reparación de dentadura fija parcial.
 - (1) La recementación durante los primeros doce (12) meses posteriores a la colocación por parte del mismo Dentista está incluida en el Beneficio de servicio de prótesis
14. Implantes Dentales
- a. Los implantes deben ser Odontológicamente Necesarios y solo están cubiertos cuando el arco no se puede restaurar con una prótesis o restauración estándar.
 - b. Los siguientes Beneficios para implante están limitados a uno (1) cada sesenta (60) meses:
 - (1) implantes endóseos, eposteales y transóseos;
 - (2) barra de conexión;
 - (3) pilar prefabricado;
 - (4) coronas sostenidas por pilares;
 - (5) coronas sostenidas por implantes;
 - (6) retenedores sostenidos por pilares para dentaduras;
 - (7) retenedores sostenidos por implantes para dentaduras;
 - (8) procedimientos de mantenimiento de implantes;
 - (9) reparación de prótesis de implante;

- (10) reemplazo de aditamento de semiprecisión o de precisión;
- (11) reparación del pilar del implante;
- (12) extracción de implante;
- (13) guía del implante; y
- (14) la colocación quirúrgica del cuerpo del implante provisional.

c. Dentaduras completas o parciales sostenidas por implantes.

15. Protector Bucal

- a. Limitado a uno (1) cada doce (12) meses; y
- b. Limitada a pacientes mayores de trece (13) años.

16. Servicios Adyuvantes Generales

- a. Inyección de medicamentos terapéuticos
- b. Tratamiento de complicaciones derivadas de la cirugía bucal en circunstancias inusuales (que incluye, entre otros, el tratamiento del alvéolo seco luego de una extracción o eliminación de secuestro óseo).

E. Ortodoncia Médicamente Necesaria

Los Beneficios Cubiertos incluyen servicios para tratamiento de ortodoncia limitada, de interceptación e integral de la dentición primaria, de transición y adolescente, además de la terapia con aparatos removibles y fijos. Se proporcionan visitas de tratamiento para pre-Ortodoncia, Ortodoncia periódica y retención de Ortodoncia.

Los servicios de ortodoncia solo estarán cubiertos si el Afiliado cumple con los siguientes criterios:

1. Los Afiliados ya deben contar con el grupo completo de dientes permanentes para poder recibir servicios de Ortodoncia completos.
2. **Todos los servicios de Ortodoncia requieren Autorización**, un plan de atención por escrito y deben ser proporcionados por un Proveedor.
3. El tratamiento de ortodoncia debe ser considerado Médicamente Necesario y el único método capaz de permitir lo siguiente:
 - a. Prevenir daños irreversibles en los dientes del Afiliado o sus estructuras de apoyo.
 - b. Restaurar la estructura bucal del Afiliado respecto de la salud y la función.
4. Un servicio de Ortodoncia médicamente necesario es un procedimiento de Ortodoncia que ocurre como parte de un plan de tratamiento de Ortodoncia que está diseñado para tratar una anomalía dentofacial o maloclusión grave discapacitante. **Los servicios de ortodoncia con fines estéticos no están cubiertos.**
5. Los procedimientos de ortodoncia solo serán aprobados en caso de anomalías dentofaciales que comprometan gravemente la salud física del Afiliado o maloclusiones graves discapacitantes. La presencia de una maloclusión grave discapacitante está determinada por la magnitud de las siguientes variables: grado de alineación incorrecta, dientes faltantes, clasificación del ángulo, sobremordida horizontal y vertical, mordida abierta y mordida cruzada.
6. Las anomalías dentofaciales que comprometen gravemente la salud física del Afiliado pueden manifestarse de la siguiente manera:

- a. Mandíbula o dientes superiores notablemente prominentes, mandíbula o dientes inferiores prominentes o prominencia de los dientes superiores e inferiores de manera que los labios no puedan cerrarse.
 - b. Mandíbula inferior poco desarrollada y mentón retraído.
 - c. Asimetría notable de la región inferior del rostro.
7. Una maloclusión «discapacitante» es una afección que constituye un riesgo para mantenimiento de la salud bucal e interfiere con el bienestar del receptor causando lo siguiente:
- a. Dificultad evidente al comer a causa de la maloclusión, de manera que requiere una dieta líquida o semisólida, provoca dolor en las articulaciones de la mandíbula al comer o gesticulación extrema o movimientos excesivos de los músculos orofaciales al comer por la necesidad de compensación de las desviaciones anatómicas.
 - b. Dificultades respiratorias graves evidentes relacionadas con la maloclusión, como un área inferior del rostro inusualmente larga con rotación descendente de la mandíbula en la que los labios no pueden juntarse, o respiración por boca crónica y anomalías de posturas relacionadas con las dificultades respiratorias.
 - c. Ceceo u otros errores de articulación del habla que se relacionan directamente con las anomalías orofaciales y solo pueden corregirse a través de la intervención Ortodóncica.

F. Predeterminación

La predeterminación de Beneficios dentales es un servicio disponible a través de UCD. Esta revisión de Beneficios antes del tratamiento le permite a Usted y a Su Dentista conocer qué servicios están cubiertos por el Contrato y cuál sería Su costo compartido y otros gastos.

La predeterminación no debe solicitarse a menos que los cargos totales del plan de tratamiento propuesto superen los \$200. Puede solicitar a Su Dentista que presente una solicitud de predeterminación. UCD proporcionará entonces un resumen de los gastos cubiertos y las cantidades a pagar.

Tenga en cuenta que las predeterminaciones no están diseñadas para utilizarse en caso de tratamientos de Emergencia o servicios preventivos de rutina como exámenes, radiografías o limpiezas.

Una predeterminación no es una Autorización. Cuando un Beneficio Cubierto requiere la Autorización, se debe enviar una solicitud formal de Autorización antes de recibir el servicio.

G. Beneficios Alternativos

Si UCD determina que un Servicio Cubierto de menor costo distinto al que proporcionó el Dentista podría haberse realizado para tratar una afección médica, nosotros pagaremos los Beneficios según el servicio de menor costo si dicho servicio produciría un resultado profesionalmente aceptable conforme a los estándares dentales generalmente aceptados. Si el Afiliado y el Dentista eligen el tratamiento de mayor costo, el Afiliado será responsable de cubrir los cargos adicionales que excedan los cargos permitidos conforme a esta cláusula. Esta limitación no se aplica a los servicios de implantología cubiertos.

Los Beneficios Alternativos correspondientes a su plan de tratamiento se determinarán durante la Autorización. Sin embargo, si los servicios facturados difieren de los servicios Autorizados, UCD se reserva el derecho de determinar si un Beneficio alternativo es necesario a los servicios que de hecho se prestaron.

H. Coordinación de esta sección con contratos dentales independientes

Si un Afiliado cuenta con cobertura independiente para Beneficios dentales que incluye cobertura para los Beneficios proporcionados bajo este plan, primero se determinarán los Beneficios dentales bajo la cobertura independiente. En ese caso, los Beneficios de esta sección se determinarán de forma secundaria y se reducirán,

de modo que no se abone más que el importe total del Cargo Permitido conforme a todos los Beneficios dentales por la misma Reclamación o servicio.

I. Período de extensión de Beneficios después de la rescisión de la cobertura

1. La cobertura dental bajo esta sección se extenderá después de la fecha en que rescinda la cobertura del Afiliado solo si:
 - a. Se incurrió en un Beneficio cubierto para dicho servicio mientras la cobertura estaba en vigencia; y
 - b. Dicho Beneficio cubierto se completa dentro de los 31 días posteriores a la finalización de la cobertura
2. Un gasto por Beneficio cubierto se considerará incurrido para los siguientes casos:
 - a. Aparatos o modificaciones a los aparatos: en la fecha en que el aparato o la prótesis se coloca de forma permanente;
 - b. Coronas, dentaduras o puentes: en la fecha en que se toma la impresión;
 - c. Para endodoncia: En la fecha en que se abre la cámara pulpar; o
 - d. Para todos los demás gastos dentales: en la fecha en que se proporciona el servicio o se provee el suministro.

J. Exclusiones

Solo los códigos de procedimiento de la Asociación Dental Estadounidense están cubiertos bajo esta sección. Excepto como se establece específicamente en este plan y Esquema de Beneficios, no se proporcionará cobertura bajo esta sección para servicios, suministros o cargos que:

1. Hayan comenzado antes de la Fecha de Entrada en vigor del Miembro o después de la fecha de rescisión de la cobertura bajo este plan, incluidos, entre otros, los procedimientos de visitas múltiples, como endodoncia, coronas, puentes, incrustaciones, recubrimientos y dentaduras postizas.
2. Sean para llamadas domiciliarias o del Hospital para servicios dentales y costos de hospitalización (por ejemplo, tarifas por uso de los centros).
3. La responsabilidad de cualquier ley federal o estatal de compensación a los trabajadores o programas relacionados, incluyendo, 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, la responsabilidad del seguro de responsabilidad del empleador, o por el tratamiento de cualquier lesión relacionada con el automóvil en la que el afiliado tenga derecho a un pago bajo una póliza de seguro de automóvil. Los Beneficios excederían los Beneficios de terceros y, por lo tanto, tendríamos derecho a recuperar cualquier Beneficio pagado en exceso. Nuestro derecho de subrogación es secundario al derecho del asegurado cubierto a ser totalmente compensado por sus daños.
4. Sean de naturaleza estética como lo determina UCD (que incluye, entre otros, el blanqueamiento, la colocación de carillas, la personalización o caracterización de coronas, puentes o dentaduras postizas).
5. Prótesis maxilofaciales.
6. Sean procedimientos electivos (que incluye, entre otros, la extracción profiláctica de terceros molares).
7. Sean para tratar malformaciones bucales congénitas o desequilibrios esqueléticos (que incluyen, entre otros, tratamientos relacionados con el Labio Leporino, el Paladar Hendido o desarmonía del hueso facial o

requerido como resultado de la cirugía ortognática que incluye el tratamiento Ortodóncico). La cobertura de los Servicios para Labio Leporino y Paladar Hendido se proporciona en el Artículo de Otros Servicios, Suministros y Equipos Cubiertos de este plan.

8. Sean para servicios de diagnóstico y tratamiento de problemas en la articulación de la mandíbula a través de cualquier método, a menos que estén específicamente cubiertos bajo este plan. Algunos ejemplos de los problemas en la articulación mandibular son los trastornos de la articulación temporomandibular u otras afecciones de la articulación que une la mandíbula y el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación.
9. Sean para el tratamiento de fracturas y dislocaciones del maxilar.
10. Sean para el tratamiento por mala alineación o neoplasmas.
11. Sean servicios o aparatos que alteran la dimensión vertical (que incluye, entre otros, rehabilitación de toda la boca, férulas o empastes) para restaurar la estructura del diente perdida por desgaste, erosión o abrasión, aparatos o cualquier otro método.
12. Sean para el reemplazo o reparación de prótesis o aparatos de Ortodoncia por pérdida, robo o daño.
13. Sean para la colocación de una férula periodontal en los dientes a través de cualquier método.
14. Sean dentaduras o prótesis duplicadas o cualquier otro dispositivo duplicado.
15. En la ausencia del seguro, se utilicen para que el Afiliado no incurra en gastos.
16. Sean para programas de control de placas, higiene oral e instrucciones nutricionales.
17. Sean para tratar cualquier afección causada por una guerra declarada o no, o acto relacionado, o que resulte del servicio en la Guardia Nacional o las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional.
18. Sean tratamientos y aparatos para el bruxismo (rechinar los dientes por la noche), con excepción de un Protector Bucal.
19. Sean para cualquier reclamación presentada a la Compañía o UCD después de los quince (15) meses posteriores a la fecha de servicio.
20. Sean para tratamientos incompletos (por ejemplo, entre otros, que el paciente no regrese para completar el tratamiento) y servicios temporales (por ejemplo, entre otros, restauraciones temporales).
21. Sean para procedimientos que:
 - a. forman parte de un servicio pero que se notifican como servicios separados; o
 - b. se notifican en una secuencia de tratamiento que no es apropiada; o
 - c. se notifican incorrectamente o que representan un procedimiento distinto del notificado.
22. Sean procedimientos y técnicas especializados (que incluyen, entre otros, aditamento de precisión, casquetes y endodoncias intencionales).
23. Sean tarifas por visitas perdidas.
24. No sean odontológicamente necesarios o no se consideren estándares de tratamiento dental generalmente aceptados. Si no existen estándares claros o generalmente aceptados, o si hay posiciones diversas dentro de la comunidad profesional, se aplicará la opinión de UCD.
25. El tratamiento ortodóncico no es un Servicio Cubierto a menos que se considere Médicamente Necesario y aprobemos un plan de tratamiento escrito. Se excluyen los servicios ortodóncicos para los siguientes casos:

- a. Tratamientos que se realizan principalmente por motivos Estéticos.
- b. Tratamientos de malformaciones bucales congénitas o desequilibrios esqueléticos (p. ej., , tratamientos relacionados con el Labio Leporino o Paladar Hendido, desarmonía del hueso facial o requerido como resultado de la cirugía ortognática que incluye el tratamiento Ortodóncico). La cobertura de los Servicios para Labio Leporino y Paladar Hendido se proporciona en el Artículo de Otros Servicios, Suministros y Equipos Cubiertos de este plan.
- c. Servicios de diagnóstico y tratamiento de problemas en la articulación de la mandíbula a través de cualquier método, a menos que estén específicamente cubiertos bajo el Esquema de Beneficios. Algunos ejemplos de los problemas en la articulación mandibular son los trastornos de la articulación temporomandibular u otras afecciones de la articulación que une la mandíbula y el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación.

26. Empaste de resina posteriores.

27. Administración de óxido nitroso.

ARTÍCULO XVI. BENEFICIOS DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA DE LA VISTA

Los Beneficios de la vista descritos en esta sección están disponibles para Afiliados menores de diecinueve (19) años únicamente.

Los Afiliados que cumplan diecinueve (19 años) durante el año del Contrato continuarán recibiendo estos Beneficios hasta el final de ese año del Plan. El Esquema de Beneficios controla los Beneficios cubiertos, la frecuencia con la que se cubren y los costos compartidos aplicables a cada Beneficio. Los Beneficios ofrecidos son limitados.

A. Definiciones *(Aplicable únicamente a este Artículo de Atención Pediátrica de la Vista de este plan)*

1. Compañía: HMO Louisiana, Inc. o Davis Vision, Inc. con respecto a los servicios que presta en nombre y representación de HMO Louisiana, Inc.
2. Evaluación y Ajuste: Se refiere al ajuste profesional personalizado de los Lentes de Contacto y a la evaluación profesional para verificar que la prescripción es correcta y que no hay irritación en los ojos.
3. Examen de Salud Visual de Rutina: Un nivel de servicio en el que se realiza una evaluación general del sistema visual completo del cuerpo humano. Este incluye lo siguiente:
 - a. Historia clínica (queja principal, antecedentes de la vista y los ojos, historial médico);
 - b. Agudeza de entrada a distancia y de cerca, con y sin los lentes actuales;
 - c. Evaluación ocular externa;
 - d. Examen ocular interno;
 - e. Tonometría
 - f. Refracción (objetiva y subjetiva);
 - g. Evaluación de la coordinación binocular y la motilidad ocular;
 - h. Evaluación de la función pupilar;
 - i. Biomicroscopía
 - j. Campos visuales generales;

- k. Evaluación y plan;
 - l. Consejos al paciente respecto de cuestiones relacionadas con el cuidado de la vista;
 - m. Tramitación de formularios (por ejemplo, para la escuela, para conducir un automóvil); y
 - n. Examen de Fondo de Ojos con Dilatación (DFE, por sus siglas en inglés) cuando lo indique el profesional (procedimiento de diagnóstico utilizado para la detección y el tratamiento de la diabetes, el glaucoma, la hipertensión y otras enfermedades oculares o sistémicas).
4. Lentes: Dispositivos que corrigen errores de refracción en la vista que están diseñados para montarse sobre Armazones de Anteojos y para utilizarse de forma externa, y que comprenden un medio transparente unido por dos superficies geoméricamente descriptibles de las cuales una debe ser curva, es decir, esférica, cilíndrica, toroidal, o asférica.
 5. Lentes Bifocales – Lentes que incluyen dos graduaciones diferentes, una para ver de lejos y otra para ver de cerca. Los Lentes Bifocales pueden o no tener una línea. Los Lentes Bifocales con línea son aquellos en los que ambas graduaciones pueden distinguirse fácilmente por una línea en medio de estas. Los Lentes Bifocales sin línea son aquellos en los que ambas graduaciones no se distinguen fácilmente.
 6. Lentes de Alto Índice: Material que permite obtener lentes más delgadas (casi un tercio) que con el plástico normal. No tienen las mismas propiedades de resistencia ante impactos que el policarbonato.
 7. Lentes de anteojos fotocromáticos: lentes Oftálmicos de Cristal que se oscurecen cuando se exponen a los rayos ultravioletas del sol.
 8. Lentes de Contacto: Dispositivos que corrigen los errores refractivos en la vista y que son formados por un lente pequeño con forma de ostra que se utiliza en la parte externa, colocado directamente sobre el ojo. Se incluyen lentes blandos, de uso diario, desechable o de reemplazo planificado, de uso prolongado, gas permeable, rígidos, Médicamente Necesarios, monovisión, carcasa escleral y tóricos.
 9. Lentes de Contacto Médicamente Necesarios: Lentes de Contacto determinados como Médicamente Necesarios en el tratamiento de afecciones como: Queratocono, Anisometropía, trastornos de la córnea, Miopía patológica, Anisocoria, Trastornos postraumáticos, Afta, Aniridia y Astigmatismo irregular. En general, se pueden prescribir Lentes de Contacto Médicamente Necesarios en lugar de los anteojos convencionales, cuando ello resulte en una mayor agudeza visual o una mejor función binocular, que incluye la prevención de la diplopía o la supresión.
 10. Lentes de Contacto Pediátricos Selection o Lentes de Contacto Selection: Una selección de Lentes de Contacto ofrecidos a los Afiliados por Davis Vision a través de Proveedores Participantes.
 11. Lentes de Contacto Tipo Especial: Lentes de Contacto que son más recientes en el mercado que los Lentes de Contacto Tipo Estándar y requieren un ajuste especial. Estos tipos de lentes incluyen, entre otros, tóricos, multifocales y de gas permeable.
 12. Lentes de Contacto Tipo Estándar: Tipos de lentes de contacto común definidos como lentes de contacto esféricos transparentes. Estos incluyen lentes de contacto desechables, lentes con fecha de reemplazo y otros.
 13. Lentes de Gran Tamaño: Un tipo de lentes más grande que el estándar que requiere monturas especiales y equipos para fabricar los anteojos.
 14. Lentes de Plástico Fotosensibles: Lentes plásticos que se oscurecen cuando se exponen a los rayos ultravioletas del sol.
 15. Lentes de Policarbonato: Lentes Fabricados con un material resistente de alto impacto usado para la seguridad para el uso de los niños, para la práctica de deportes y otros propósitos estéticos. Los lentes son entre un 20 y un 25 % más delgados que el «plástico regular».

16. Lentes de Sol graduadas color Cristal Gris n.º 3: Lentes que se vuelven grises cuando se exponen a los rayos ultravioletas del sol.
17. Lentes de Visión Intermedia: Un Lente Trifocal que se diseñó para corregir la visión en rangos intermedios para ver objetos distantes y cercanos.
18. Lentes Lenticulares: lentes, normalmente con alto poder refractivo, en los que la graduación recetada se aplica solo sobre una región central limitada de los lentes, llamada porción lenticular.
19. Lentes Polarizados: Lentes que bloquean la luz reflejada de superficies horizontales como el agua, para reducir el resplandor.
20. Lentes Progresivos con Tecnología de Superficie Digital: lentes diseñados para proporcionar una corrección para más de un rango de visión, en el que la graduación cambia de forma continua. La tecnología de superficie digital se refiere a una técnica de fabricación que utiliza software privado para definir lentes progresivos únicos completamente personalizados sobre la base de la prescripción del usuario, ajustándose a la geometría y a la información sobre la montura antes de adaptar este diseño al lente.
21. Lentes Progresivos Estándar: Lentes con zonas de graduación variables y corrección de gran distancia a corta distancia con un diseño de lente progresivo de marca reconocida y más clásico.
22. Lentes Progresivos Premium: Lentes con zonas de graduación continuamente variables y corrección de gran distancia a corta distancia con un diseño de lente progresivo de marca y más moderno o un diseño exclusivo fabricado digitalmente. Lentes se denominan con frecuencia, «diseño de forma libre» o «tecnología Wave-Front» para minimizar la distorsión periférica.
23. Lentes Progresivos Seleccionados: Lentes con zonas de graduación continuamente variables y corrección de gran distancia a corta distancia con un diseño de lente progresivo, exclusivo y más moderno.
24. Lentes Progresivos Ultra: Lentes con zonas de graduación continuamente variables y corrección de gran distancia a corta distancia con una tecnología de diseño de lentes progresivos, de marca y más modernos, incluido un diseño fabricado digitalmente.
25. Lentes Segmentados Mixtos Lentes que incluyen dos graduaciones diferentes, una para ver de lejos y otra para ver de cerca. El segmento para ver de cerca es invisible.
26. Lentes Trifocales: Lentes multifocales con tres graduaciones distintas en tres posiciones diferentes. Normalmente, la parte superior (más extensa) es para ver de lejos, la parte central es para distancias intermedias y la parte inferior para ver de cerca. Los Lentes Trifocales pueden o no tener una línea. Los Lentes Trifocales con línea son aquellos en los que las diferentes graduaciones pueden distinguirse fácilmente por una línea en medio de estas. Los Lentes Trifocales sin línea son aquellos en los que las diferentes graduaciones no se distinguen fácilmente.
27. Monturas de Anteojos Pediátricos Selection o Monturas Selection: Una selección de Monturas de Anteojos ofrecida a los Afiliados por Davis Vision a través de Proveedores Participantes.
28. Montura para Anteojos: Estructura de plástico o metal para sostener los Lentes.
29. Paciente Monocular: Se refiere a una paciente que ve de un solo ojo.
30. Plan de Protección Antirrayas: Un plan opcional que reemplaza los lentes rayados con unos nuevos del mismo material, estilo y graduación, sin cargo durante un período de ((1)) año desde la fecha original de adquisición. El Plan de Protección Antirrayas puede estar disponible solamente para lentes monofocales, para lentes de visión multifocal o para ambos.
31. Proveedor: Un oftalmólogo, optometrista, oculista, médico o una tienda de anteojos y lentes de contacto legalmente autorizada, con licencia donde se requiere, operando dentro del alcance de la licencia y con aprobación de la Compañía. Si un Proveedor no se encuentra sujeto a una licencia estatal o federal, tenemos el derecho de definir todos los criterios bajo los que pueden ofrecerse los servicios de un Proveedor a

Nuestros Miembros, de forma que los Beneficios se apliquen a una Reclamación del Proveedor. Las Reclamaciones sometidas por Proveedores que no cumplan con estos criterios serán denegadas.

- a. Proveedor Participante: un Proveedor que tiene un Acuerdo de Proveedor con Davis Vision respecto del pago por Servicios Cubiertos proporcionados a un Miembro.
 - b. Proveedor No Participante: un Proveedor que no tiene un acuerdo de Proveedor con Davis Vision respecto del pago por Servicios Cubiertos que son proporcionados a un Afiliado.
32. Revestimiento Antirreflejo Premium: Un revestimiento claro de los lentes contra el resplandor que limita el reflejo de la luz, lo cual permite que pase la mayor cantidad de luz a través de los lentes y proporciona protección antirreflejo con mayor resistencia a la suciedad y poder óptico de limpieza, como Crizal™ o un equivalente. Métodos avanzados de Revestimientos Antirreflejo para Lentes Oftálmicos con una mayor durabilidad.
 33. Revestimiento Estándar Antirreflejo: Un revestimiento claro de los lentes contra el resplandor que limita el reflejo de la luz, lo cual permite que pase la mayor cantidad de luz a través de los lentes y proporciona protección antirreflejo, como el Tratamiento Antirreflejo Aegis™ o equivalente.
 34. Revestimiento Resistente a Rayas: Revestimiento aplicado a los Lentes Oftálmicos para incrementar la resistencia a rayas sobre la superficie de los lentes.
 35. Revestimiento Ultra Antirreflejo: Un revestimiento claro de los lentes contra el resplandor que limita el reflejo de la luz, lo cual permite que pase la mayor cantidad de luz a través de los lentes y proporciona protección antirreflejo. El revestimiento ultra utiliza las últimas tecnologías en materiales de lentes con todos los Beneficios de lentes estándar y premium.
 36. Revestimiento Ultravioleta: Un revestimiento para Lentes Oftálmicos que bloquea los rayos ultravioletas.
 37. Tintas Gradientes: Un Revestimiento de los Lentes que es más oscuro en la parte superior y se aclara hacia la parte inferior.
 38. Tintes de Moda: Tintes que se utilizan principalmente con fines estéticos.

B. Beneficios de la Vista

El Esquema de Beneficios controlará cómo se cubren los Beneficios descritos en esta sección conforme al plan del Afiliado, con qué frecuencia y qué limitaciones se aplicarán a estos. Consulte el Esquema de Beneficios para obtener más detalles.

1. Beneficios de la Red

Conforme a las especificaciones descritas en el Esquema de Beneficios, cada Afiliado contará con cobertura para los siguientes servicios, si se reciben de Proveedores Participantes:

a. Un Examen de Salud Visual de (1) Rutina

La Compañía cubrirá un Examen de Salud Visual de (1) Rutina como se establece en el Esquema de Beneficios. Los Exámenes de Salud Visual de Rutina cubiertos incluirán la dilatación de las pupilas cuando lo indique el profesional.

b. Lentes Oftálmicos Graduados para cada ojo del Afiliado

La Compañía cubrirá una (1) Lente Oftálmica graduada para cada ojo del Miembro, como se establece en el Esquema de Beneficios. El Esquema de Beneficios le explicará si el Miembro tiene cobertura adicional para algunos tipos especiales de materiales de lentes y mejoras, y el Copago que se aplica a cada uno. Los materiales de lentes oftálmicos o mejoras que no se mencionan específicamente en el Esquema de Beneficios no están cubiertos.

c. Monturas de Anteojos Pediátricos Selection

La Compañía cubrirá una (1) Montura de la colección Selection como se establece en el Esquema de Beneficios. Los Proveedores Participantes le mostrarán al Afiliado la selección de monturas cubiertos por este plan. Si el Afiliado no elige una de las Monturas Selection, él será responsable de la diferencia del costo entre las Monturas incluidas en la colección Selection y las que no lo están. Cualquier cantidad pagada al Proveedor por la diferencia de costo de una Montura que no pertenece a la colección Selection no estará cubierto y no se aplicará a ninguna cantidad de Deducible, Coaseguro o Desembolso. Cualquier montura adquirida de un Proveedor No Participante se considerará una Montura que No Pertenece a la colección Selection y estará sujeta a las limitaciones de los Beneficios que No Pertenece a la Red.

d. Lentes de contacto pediátricos Selection con Receta

La Compañía cubrirá los Lentes de Contacto de la colección Selection que sean prescritas, en lugar de los anteojos convencionales, y hasta el máximo de pares o cajas de Lentes de contacto convencionales o de reemplazo planificado según lo establecido en el Esquema de Beneficios. Los proveedores participantes le informarán al Afiliado sobre la selección de lentes de contacto cubiertos por este plan. Si un Afiliado escoge lentes de contacto que no pertenecen a la colección Selection, será responsable de la diferencia de precio entre las lentes de contacto Selection y las Lentes de Contacto que no pertenecen a la colección Selection. Cualquier cantidad pagada al Proveedor por la diferencia de precio de los Lentes de Contacto que no son de la colección *Selection* no está cubierta y no se aplicará a ninguna cantidad de Deducible, Coaseguro ni Desembolso. Todos los Lentes de Contacto adquiridos de un Proveedor No Participante se considerarán Lentes de Contacto que No pertenecen a la colección Selection, y la cobertura estará limitada de acuerdo con la sección de Beneficios que No Pertenece a la Red.

e. Beneficios de Baja Visión

Sujetos a la Autorización previa, los Afiliados con Baja Visión recibirán lo siguiente:

- (1) Una evaluación (1) integral cada cinco (5) años. Este examen, a veces denominado evaluación funcional de la vista, puede determinar la distancia y claridad de la vista, el tamaño de impresión legible, la existencia de puntos ciegos o visión de túnel, la percepción de la profundidad, la coordinación entre el ojo y la mano, los problemas para percibir el contraste y los requisitos de iluminación para una visión óptima.
- (2) Un (1) dispositivo por año como lentes oftálmicos de alta graduación, lupas o telescopios. Estos dispositivos se utilizan para maximizar el uso de vista disponible, reducir problemas de resplandor o mejorar la percepción del contraste, según los objetivos de la visión de la persona y las necesidades de estilo de vida.
- (3) Cuatro (4) visitas de seguimiento en cualquier período de cinco años.

C. Limitaciones de los Beneficios de la Red

1. Lentes de Contacto Medicamente Necesarios

Los Lentes de Contacto Medicamente Necesarios están sujetos a la Autorización. Los lentes de contacto Medicamente Necesarios que no se Autoricen debidamente no serán cubiertos.

2. Monturas de Anteojos que Pertenecen o No a la colección Selection

Los Miembros pueden elegir una (1) montura de anteojos que pertenece a la colección Selection o una (1) Montura que no pertenece a la colección Selection dentro de su período de frecuencia, pero no ambos.

3. Evaluación, Ajuste y Seguimiento de los Lentes de Contacto

Están cubiertos los servicios de Evaluación y Ajuste para Lentes de Contacto Selection y de Lentes de Contacto Medicamente Necesarios proporcionados por un Proveedor Participante. Los servicios de seguimiento están cubiertos hasta una (1) visita únicamente. No están cubiertos los servicios de Evaluación, Ajuste y seguimiento de los Lentes de Contacto que no pertenecen a la Selección.

D. Beneficios que No Pertenecen a la Red

Este plan no proporciona cobertura para servicios y materiales proporcionados por Proveedores No Participantes. Cualquiera de los cargos facturados por Proveedores No Participantes para tales servicios no tendrán cobertura y serán responsabilidad del Afiliado.

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

E. Descuentos

Los Afiliados pueden acceder a descuentos para servicios y materiales relacionados con la vista no cubiertos bajo este plan. Todos los descuentos se administran y proporcionan a través de Davis Vision siempre que el Afiliado esté cubierto bajo este plan. Los descuentos no deben considerarse como cobertura bajo este plan, a menos que se especifique lo contrario en los materiales que describen el descuento. Davis Vision puede modificar o discontinuar los descuentos ofrecidos a sus clientes en el transcurso normal de las actividades comerciales. Los Afiliados deben consultar a Davis Vision o a un Proveedor de Davis Vision para conocer los descuentos disponibles en cualquier momento.

F. Impuestos sobre las Ventas de Artículos Cubiertos

Es posible que los Proveedores deban cobrar impuestos sobre ventas por el valor de los artículos o servicios cubiertos en algunas áreas. En tal caso, esta cobertura no cubrirá los impuestos sobre las ventas. El Afiliado debe pagar cualquier impuesto sobre las ventas, además de las cantidades no cubiertos y los artículos con precios reducidos.

G. Exclusiones

1. Implantes, vías o cualquier tipo de lentes intraoculares.
2. Tratamientos quirúrgicos para corregir la vista, a menos que se encuentren específicamente cubiertos bajo otra parte de este plan.
3. Servicios o materiales que no sean los mencionados específicamente en el Esquema de Beneficios para el Cuidado de la Vista y descritos en esta parte de este plan.
4. Anteojos convencionales o Lentes de Contacto sin receta.
5. Cualquier impuesto sobre las ventas o interés.

ARTÍCULO XVII. 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 para pacientes hospitalizados médicamente necesarios solo de la siguiente manera:

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

b. Traslado que No es de Emergencia

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

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

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

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

2. Ambulancia por carretera sin traslado

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

3. Servicios de Traslado en Ambulancia Aérea

a. Traslado de Emergencia

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

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

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

b. Traslado que No es de Emergencia

Los beneficios para los Servicios de Ambulancia Aérea que no sean de Emergencia deben ser autorizados por Nosotros antes de que se presten los servicios o no se recibirán beneficios para los

mismos. Si Nosotros autorizamos los servicios antes de que se presten, los Beneficios para los Servicios de Ambulancia aérea que no sean de Emergencia están disponibles para los Miembros, al centro u Hospital más cercano capaz de proporcionar servicios apropiados a Su afección por una enfermedad o lesión que requiera atención Hospitalaria. Una vez autorizado, debe verificar el estado de participación en la red del proveedor de servicios de ambulancia aérea en el estado o área donde se realizará la recogida, según el código postal. Para encontrar un Proveedor de la Red en el estado o el área donde usted estará recibiendo los servicios, por favor vaya al Buscador Nacional Blue de Médicos y Hospitales, en <http://provider.bcbs.com> (en inglés) o llamando al 1-800-810-2583.

4. Los Beneficios Servicios de Ambulancia se proveerán de la siguiente manera:
 - a. Si un Afiliado paga una tarifa periódica por afiliación a una organización de ambulancias con la que Nosotros no tenemos un contrato de Proveedor, los Beneficios por gastos incurridos por el Afiliado por sus Servicios de Ambulancia se basarán en cualquier obligación que el Afiliado deba pagar que no esté cubierta por la tarifa. Si existe un 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 si el transporte se realiza para la comodidad o conveniencia de un Afiliado.
 - d. No hay Beneficios disponibles cuando un Hospital transporta a los Afiliados entre distintos lugares de su propio recinto o entre instalaciones que son propiedad o están afiliadas a la misma entidad.

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. Debe pagar el Copago, la Cantidad de Deducible y el Coaseguro que correspondan al tipo de Proveedor que presta los servicios para esta afección.

C. Trastornos del Espectro Autista

Los Beneficios para el Trastorno del Espectro Autista incluyen, entre otros, las valoraciones, evaluaciones o pruebas Médicamente Necesarias realizadas para el diagnóstico, la Atención de Habilidad y Rehabilitación, la atención farmacéutica, la atención psiquiátrica, la atención psicológica y la atención terapéutica. Análisis de Comportamiento Aplicado está disponible para la cobertura del tratamiento del Trastorno del Espectro Autista cuando se determine que es Médicamente Necesario.

Los beneficios para los Trastornos del Espectro Autista están sujetos a los Copagos, importes de Deducibles y Coaseguros que corresponden a los Beneficios obtenidos. Ejemplo: Un Afiliado obtiene terapia del habla para el tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. El Afiliado pagará el Copago, la Cantidad de Deducible y Coaseguro que corresponda según aparece en el Esquema de Beneficios para 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 un Afiliado está recibiendo Beneficios relacionados con una mastectomía y elige la reconstrucción del seno, también recibirá Beneficios para los siguientes Servicios Cubiertos:
 - a. Todas las etapas de la reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía o la reconstrucción de ambos senos si se ha realizado una mastectomía bilateral;
 - 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. Este Contrato 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 los términos, condiciones y limitaciones que se aplican en virtud de este Contrato, incluidos los Copagos, las cantidades de Deducibles y el Coaseguro que se muestran en el Esquema de Beneficios.
2. Una Persona Calificada bajo esta sección, significa un Afiliado 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) El Afiliado provee información médica y científica que establece que la participación del Afiliado en dicho ensayo sería conveniente basado en que el Afiliado cumple con las condiciones descritas en el párrafo «a» anterior.
3. Un *Ensayo Clínico Aprobado* a 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.
 - b. El estudio o investigación se lleva a cabo conforme a una solicitud de medicamento nuevo en investigación, evaluada por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - c. El estudio o investigación es un ensayo de medicamento que está exento de tener una solicitud de medicamento nuevo en investigación.
 - d. El estudio o investigación es realizado por cualquiera de los siguientes Departamentos, y el estudio o investigación ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de evaluación por pares que el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (i) determina que es comparable al sistema de revisión por pares de estudios e investigaciones utilizados por los Institutos Nacionales de Salud, y (ii) asegura una revisión imparcial de los más altos estándares científicos por parte de personas calificadas que no tienen un interés en el resultado de la evaluación:
 - (1) El Departamento de Asuntos de los Veteranos.
 - (2) El Departamento de Defensa.

- (3) El Departamento de Energía.
4. Los siguientes servicios no están cubiertos:
- a. Servicios no relacionados con la atención médica que se provean como parte del ensayo clínico;
 - b. Costos por el manejo de datos asociados al ensayo clínico;
 - c. Los medicamentos en investigación, dispositivos, artículos o servicios en sí mismos; y
 - d. Los servicios, tratamiento o suministros que no están cubiertos de otra forma bajo este Contrato.
5. 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 garantizado de proyectos múltiples aprobado por la oficina de protección contra 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 atiende al Afiliado.
 - b. Los programas de evaluación y educación para el control personal de la diabetes están cubiertos sujetos a las siguientes situaciones:
 - (1) El programa debe ser prescrito por el Proveedor que atiende al 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 Miembros diabéticos cumplen con los requisitos para recibir exámenes oculares de la retina para detectar y prevenir la retinopatía diabética y otras Complicaciones de los ojos, una vez por año calendario, sin costo para el Miembro cuando los servicios son proporcionados por un Proveedor de la red. Los exámenes adicionales o los exámenes realizados por un Proveedor que No Pertenece a la Red están sujetos a los beneficios del Contrato.

H. Visitas al dietista

Los Beneficios están disponibles para las visitas de Pacientes Ambulatorios a los dietistas registrados. Una (1) visita del Dietista está cubierta sin costo para los Afiliados 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 en Diabetes y Capacitación para el Autocontrol.

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 al Deducible médico y Coaseguro del Afiliado.

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

- a. 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:

- (1) Debe tolerar el uso reiterado;
- (2) Se utiliza principalmente para fines médicos;
- (3) Generalmente, no tiene utilidad alguna para una persona que no esté enferma ni lesionada; y
- (4) Debe ser adecuado para el uso en el domicilio del paciente.

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

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

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

- (a) que no tienen una finalidad médica;
- (b) que no son necesarios para realizar las actividades de la vida diaria;

(c) que son únicamente para su comodidad o confort; o

(d) que no son determinados por Nosotros como Medicamento Necesarios.

(4) Los accesorios y suministros médicos necesarios para el funcionamiento efectivo del Equipo Médico Duradero cubierto, se consideran parte integral del gasto cubierto para el alquiler o compra y no se cubrirán por separado.

(5) La reparación o el ajuste del Equipo Médico Duradero que se compre o el reemplazo de los componentes están cubiertos. No se cubrirá el reemplazo de equipos perdidos o el reemplazo de equipos dañados debido a negligencia o mal uso. No se cubrirá el reemplazo de equipo dentro de los cinco (5) años posteriores a la compra o alquiler que no sea Medicamento Necesario, según se define en este Contrato. Independientemente de la Necesidad Médica, no se cubrirá la reparación, ajuste o sustitución de equipos sujetos a una retirada de venta del mercado en los cinco (5) años posteriores a su compra o alquiler. Independientemente de la Necesidad Médica, no se cubrirá la reparación, el ajuste o la sustitución del equipo cuando se proporcione en garantía.

c. Limitaciones relacionadas al Equipo Médico Duradero.

(1) Durante el alquiler del Equipo Médico Duradero, no habrá cobertura para la reparación, ajuste o reemplazo de las piezas y accesorios necesarios para el funcionamiento y mantenimiento adecuado del equipo cubierto, ya que esto es responsabilidad del proveedor del Equipo Médico Duradero.

(2) No habrá cobertura para el equipo cuando un suministro o aparato normalmente disponible pueda sustituir el equipo para cumplir con el mismo propósito de manera efectiva.

(3) No hay cobertura para el reemplazo de equipos perdidos. No habrá cobertura para la reparación o el reemplazo del equipo dañado debido a negligencia o uso incorrecto.

(4) Nosotros determinaremos cuáles serán los límites de cantidad razonables de artículos y suministros de Equipo Médico Duradero.

(5) Independientemente de las Reclamaciones de Necesidad Médica, los equipos de lujo o las características y funcionalidades de lujo de los equipos que no estén aprobados por Nosotros no están cubiertos.

2. Órtesis

Los Beneficios que se especifican en esta sección estarán disponibles para la compra de 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. Independientemente de la necesidad médica, la reparación o sustitución del dispositivo no estará cubierta cuando se preste en garantía o cuando el dispositivo está sujeto a una retirada de venta del mercado.

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 su comodidad o confort; o

(d) que no son determinados por Nosotros como Medicamento Necesarios.

(2) Independientemente de las Reclamaciones de Necesidad Médica, los dispositivos de lujo o las características y funcionalidades de lujo 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. Independientemente de la Necesidad Médica, la reparación o sustitución de aparatos o dispositivos no estará cubierta cuando se proporcionen en garantía o cuando los aparatos o dispositivos estén sujetos a una retirada del mercado.

c. Cuando los aparatos o dispositivos protésicos sean aprobados por Nosotros, los beneficios para los dispositivos estándar se proporcionarán para cualquier dispositivo 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 su comodidad o confort; 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. Independientemente de la Necesidad Médica, la reparación o sustitución de aparatos o dispositivos no estará cubierta cuando se proporcionen en garantía o cuando los aparatos o dispositivos estén sujetos a una retirada del mercado.

b. Cuando los aparatos o dispositivos protésicos sean aprobados por Nosotros, los beneficios para los dispositivos estándar se proporcionarán para cualquier dispositivo 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 su comodidad o confort; 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. Podrá elegir un aparato o dispositivo protésico cuyo precio sea superior a la prestación a pagar en virtud de este contrato y podrá pagar la diferencia entre el precio del aparato o dispositivo y la prestación a pagar, sin que ello suponga una penalización económica o contractual para el proveedor del aparato o 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. Servicios Médicos de Emergencia

1. Servicios del Centro Hospitalario

- a. Un Afiliado debe pagar una Copago de Sala de Emergencia, Cantidad de Deducible o Coaseguro, si se aparece en el Esquema de Beneficios, por cada visita que el Afiliado haga a un Hospital o a un Centro de Salud Aliado para Servicios Médicos de Emergencia.
- b. El copago de la sala de emergencias, si aparece en el Esquema de Beneficios, no se aplica si la visita resulta en a una Admisión Hospitalaria.

2. Servicios Profesionales

Un Afiliado debe pagar la Cantidad de Deducible o Coaseguro correspondiente, si así aparece en el Esquema de Beneficios, para cada Proveedor que preste Servicios Médicos de Emergencia.

L. 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 COMPAÑÍA AUTORICE POR ESCRITO LA NECESIDAD MÉDICA ANTES DE QUE SE PRESTEN LOS SERVICIOS; Y
2. LOS SERVICIOS SE REALIZAN EN UN CENTRO ADMINISTRATIVO QUE HA RECIBIDO LA AUTORIZACIÓN PREVIA POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA PARA REALIZAR SU PROCEDIMIENTO.

M. Pruebas genéticas o moleculares para el cáncer

Las pruebas genéticas o moleculares para el cáncer están cubiertas por este Contrato según lo exija la ley y cuando sean Medicamento Necesarias.

N. Beneficios de Audición

1. Beneficios auditivos para Afiliados menores de diecisiete (17) años

Los beneficios de audífonos están disponibles para Miembros menores de diecisiete (17) años cuando los reciben de un Proveedor de la Red. Este Beneficio se limita a un (1) audífono para cada oído con pérdida auditiva cada treinta y seis (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 con licencia tras recibir la autorización médica por parte de un Médico y una evaluación audiológica médicamente apropiada para la edad del niño.

Este Beneficio está sujeto al pago del Copago, cantidad de Deducible y Coaseguro correspondientes.

2. Beneficios auditivos para Afiliados menores de dieciocho (dieciocho (18) años

Los Beneficios para audífonos están disponibles para los Afiliados cubiertos mayores de dieciocho (18) años por pérdida auditiva severa o profunda y cuando se obtienen de un Proveedor de la Red. La pérdida auditiva severa o profunda se define como una pérdida auditiva de 71 dB o superior. Este Beneficio está limitado a un (1) audífono para cada oído con pérdida auditiva grave o profunda cada treinta y seis (36) meses. El audífono debe ser ajustado y proporcionado por un audiólogo con licencia, un especialista en audífonos con licencia o distribuidor de audífonos tras la autorización médica de un Médico y una evaluación audiológica médicamente apropiada para el Afiliado.

Si más de un tipo de audífono puede satisfacer las necesidades funcionales del Afiliado, sólo se obtendrán beneficios por el audífono que cumpla las especificaciones mínimas para las necesidades del Afiliado. Si el Afiliado adquiere un audífono que supere estas especificaciones mínimas, sólo pagaremos el importe que hubiéramos abonado por el audífono que cumpla las especificaciones mínimas, y el Afiliado será responsable de abonar cualquier diferencia de coste, sin penalización económica o contractual al Proveedor del audífono.

Antes de recibir un audífono, los Afiliados mayores de dieciocho (18) años deben obtener una Autorización. Este beneficio está sujeto a la necesidad médica y al pago del Copago, importe del Deducible y del Coaseguro correspondientes.

3. Implantes cocleares y audífonos osteointegrados (BAHA, por sus siglas en inglés)

Los beneficios están disponibles para los implantes cocleares y los audífonos osteointegrados para todos los Afiliados que reúnan los requisitos con pérdida auditiva severa o profunda, independientemente de la edad, al igual que cualquier otro servicio o suministro.

Este beneficio está sujeto a la necesidad médica y al pago del Copago, importe del Deducible y del Coaseguro correspondientes.

4. Limitaciones con relación a los audífonos u otros dispositivos auditivos

Los beneficios para audífonos, dispositivos de ayuda auditiva u otros dispositivos disponibles sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés) no están cubiertos.

Los Beneficios para audífonos u otros dispositivos auditivos no están cubiertos si determinamos que un audífono, dispositivo de ayuda auditiva u otro dispositivo auditivo disponible sin receta médica es un tratamiento clínicamente apropiado o adecuado para la pérdida auditiva de un Afiliado.

La sustitución de audífonos y otros dispositivos auditivos que se hayan perdido o dañado por negligencia o uso indebido no está cubierta.

La reparación, el ajuste o la sustitución de audífonos u otros dispositivos auditivos no están cubiertos cuando se proporcionan bajo garantía o cuando el audífono u otros dispositivos auditivos están sujetos a una retirada de venta del mercado.

Las reparaciones y los suministros de audífonos no están cubiertos cuando los proporciona un Proveedor Fuera de la Red. Esta limitación no se aplica a los implantes cocleares ni a los audífonos osteointegrados.

O. Servicios de diagnóstico por imágenes

Su contrato cubre los servicios de imágenes de alta tecnología médicamente necesarios, incluidos, entre otros, imágenes de resonancia magnética (MRI, en inglés), angiografía por resonancia magnética (MRA, en inglés), tomografías computarizadas (CT, en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés) y cardiología nuclear. Nosotros debemos Autorizar estos servicios antes de que Usted los reciba.

P. Atención Médica a Domicilio

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

Q. Cuidados de Hospicio

El Cuidado de Hospicio está cubierto.

R. 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. Estos servicios no están cubiertos si los brinda un familiar, o si el tratamiento médico o la consulta diagnóstica no se cubre.

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

Los Beneficios están disponibles para productos alimenticios bajos en proteínas para el tratamiento de ciertas enfermedades Metabólicas Heredadas. *Enfermedades Metabólicas Hereditarias* son enfermedades provocadas por una anomalía heredada de la química del cuerpo. Los *Productos Alimentarios 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 Alimentarios 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:

1. Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)
2. Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce (MSUD, por sus siglas en inglés)
3. Acidemia Metilmalónica (MMA, por sus siglas en inglés)
4. Acidemia Isovalérica (IVA, por sus siglas en inglés)
5. Acidemia Propiónica
6. Acidemia Glutárica
7. Defectos Cíclicos de la Urea
8. Tirosinemia

T. 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.

U. Servicios Médicos de Emergencia fuera del área de cobertura

1. Usted debe pagar un Copago, Deducible o Coaseguro por servicios en la sala de Emergencias, como figura en el *Esquema de Beneficios*, por cada consulta que realice a un Hospital o Centro de Salud Asociado por Servicios Médicos de Emergencia mientras se encuentre Fuera de su Área de Servicio.
2. El copago por servicios en la sala de emergencias queda exento si la consulta deriva en la admisión hospitalaria.
3. Usted debe pagar el Copago del Médico por cada visita que realiza al consultorio Médico para recibir Servicios Médicos de Emergencia mientras se encuentre fuera del área de servicio.

V. Procedimientos de Esterilización Permanente

La cobertura está disponible para los procedimientos quirúrgicos que producen la esterilización permanente, como la vasectomía, la ligadura de trompas y la colocación histeroscópica de microinsertos en las trompas de Falopio. La ligadura de trompas y la colocación histeroscópica de microinsertos en las trompas de Falopio están disponibles como un Beneficio de Atención Médica de Prevención o del Bienestar cuando los Servicios Cubiertos son proporcionados por un Proveedor de la Red Signature Blue.

W. Leche materna humana de donante por prescripción médica

Los beneficios están disponibles para la leche materna pasteurizada de donante prescrita por razones médicas para un bebé dependiente, hasta que cumpla un (1) año de edad, que esté recibiendo atención hospitalaria o ambulatoria y que no pueda recibir leche materna o participar en la lactancia materna por razones médicas o físicas, o cuya madre no pueda producir leche materna en cantidades suficientes por razones médicas o físicas. Esta cobertura se limita a un suministro de dos meses por bebé de por vida y se limita a leche materna humana de donante prescrita obtenida de un banco participante de la Asociación de Bancos de Leche Humana de Norteamérica u otra procedencia que Nosotros aprobemos.

X. Medicamentos con Receta

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

Y. Servicios Privados de Enfermería

1. Su Contrato cubre los Servicios Privados de Enfermería cuando se realicen de forma Ambulatoria y cuando el personal de enfermería no está relacionado con Usted por sangre, matrimonio o adopción.
2. Su Contrato cubre los Servicios Privados de Enfermería sujetos al Deducible y Coaseguro que aparecen en el *Esquema de Beneficios*.
3. Su Contrato no paga por los Servicios Privados de Enfermería para Pacientes Hospitalizados.
4. Su Contrato imita la cobertura de los Servicios Privados de Enfermería a cuatrocientas (400) horas por Periodo de Beneficios.

Z. Estudios del sueño

Los estudios del sueño Médicamente Necesarios que se llevan a cabo en el domicilio o en un laboratorio y las Reclamaciones profesionales asociadas cumplen con los requisitos para recibir cobertura. Solo los estudios del sueño realizados como un estudio del sueño en el hogar o en un laboratorio del sueño acreditado por la red son elegibles para la cobertura. Consulte Su directorio de proveedores o comuníquese con el servicio de atención al cliente al número que figura en la tarjeta de identificación para verificar si un laboratorio del sueño está acreditado.

AA. Servicios de Telemedicina y Terapia a Distancia

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

Los Servicios de Telemedicina Asíncronos o de Almacenamiento Directo entre un Paciente establecido y su Proveedor pueden tener lugar cuando un paciente establecido envía 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.

Los Servicios de Telemedicina Asíncronos, también llamados de Almacenamiento y Reenvío (Store Forward, en inglés), entre un Paciente establecido y un Proveedor que tenga una relación establecida, documentada y continua con el paciente pueden tener lugar cuando un paciente establecido utiliza un dispositivo aprobado o autorizado por la FDA para recoger y transmitir electrónicamente datos biométricos a un Proveedor con el fin de analizarlos y utilizarlos para desarrollar, gestionar y actualizar un plan de tratamiento relacionado con una afección de salud crónica o aguda. Este método de servicios de Terapia a Distancia está limitado a los servicios y dispositivos que Nosotros aprobemos.

Para que estén cubiertos, los servicios de Terapia a Distancia deben ser específicamente necesarios para tomar decisiones de tratamiento médico para el Afiliado o según lo exija la ley y deben recopilar y transmitir electrónicamente datos biométricos a un Proveedor establecido al menos dieciséis (16) días de un periodo de treinta (30) días.

A menos que lo prohíba la legislación vigente, la cantidad que pague por una consulta de Servicios de Telesalud o de Terapia a Distancia puede ser diferente de la que pagaría por el mismo servicio del Proveedor en un entorno que no sea de Telesalud o de Terapia a Distancia. Pagará más por una visita de Telemedicina o visita de Terapia a Distancia cuando su Proveedor no pertenezca a 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 ni los servicios de Terapia a Distancia 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 los servicios que no cumplan la ley HIPAA y que no proporcionen un sistema de comunicación seguro para salvaguardar la información sanitaria protegida.

Nosotros determinamos los Servicios de Telemedicina, los servicios de Terapia a Distancia y los Proveedores que pueden prestar dichos servicios.

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

1. Autorización y Selección del Proveedor

Los Beneficios se pagarán al nivel más alto de la Red cuando se reciba la atención de un Proveedor de la Red.

- a. Si un Afiliado desea recibir servicios de un Proveedor que No Pertenece a la Red y obtener Beneficios de la Red, debe informarlo a Nuestro Departamento de Administración de la Atención antes de que se presten los servicios. Aprobaremos el uso de un Proveedor Fuera de la Red únicamente si Nosotros determinamos que los servicios no pueden ser prestados por un Proveedor de la Red dentro de un radio de setenta y cinco (75) millas del lugar de residencia del Miembro. El Proveedor que no pertenece a la red debe ponerse en contacto con Nuestro departamento de Administración de la Atención en el número de teléfono que aparece en el Esquema de Beneficios, con Nuestro departamento de atención al cliente en el número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación o seguir las instrucciones del Manual del Proveedor, si están disponibles para el Proveedor Fuera de la Red.

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

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

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

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

Si no se solicita la Autorización antes de la Admisión o de 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 el Afiliado deberá pagar todos los gastos en los que haya incurrido.

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

a. Admisiones

- (1) Si un Proveedor de la Red o un Proveedor Participante no 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. El miembro sigue siendo responsable de cualquier copago, cantidad de deducible y coaseguro que se muestre en el Esquema de Beneficios.
- (2) Si un Proveedor No Participante no obtiene la Autorización necesaria, reduciremos los Cargos Permitidos según la Sanciones en el importe de la sanción que figura en el Esquema de Beneficios. Esta sanción se aplica a todos los cargos cubiertos de hospitalización. El Afiliado es responsable de

todos los cargos no cubiertos y de cualquier Copago, Cantidad de Deducible y Coaseguro que se muestren en el Esquema de Beneficios.

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

- (1) Si un Proveedor de la Red no obtiene la Autorización necesaria, podremos reducir el Cargo Permitido en un treinta por ciento (30 %). Esta sanción se aplica a todos los servicios y suministros que requieran una Autorización, excepto los cargos por hospitalización. El Proveedor de la Red es responsable de todos los cargos no cubiertos. El afiliado sigue siendo responsable de su Copago, Deducible , y Coaseguro.
- (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. El Afiliado es responsable de todos los cargos que no estén cubiertos y sigue siendo responsable de cualquier Copago, cantidad de Deducible, y Coaseguro.

3. Autorización de Admisiones

a. Autorización de Admisiones Electivas

El Afiliado es responsable de garantizar que su Proveedor notifique a Nuestro Departamento de Administración de la Atención sobre cualquier Admisión Hospitalaria, electiva o que no sea de emergencia. Se nos debe notificar antes de la Admisión la naturaleza y el propósito de cualquier Admisión Electiva o Admisión que no sea de Emergencia en el departamento de Hospitalización de un Hospital.

Para notificárnoslo antes de la Admisión, el Proveedor debe ponerse en contacto con Nuestro departamento de Administración de la Atención en el número de teléfono que aparece en el Esquema de Beneficios, con Nuestro departamento de atención al cliente en el número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación o seguir las instrucciones del Manual del Proveedor, si está a su disposición. 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 se deniega una solicitud de Autorización, la Admisión no se cubre y Usted deberá pagar todos los cargos que incurra durante la Admisión para la cual se denegó la Autorización.
- (2) Si no se solicita la Autorización antes de la Admisión, Nosotros tendremos derecho a determinar si la Admisión era Médicamente Necesaria. Si la Admisión era Médicamente Necesaria, los Beneficios se otorgarán de acuerdo con el estatus de participación del Proveedor.
- (3) Las cantidades adicionales por las que el Miembro es responsable, puesto que se denegó o no se solicitó la Autorización de una Admisión hospitalaria Electiva o que no sea de Emergencia, se consideran como no cubiertas y no se aplicarán para cubrir el Desembolso.

b. Autorización para Admisiones de Emergencia

Es responsabilidad del Afiliado de asegurarse de que Su Médico u Hospital, o un representante de este, informe a Nuestro Departamento de Administración de Atención de todas las admisiones de Emergencia. Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la Admisión de Emergencia, se nos deberá notificar la naturaleza y el propósito de esta. El centro o Proveedor deben ponerse en contacto con Nuestro departamento de Administración de la Atención en el número de teléfono que aparece en el Esquema de Beneficios, con Nuestro departamento de atención al cliente en el número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación o seguir las instrucciones del Manual del Proveedor, si están disponibles para el centro o Proveedor. Nosotros podríamos eliminar o extender este límite de tiempo si determinamos que el Miembro no pudo notificar a tiempo o indicarle a Su representante que Nos notificara la Admisión de Emergencia. En el caso en que, el final del período 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 se deniega la Autorización, la Admisión no estará cubierta y Usted deberá abonar todos los gastos incurridos durante la Admisión.
- (2) Si no se solicita Autorización, Nosotros tendremos derecho a determinar si la Admisión era Médicamente Necesaria. Si la Admisión era Médicamente Necesaria, los Beneficios se otorgarán de acuerdo con el estatus de participación del Proveedor.
- (3) Las cantidades adicionales por los que el Afiliado es responsable, porque se denegó o no se solicitó la Autorización de una Admisión de Emergencia, se consideran como no cubiertos y no se aplicarán a la Cantidad de Desembolso.

c. Revisión Concurrente

Cuando Nosotros Autorizamos la Hospitalización de un Afiliado, Autorizaremos Su estancia en el Hospital por un determinado número de días. Si el Afiliado no ha sido dado de alta en o antes del último día Autorizado, y el Afiliado necesita que se Autoricen más días, deberá asegurarse de que Su Médico u Hospital se comuniquen con Nosotros para solicitar la Revisión Concurrente con el fin de Autorizar los días adicionales. La solicitud para la continuación de la hospitalización debe realizarse durante o antes del último día Autorizado del Afiliado, de modo que Nosotros podamos revisar y responder a la solicitud ese día. Si Autorizamos la solicitud, volveremos a Autorizar un número determinado de días, repitiendo este procedimiento hasta que le den el alta al Afiliado o se deniegue su solicitud de continuar hospitalizado. Para solicitar la Revisión Concurrente para la Autorización de días adicionales, el Proveedor debe ponerse en contacto con Nuestro departamento de Administración de la Atención en el número de teléfono que aparece en el Esquema de Beneficios, con Nuestro departamento de atención al cliente en el número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación o seguir las instrucciones del Manual del Proveedor, si está disponible para el Proveedor.

- (1) Si Nosotros no recibimos una solicitud de Autorización para continuar la estadía en o antes del último día Autorizado, no se aprobarán más días una vez transcurrido el último día Autorizado y no se pagarán Beneficios adicionales a menos que Nosotros recibamos y Autoricemos otra solicitud. Si en cualquier momento de este procedimiento de Revisión Concurrente se recibe una solicitud de Autorización para continuar la estadía y Nosotros determinamos que no es Médicamente Necesario que el Afiliado permanezca hospitalizado o que permanezca hospitalizado en un nivel de atención solicitado, Nosotros notificaremos por escrito al Afiliado y a sus Proveedores que se denegó la solicitud y que no se Autorizan días adicionales.
- (2) Si Nosotros denegamos una solicitud de Revisión Concurrente o una solicitud de nivel de atención para Servicios de Hospital, Nosotros notificaremos al Afiliado, a su Médico y al Hospital dicha denegación. Si, a partir de entonces, el Afiliado decide permanecer Hospitalizado, o con el mismo nivel de atención, el Afiliado no será responsable de ningún cargo a menos que el Médico o el Hospital le notifiquen su responsabilidad financiera antes de incurrir en cargos adicionales.
- (3) Los cargos por días en el Hospital que no hayan sido autorizados y que el Afiliado debe pagar, se consideran como no cubiertos y no se aplicarán para cubrir la Cantidad de Desembolso.

4. Autorización de Servicios para Pacientes Ambulatorios, Incluidos Otros Servicios Cubiertos y Suministros

Ciertos servicios, suministros y Medicamentos con Receta requieren de Nuestra Autorización antes de que el Afiliado los reciba. La lista de Autorizaciones figura en el Esquema de Beneficios del Afiliado. El Afiliado es responsable de asegurar que su Proveedor obtenga todas las Autorizaciones requeridas antes de que reciba los servicios, suministros o Medicamentos con Receta. Podríamos necesitar que el Proveedor del Afiliado nos envíe información médica o clínica acerca de la afección que padece el Afiliado. Para obtener Autorizaciones previas, el Proveedor del Afiliado debe ponerse en contacto con Nuestro departamento de administración de la atención al número que aparece en el Esquema de Beneficios, con Nuestro departamento de atención al cliente al número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación o seguir las instrucciones del Manual del Proveedor, si está disponible para el Proveedor.

- 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 eran Médicamente Necesarios. Si los servicios y suministros fueron Médicamente Necesarios, los Beneficios se otorgarán según el estatus de participación del Proveedor.
- c. Las cantidades adicionales por las que el Afiliado 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 Su 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 los pacientes, 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 quienes presentan 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 Afiliado no le dará derecho a ningún otro Afiliado a recibir los servicios de Administración de Casos, ni deberá interpretarse como una renuncia a Nuestro derecho de administrar y hacer cumplir este Contrato 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 este Contrato, incluyendo las limitaciones máximas de Beneficios y todas las demás limitaciones y exclusiones, continuarán en plena vigencia y efecto si un Afiliado está recibiendo 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 los pacientes, sus Médicos y familiares, y otros recursos comunitarios para evaluar alternativas de tratamiento y los Beneficios disponibles cuando se determine que es beneficioso para Usted y para Nosotros.
2. Nuestra determinación de que la afección médica de un Afiliado en particular hace que sea un candidato apto para recibir Beneficios Alternativos no Nos obliga a tomar la misma decisión ni una similar respecto de cualquier otro Afiliado; como tampoco la prestación de Beneficios Alternativos a un Afiliado le otorgará derecho a otro Afiliado dichos beneficios, ni deberá considerarse una renuncia a nuestro derecho de administrar y hacer cumplir este Contrato de acuerdo con sus términos explícitos.
3. A menos que lo hayamos acordado explícitamente, todos los términos y las condiciones de este Contrato, 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 este Contrato y acumulan para las limitaciones máximas de Beneficios bajo este Contrato.
5. Los Beneficios Alternativos del Afiliado serán rescindidos 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 este Contrato, y que no estén especificados como Beneficios Alternativos aprobados por Nosotros.

ARTÍCULO XIX. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

- A. Se excluyen los beneficios por afecciones, servicios, cirugía, suministros y tratamiento por servicios que no están cubiertos por este Contrato.
- B. Si un Miembro tiene Complicaciones por afecciones, Operaciones o tratamientos no incluidos; se excluirán los Beneficios por dichas afecciones, servicios, Operaciones, suministros y tratamientos.
- C. Cualquiera de las limitaciones y exclusiones enumeradas en este Contrato puede ser eliminada o revisada, como se muestra en el Esquema de Beneficios.
- D. A menos que figuren como cubiertos en el Esquema de Beneficios, se excluyen los siguientes:
 1. Servicios, tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos, artículos o suministros que no sean Medicamente Necesarios, como se define en este Contrato. 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. Servicios, Cirugías, suministros, tratamiento o gastos:
 - a. que no sean los mencionados específicamente como cubiertos en este Contrato o por los cuales el Afiliado no tiene la obligación de pagar, o por los cuales no hay cargos ni un cargo menor si un Afiliado 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 la fecha de entrada en vigor del Afiliado o después de que termine la cobertura, 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 la cobertura del Afiliado conforme a este Contrato, hasta la finalización de dicha Admisión o hasta que el Afiliado haya alcanzado los límites de Beneficios establecidos en este Contrato, 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 este Contrato. 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 reciba de un departamento o clínica dental, de la vista o médica mantenida por o en nombre de una compañía, una asociación mutua de beneficios, un sindicato laboral, fideicomiso o persona o Grupo similar; o
 - h. prestados, prescritos o provistos de otro modo por un Proveedor que es el Miembro, el Cónyuge, hijo, hijastro, padre, padrastro o abuelo del Miembro;
 - i. para llamadas telefónicas, comunicaciones por video, mensajes de texto, mensajes de correo electrónico, mensajes instantáneos o comunicaciones a través del portal del paciente entre Usted y Su Proveedor, a menos que se indique específicamente como cubierto por el Beneficio de Servicios de Telemedicina; por los servicios facturados con códigos de Telemedicina no adecuados para el entorno en el que se prestan los servicios; por los servicios de Telemedicina no permitidos por nosotros; y por los servicios de Telemedicina prestados por proveedores no permitidos por nosotros.
 - j. para los servicios y dispositivos de Terapia a Distancia, a menos que los resultados se requieran específicamente para una decisión de tratamiento médico de un Afiliado o según lo exija la ley;
 - k. por no acudir a una visita 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 o inscribirse con ciertos Proveedores;

- l. para los servicios que se prestan en el hogar a menos que los servicios cumplan con la definición de servicios Médicos a Domicilio, o que estén cubiertos específicamente en este Contrato, o estén aprobados por Nosotros;
 - m. todo procedimiento incidental, procedimiento desagregado o mutuamente exclusivo, excepto según lo descrito en este Contrato; o
 - n. pruebas de paternidad y pruebas realizadas con fines legales.
5. Los Beneficios para los servicios en las siguientes categorías están excluidos:
- a. aquellos servicios para enfermedades contraídas o lesiones sostenidas como resultado de una guerra, declarada o no declarada, o cualquier acto de guerra;
 - b. aquellos para lesiones o enfermedades que el Secretario de Asuntos de los Veteranos encontró que fueron incurridas o agravadas durante la prestación del servicio en los servicios uniformados;
 - c. aquellos que ocurran como resultado de haber participado en un motín o acto de desobediencia civil;
 - d. 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 resultado de un Afiliado 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. Los Beneficios están disponibles para el Afiliado por enfermedad o lesión corporal por causa de un acto de violencia doméstica o una afección médica (incluyendo condiciones de salud física y mental); o para servicios médicos de emergencia.
6. **INDEPENDIEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por servicios, Operaciones, suministros, tratamiento o gastos relacionados con, o Complicaciones de lo que se detalla a continuación:
- a. rinoplastia;
 - b. servicios de blefaroplastia identificados con los códigos CPT 15820, 15821, 15822, 15823; de ptosis de ceja identificado con el código CPT 67900; o cualesquiera otros códigos revisados o equivalentes;
 - c. ginecomastia;
 - d. aumento o Reducción mamaria, excepto por los servicios reconstructivos de mamas, como se establece específicamente en este Contrato;
 - e. implante, extracción o reimplante de implantes de seno y servicios, enfermedades, afecciones, complicaciones o tratamiento en relación con, o como resultado de, implantes de seno, excepto por los servicios de reconstrucción de seno especificados en este Contrato;
 - 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 la ley Nos exija que cubramos o aquellos que ofrecemos, respaldamos, aprobamos o promocionamos como parte de Su cobertura de atención médica bajo este Contrato. 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 Médicamente Necesarios para el tratamiento de afecciones de salud mental o trastornos por 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 el tratamiento del estrés programas de refuerzo laborales y evaluación de capacidad funcional; exámenes de conducir, etc., excepto los servicios que la ley exige que se cubran;
 - 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 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 Contrato o Esquema de Beneficios;
 - b. ejercicios de la vista, entrenamiento visual u ortóptica;
 - c. audífonos o exámenes para recetar o ajustar audífonos, excepto por lo especificado en este Contrato;
 - 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, Operaciones, suministros, tratamiento o gastos relacionados con:
- a. cualquier costo originado por la donación de un órgano o tejido para trasplante cuando el Afiliado es donante, excepto según lo estipulado en este Contrato;
 - 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, a menos que se indique lo contrario en este Contrato.
 - 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 los siguientes, excepto según lo dispuesto específicamente en este Contrato o en el Esquema de Beneficios:
- a. programas para bajar de peso;
 - b. procedimientos de cirugía bariátrica que incluyen, entre otros:
 - (1) Baipás gástrico en Y de Roux
 - (2) Banda gástrica ajustable laparoscópica
 - (3) Banda gástrica
 - (4) Cruce duodenal con derivación biliopancreática;
 - c. eliminación de excesos de grasa o piel o servicios prestados en un *spa* o centros similares; o
 - d. obesidad u obesidad mórbida, excepto según sea exigido por ley.
10. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para alimentos o suplementos alimentarios, fórmulas y alimentos médicos, incluyendo aquellos para alimentación por sonda gástrica. Esta exclusión no se aplica a los productos alimenticios bajos en proteínas ni a la leche materna humana de donante prescrita, tal como se describe en este Contrato.
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 entre otros, medicamentos utilizados con fines cosméticos (por ejemplo., Botox®, Renova®, Tri-Luma®), medicamentos utilizados para mejorar el rendimiento deportivo, medicamentos utilizados para los efectos del envejecimiento en la piel y medicamentos utilizados para la pérdida o restauración del cabello (por ejemplo., Propecia®, Rogaine®), excepto los Medicamentos con receta aprobados por Nosotros para tratar la alopecia areata o la alopecia universal;
 - 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 dietéticos o nutricionales, o suplementos y tratamientos con hierbas, excepto aquellos que deban ser cubiertos según las recomendaciones del Grupo de Trabajo de los Servicios de Prevención de los Estados Unidos. Los alimentos bajos en proteínas y la leche materna humana de donante por prescripción están cubiertos tal y como se describe en este Contrato;

- g. Vitaminas prescritas que no aparecen como cubiertas en el Formulario de Medicamentos con Receta (incluyendo entre otras, Enlyte);
- h. medicamentos que puedan obtenerse legalmente sin la receta de un Médico, inclusive los medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés), excepto aquellos que deben estar cubiertos por la ley.
- i. Ciertos Medicamentos con Receta para los cuales existe un equivalente OTC o para los cuales existe una alternativa similar como medicamento OTC;
- j. repeticiones de medicamentos que excedan el número especificado por el Médico o el límite de despacho que se describe en este Contrato, 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;
- k. 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 tópicamente);
 - (4) medicamentos compuestos que contienen productos farmacéuticos o componentes de dichos productos farmacéuticos que han sido retirados o sacados del mercado por razones de seguridad; o
 - (5) Recetas compuestas cuyos únicos ingredientes no requieran receta;
- l. Medicamentos con Receta seleccionados que contengan más de un ingrediente activo (algunas veces conocidos como «medicamentos combinados»);
- m. Productos de Medicamentos con Receta que incluyan o estén empaquetados con un producto de Medicamento sin Receta están incluidos;
- n. Están excluidos los kits de composición de Medicamentos con Receta;
- o. algunos Medicamentos con Receta que están envasados de manera que contienen más de un (1) Medicamento con Receta;
- p. 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);
- q. Medicamentos con Receta que contengan marihuana, incluyendo la marihuana medicinal;
- r. Medicamentos con Receta que se despachen antes de la Fecha de entrada en vigor del Afiliado o después que la cobertura del Afiliado termine;
- s. Reemplazo de Medicamentos con Receta extraviados o hurtados, o de aquellos que se echan a perder por mal manejo, daño o rotura;
- t. 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;

- u. 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;
 - v. 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;
 - w. Medicamentos con Receta para, o tratamiento de estatura baja idiopática;
 - x. 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 miembro a ese médico. La limitación podría incluir requerir que en el futuro las Sustancias Peligrosas Controladas se obtengan de un solo médico y de una farmacia;
 - y. Preparaciones de medicamentos con recetas de aplicación tópica que estén aprobados por la FDA como dispositivos médicos;
 - z. 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;
 - aa. Los Medicamentos con Receta aprobados para la administración propia (p. ej., medicamentos orales o 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;
 - bb. 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
 - cc. El impuesto o interés sobre la venta, que incluya el impuesto sobre la venta de Medicamentos con Receta. Cualquier impuesto aplicado a la venta de los medicamentos con receta se incluirá en el costo del medicamento para determinar el Coaseguro del Afiliado y nuestra responsabilidad financiera. Nosotros cubriremos el costo del impuesto sobre la venta de Medicamentos con receta cualificados, a menos que el costo total del Medicamento con receta sea inferior a la cantidad del Copago del Afiliado, en cuyo caso, el Afiliado deberá pagar el costo del Medicamento con receta y el impuesto sobre la venta.
12. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para artículos para la comodidad, higiene y conveniencia personal, incluidos, aires acondicionados, humidificadores, equipo para hacer ejercicios, equipos personales para el acondicionamiento físico o modificaciones al domicilio o vehículo del Miembro.
13. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los cuidados o tratamientos paliativos o cosméticos del pie; los dispositivos de apoyo del pie; y tratamiento de pies planos, excepto para Operaciones Medicamente Necesarias;
14. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen la Atención de rutina de los pies. Están cubiertos los beneficios de un total de seis (6) servicios, tratamientos o procedimientos de corte o eliminación de callos y durezas, recorte de uñas o desbridamiento. Los beneficios se limitan a un total de seis (6) servicios, tratamientos o procedimientos por Periodo de Beneficios, tanto si dichos servicios, tratamientos o procedimientos son prestados por Proveedores de la Red como si no lo son. Todos los demás servicios, tratamientos o procedimientos que superen este límite no están cubiertos;

15. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para cualquier aborto que no sea para salvar la vida de la madre;
16. **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;
17. **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.
18. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los servicios prenatales y posnatales o los suministros de una Madre Sustituta Gestacional incluyendo, entre otros, servicios de Hospital, Operaciones, Salud Mental, farmacia o médicos;
19. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, operaciones, suministros, tratamiento o gastos de un Afiliado relacionados con:
 - a. Pruebas genéticas, a menos que los resultados sean específicamente requeridos para una decisión del tratamiento médico del Afiliado 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.
20. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para acupuntura, anestesia por hipnosis o cargos por anestesia de Servicios no Cubiertos.
21. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para Cirugía Estética, perforaciones, procedimientos, servicios, suministros o tratamiento con fines estéticos, a menos que sea debido a Anomalías A Congénitas o Mastectomía. Las complicaciones que resulten de cualquiera de estos servicios u otros servicios no cubiertos están excluidas;
22. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para Tratamiento y Atención Dental y dispositivos dentales, excepto los señalados específicamente en este Contrato, en las secciones Beneficios de Cirugía Bucal y Beneficios de Atención Dental Pediátrica. Esta exclusión no se aplica en casos de los servicios para Labio Leporino y Paladar Hendido;
23. **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 en casos de los servicios para Labio Leporino y Paladar Hendido;
24. **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 este Contrato;
25. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los gastos de viaje de cualquier tipo o tipo que no sean los Servicios de Ambulancia cubiertos

al hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente la afección del Miembro, excepto según lo dispuesto específicamente en este Contrato, o según lo aprobado por Nosotros.

26. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, No se cubre la repatriación de los restos mortales desde una ubicación en el extranjero hasta los Estados Unidos. No se cubre el transporte aéreo y marítimo, privado o comercial. 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.
27. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios educativos y suministros, adiestramiento y readiestramiento para una vocación, o el diagnóstico, pruebas o tratamiento para la recuperación de la lectura, dislexia y otros trastornos del aprendizaje. Esto incluye los servicios de Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) que no son tratamientos de habilitación y que se enfocan específicamente en metas académicas o educativas; y los servicios para profesionales o de supervisión utilizados como ayuda de mantenimiento o la Asistencia de un Cuidador para apoyar en las oportunidades de aprendizaje en un contexto académico. Esta exclusión de servicios educativos y suministros no se aplica a la formación y la educación acerca de la diabetes o a ninguna de las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos que se requiera cubrir por ley;
28. Los Beneficios se excluyen para el Análisis de Comportamiento Aplicado que Nosotros hayamos determinado que no es Medicamente Necesario. También se excluyen los siguientes: Análisis de Comportamiento Aplicado prestado por un Proveedor que no ha sido certificado como analista auxiliar del comportamiento o licenciado como analista del comportamiento por la Junta de Analistas del Comportamiento de Luisiana o por la agencia de licencias apropiada, si están dentro de otro estado. El Análisis de Comportamiento Aplicado no está cubierto en caso de afecciones distintas a los Trastornos del Espectro Autista.
29. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para la Admisión a un Hospital principalmente para recibir Servicios de Diagnóstico, que se podrían haber prestado de manera segura y adecuadamente en cualquier otro entorno, por ejemplo, el departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital o el consultorio de un Médico;
30. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para la Asistencia de un Cuidador, la Asistencia de un Hogar para Ancianos, la Asistencia de un Centro de Vida Asistida 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 Rehabilitación que la ley requiera que lo cubramos. Esta exclusión para la Asistencia de un Cuidador se aplica a las Reclamaciones por Servicios Privados de Enfermería que Nosotros determinemos que son Asistencia de un Cuidador;
31. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para cargos de hospital para un recién nacido sano, excepto lo específicamente indicado en este Contrato;
32. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los servicios de orientación que incluyen, entre otros, orientación profesional, terapia de pareja, terapia de divorcio, terapia de pérdida y duelo, asesoría para padres y orientación laboral. Esta exclusión no se aplica a los servicios de asesoramiento que se requiere sean cubiertos como parte de la Atención Preventiva o de Bienestar o cuando lo exija la ley;
33. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para el tratamiento médico y quirúrgico para los ronquidos en ausencia de apnea obstructiva del sueño, incluyendo la uvulopalatoplastia asistida por láser (LAUP, por sus siglas en inglés);
34. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para la reversión de un procedimiento de esterilización voluntaria.

35. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para cualquier Equipo Médico Duradero, equipo médico desechable, artículos y suministros que sobrepasen los límites de cantidad razonables, según Nosotros lo determinemos. Los desfibriladores portátiles no están cubiertos. Los desfibriladores implantables y los portátiles están cubiertos cuando Nosotros los Autoricemos;
36. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los estudios del sueño, a menos que se realicen como un estudio del sueño en el domicilio o en un laboratorio del sueño acreditado por la Red. Si un estudio del sueño no es realizado por un laboratorio del sueño acreditado por la Red, como un estudio del sueño en su domicilio o se deniega la realización de un estudio del sueño, entonces ni el estudio del sueño ni las Reclamaciones profesionales relacionadas con el estudio del sueño son válidos para la cobertura;
37. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios o suministros para el almacenamiento profiláctico de sangre del cordón umbilical.

ARTÍCULO XX. DISPOSICIONES GENERALES

A. Este Contrato

1. Este Contrato, la Solicitud de Cobertura Médica Individual que expresa todo el dinero y otras consideraciones de cobertura, el Esquema de Beneficios y cualquier enmienda o suplemento, constituyen la totalidad del Contrato entre las partes.
2. Este contrato se garantiza renovable a opción del Suscriptor, sujeto a las condiciones para la afiliación y a posteriores condiciones realizadas por Nosotros o por el Mercado de Seguros Médicos. Cada vez que Usted pague Su prima cuando se venza, Usted indica que desea continuar con cobertura. Nosotros renovaremos o continuaremos la cobertura bajo este Contrato cada mes, a Su preferencia.
3. Nosotros tendremos el derecho de celebrar acuerdos contractuales con subcontratistas, Proveedores de servicios médicos o terceras partes en relación con este Contrato. Cualquier función que Nosotros debamos llevar a cabo según este Contrato podrán ser realizadas por Nosotros o cualquiera de Nuestras filiales, sucursales, subcontratistas o personas designadas.
4. Nuestra responsabilidad se limita a los Beneficios especificados en este Contrato. Los Beneficios de los Servicios Cubiertos detallados en este Contrato se prestarán únicamente para servicios y suministros prestados a partir de su Fecha de entrada en vigor por un Proveedor incluido en este Contrato y regularmente incluidos en los cargos de dicho Proveedor.
5. Continuidad de los servicios de atención médica.
 - a. Cuando hayamos finalizado un acuerdo contractual con un Proveedor y Usted ha empezado un tratamiento con ese Proveedor, Nosotros le notificaremos que hemos eliminado a ese Proveedor de la Red de Signature Blue. Si es un paciente que requiere atención médica continuada, puede seguir recibiendo los Servicios Cubiertos hasta la finalización del curso del tratamiento o hasta 90 días después de que le notifiquemos que el Proveedor ha abandonado la Red de Signature Blue, lo que ocurra primero.
 - b. Un paciente que requiere atención médica continuada es aquel que:
 - (1) Se somete a un plan de tratamiento por una afección seria 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 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 Proveedores Signature Blue.

- (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 HMO Louisiana, Inc. 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 podría 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 en el Contrato

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

D. No Somos Responsables de Ninguna Acción Realizada por 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 Afiliado 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 se deben pagar por el Suscriptor 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 Año del Contrato de este Contrato y en la misma fecha cada mes a partir de entonces Esa será la fecha de vencimiento de la prima. Este Contrato es renovable mensualmente mediante el pago oportuno de cada prima conforme vence.
2. Los Suscriptores deben pagar las primas. Las primas no pueden ser pagadas por terceros, a menos que estén relacionados con el Suscriptor por sangre 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. Nosotros aceptaremos el pago adelantado del crédito fiscal para las primas del gobierno federal.
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 Nosotros podamos haber aceptado antes un pago tardío de la prima no quiere decir que en el futuro se acepten pagos tardíos de las primas. Usted no puede confiar en el hecho de que es posible que hayamos aceptado previamente una prima tardía como indicio de que lo haremos en el futuro.

4. Las primas deben pagarse en dólares estadounidenses. Al titular del Contrato se le aplicará un cargo por fondos insuficientes, NSF (por sus siglas en inglés) de veinticinco (\$25.00) dólares cuando su prima sea pagada con un cheque devuelto por el banco por falta de fondos. Si el banco devuelve varios pagos, Nosotros podremos, a Nuestra entera discreción, negarnos a restablecer la cobertura.

G. Cambio en el importe de la Prima

1. Este Contrato vence el domingo, 31 de diciembre de 2023. Este Contrato se podrá renovar a Su discreción para el Año del Contrato que empieza el lunes, 1 de enero de 2024. Toda renovación de este Contrato para el Año del Contrato que comienza el lunes, 1 de enero de 2024, estará sujeta a cambios en la cantidad de la prima según las tarifas que apliquen.
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 por el Año del Contrato. Sin embargo, en cualquier momento durante la vida del Contrato, 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. Este riesgo incluye la adición de una nueva persona cubierta. Además, nos reservamos el derecho de cambiar la prima si Usted solicita un cambio en los Beneficios del Contrato de lo que estaba en vigor en el momento de la última determinación de tarifas.
4. Si Su edad se declaró erróneamente, cualquier cantidad a pagar o cualquier indemnización acumulada bajo este Contrato 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 Contrato; 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. Derecho que tiene el Suscriptor de Cancelar este Contrato

1. Como Suscriptor, Usted puede cancelar este Contrato enviando una notificación escrita a Nosotros o al Mercado de Seguros, según corresponda, 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 este Contrato. Devuelva este Contrato con Su aviso de cancelación por escrito.** Si Usted no incluye Su Contrato 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 contrato y que el contrato no fue devuelto porque se perdió o destruyó.
4. Si Usted Nos envía un aviso de cancelación, el Contrato será cancelado 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. Si se envía Su solicitud de cancelación al Mercado de Seguros, el Mercado de Seguros determinará la fecha de entrada en vigor de la cancelación.

J. Nuestro derecho de finalizar este contrato por falta de pago de primas

1. Las primas deberán ser pagadas por adelantado antes de recibir la cobertura. El Suscriptor se considera en mora si las primas no se pagan en la fecha de vencimiento.
2. Los Suscriptores que están recibiendo pagos adelantados del crédito fiscal para las primas del gobierno federal, y han hecho por lo menos un (1) pago total para la prima del primer mes durante el Período de Beneficios, tendrán un período de gracia de tres (3) meses (período de morosidad) para pagar su cuota de las primas adeudadas debidas en virtud de este Contrato. Las Reclamaciones se pagarán durante el primer mes del período de gracia. Si Nosotros no recibimos la prima total adeudada durante el período de gracia, Nosotros enviaremos a la dirección registrada del Suscriptor una notificación de morosidad o rescisión. Si para el segundo mes del período de gracia, Nosotros no hemos recibido todos los pagos de las primas que se adeudan por el Suscriptor, los Beneficios de Medicamentos con Receta podrían denegarse de inmediato.

Todas las demás Reclamaciones por Servicios Cubiertos recibidos durante ese período serán suspendidas y los Proveedores serán notificados de que, si la porción de las primas adeudadas del Suscriptor no se paga en totalidad para el final del período de gracia, sus Reclamaciones le serán denegadas. Si no hemos recibido al final del tercer mes del período de gracia el pago total de todas las primas adeudadas, este Contrato será cancelado efectivo al último día del primer mes del período de gracia, y todo pago adelantado del crédito fiscal para las primas recibido durante los meses dos y tres del período de gracia serán devueltos al gobierno federal. Nosotros no tendremos ninguna obligación de garantizar la cobertura posterior al Suscriptor o sus Dependientes. Si el Suscriptor paga la prima en su totalidad, podrá presentar un formulario de Reclamación de Medicamentos con Receta en papel y la Reclamación será procesada. Las Reclamaciones médicas serán procesadas automáticamente si se realiza el pago en su totalidad.

3. Los suscriptores que no reciben pagos adelantados del crédito fiscal de las primas tienen un período de gracia (período de morosidad) de treinta (30) días a partir de la fecha de vencimiento de la prima. Si recibimos la prima durante el período de gracia, la cobertura se mantendrá en vigor conforme a las disposiciones de este Contrato. Si Nosotros no recibimos la prima adeudada durante el período de gracia, Nosotros enviaremos un aviso de morosidad o rescisión a la dirección del Suscriptor que tengamos en nuestros registros También podemos enviar por correo un aviso de terminación a la dirección registrada del Suscriptor.

Podremos cancelar el Contrato automáticamente sin la necesidad de notificar al Suscriptor si no recibimos el pago de la prima de parte del Suscriptor en Nuestra oficina central dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento (durante el período de gracia). Si Nosotros rescindimos este Contrato 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. La Compañía no tendrá ninguna obligación de garantizar la cobertura posterior al Suscriptor o a sus Dependientes durante el Año del contrato.

4. El Suscriptor acepta pagarnos los costos y honorarios razonables, incluyendo los honorarios razonables de abogados, por Nuestro intento de cobrar cualquier importe adeudado en virtud de este Contrato, incluyendo, entre otros, la prima impagada.

K. El Suscriptor acepta pagarnos los costos y honorarios razonables, incluyendo los honorarios razonables de abogados, por Nuestro intento de cobrar cualquier importe adeudado en virtud de este Contrato, incluyendo, entre otros, la prima impagada. Nuestro Derecho para Rescindir la Cobertura, Cancelar o No-Renovar el Contrato por Razones Distintas a la Falta de Pago de la Prima

1. Causas de Rescisión (terminación retroactiva) de este Contrato:

Un Suscriptor o un Afiliado comete fraude o tergiversa intencionalmente hechos relevantes según los términos de este Contrato. La emisión de este Contrato depende de las declaraciones y manifestaciones en la Solicitud de Cobertura de Salud Individual. Todas las declaraciones hechas en la solicitud son importes para la emisión de este Contrato. Cualquier información omitida intencionalmente de la solicitud con respecto a cualquier Suscriptor propuesto o Afiliado, constituirá una tergiversación intencionada de hechos materiales. Si Usted inscribe a alguien que no es apto para recibir la cobertura, lo consideraremos como un acto de fraude o una tergiversación intencional de los 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.

2. Causas para la rescisión de la cobertura o la no renovación de este Contrato:

- a. El Suscriptor no cumple con una disposición u obligación material del Contrato en virtud de este Contrato. En tal caso, daremos aviso por escrito al Suscriptor 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.
- b. Un Afiliado ya no vive o reside en el Área de Servicio donde no estamos autorizados para hacer negocios. En tal caso, daremos aviso por escrito al Suscriptor 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 indicada en la notificación.
- c. Nosotros dejamos de ofrecer este producto o cobertura en el mercado. En tal caso, daremos aviso por escrito al Suscriptor por correo normal con 90 días de antes de la rescisión o no renovación. La fecha de entrada en vigor de la rescisión o no renovación será proporcionada en la notificación.
- d. Un Afiliado se inscribe en otro Plan de Salud Autorizado (QHP, en inglés) dentro del Mercado de Seguros durante un Período de Inscripción Abierta o Período de Inscripción Especial. En tal caso, la cobertura será cancelada a partir del día anterior al inicio de la cobertura en el otro Plan de Salud Autorizado.

El Mercado de Seguros Médicos puede determinar que un Afiliado no cumple con los requisitos para participar en este Contrato en cualquier momento. En tal caso, la cobertura finalizará a partir del último día del mes siguiente al mes en el que el Mercado de Seguros Médicos Nos notifique dicha determinación, a menos que el Afiliado solicite una fecha de cancelación anticipada, de conformidad con las disposiciones previas sobre la cancelación de este Contrato.

L. Terminación de la Cobertura de un Afiliado

1. La cobertura finalizará al final del período para el cual se han pagado las primas. No habrá Beneficios disponibles para Servicios Cubiertos prestados después de la fecha de la rescisión de la cobertura. Sin

embargo, si Usted o Su Dependiente es un Paciente Hospitalizado en la fecha de expiración, los Beneficios médicos asociados con la Admisión de ese paciente finalizarán cuando finalice tal Admisión, o tan pronto se alcancen las limitaciones de Beneficios establecidas en este Contrato, lo que ocurra primero.

2. Usted tiene la obligación de notificarnos, dentro de los 15 días, cuando fallece alguno de los Dependientes o cuando deban ser retirados de este Contrato por cualquier motivo. Volveremos a calcular las primas para que Usted pague la cantidad correcta. No se le harán reembolsos a Usted si no da una notificación oportuna cuando un Dependiente deja de ser apto para mantener la cobertura o cuando la cobertura de un Dependiente debió haber sido cancelada.
3. La cobertura para el Cónyuge del Suscriptor se cancelará automáticamente, sin previo aviso, al final del período para el cual se hayan pagado las primas, cuando se presente un decreto final de divorcio u otra resolución legal de terminación del matrimonio. Usted tiene la obligación de notificarnos, dentro de los 15 días, en un plazo de 15 días, después de que se produzca un divorcio definitivo u otra finalización legal del matrimonio.
4. La cobertura para Dependientes finalizará automáticamente, sin previo aviso, al final del año en el que el Dependiente deje de ser un Dependiente cualificado, a menos que se indique lo contrario expresamente en el presente Contrato o conforme a lo dispuesto por la ley. Es necesario pagar las primas para mantener la cobertura hasta que la persona Dependiente deje de cumplir los requisitos.
5. Cuando el Suscriptor fallece, toda cobertura en este Contrato finaliza para todas las personas cubiertas por el Contrato. La cancelación es automática y sin previo aviso. La cancelación será efectiva al final del período de facturación en el que se produjo la muerte del Suscriptor, si las primas se han pagado hasta ese ciclo de facturación.
6. Si el Cónyuge u otros Dependientes cubiertos desean continuar con la cobertura, debe notificarnos a Nosotros o al Mercado de Seguros, según corresponda, sobre el deseo de continuar con la cobertura. La notificación debe ser recibida por una oficina de HMO Louisiana, Inc. dentro de los 30 días después de la fecha de finalización o por el Mercado de Seguros Médicos en el plazo establecido por el Mercado de Seguros Médicos, para establecer la nueva cobertura en una nueva póliza.
7. 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.
8. Nos reservamos el derecho de cambiar automáticamente la clase de la cobertura y cobrar la prima adecuada sobre este Contrato para reflejar la membresía en el Contrato.

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 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 la tarjeta de identificación.

N. Acciones legales

1. Ninguna demanda relacionada con una Reclamación puede presentarse no más tarde que doce (12) meses después de que se requiera que se presenten las Reclamaciones.

2. Todas y cada una de las demandas, con diferencia de las relacionadas con las Reclamaciones mencionadas anteriormente, se deben presentar dentro de un (1) año a partir de la finalización del Periodo de Beneficios.

O. Divulgación de la información

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

P. Cesión

1. Sus derechos y Beneficios pagaderos bajo este Contrato son Suyos; No puede cederlos en su totalidad o en parte a otra persona. Reconoceremos las cesiones de Beneficios a los Hospitales si tanto este Contrato como el Proveedor están sujetos a La. R.S. 40:2010. Si ni el Contrato 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 pagarle directamente a los Proveedores de la Red Signature Blue, a los Proveedores de la Red HMOLA o a los Proveedores en 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 Signature Blue somos contratistas independientes entre sí, y no se consideran agentes, representantes ni empleados el 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 contrato de conformidad

Este Contrato estará regido y será interpretado acuerdo con las leyes y normas del Estado de Luisiana, excepto cuando queden desplazadas por las leyes federales. Este Contrato no está sujeto a normativa por parte de ningún estado que no sea el Estado de Luisiana. Este Contrato deberá cumplir con los requisitos del paquete de Beneficios Esenciales Salud. Si alguna *disposición* de este Contrato 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. Cualquier acción legal presentada contra el Plan debe presentarse en el tribunal correspondiente del Estado de Luisiana.

S. Aviso

Cualquier notificación requerida bajo este Contrato debe ser por escrito. Una notificación dada a Usted le será enviada a Su dirección indicada en la Solicitud para Cobertura Individual de Salud. Una notificación dada a Nosotros será enviada a Nuestra dirección indicada en el presente Contrato. 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. Subrogación

1. En la medida en que los Beneficios por Servicios Cubiertos se proporcionen o paguen en virtud de este Contrato, Nosotros seremos subrogados y sucederemos a Su derecho de recuperar la cantidad pagada bajo este Contrato contra cualquier persona, organización u otra compañía aseguradora, aun cuando dicha compañía aseguradora le proporcione 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 reembolsará todas las cantidades recuperadas por una demanda, acuerdo o de algún otro modo de parte de cualquier persona, organización u otra compañía aseguradora, incluso cuando dicha compañía aseguradora otorgue Beneficios directamente a un Afiliado que es su asegurado, según el alcance de los Beneficios proporcionados o pagados en virtud de este Contrato. 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 iniciar la acción, proveer información y asistencia, y hacer cumplir dichos documentos de la manera en que se lo solicitemos, a fin de facilitar el cumplimiento de Nuestros derechos, y no llevará a cabo acciones que perjudiquen Nuestros derechos e intereses conforme a este Contrato. 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.

U. 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 este Contrato cualquier cantidad que se Nos adeude, ya sea de parte de Usted o del Proveedor.

V. 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 correspondientes.

W. Responsabilidad de los afiliados al Plan

Usted reconoce explícitamente Su entendimiento de que este acuerdo constituye un Contrato 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 este Contrato 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 este Contrato. Este párrafo no crea ninguna obligación adicional para HMO Louisiana, Inc., salvo las creadas en virtud de otras disposiciones del presente Contrato.

X. Servicios fuera del área

HMO Louisiana, Inc. («HMOLA») tiene una variedad de relaciones con otros Planes Blue Cross o 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.

Este Contrato de punto de servicio cubre los servicios de atención de salud recibidos fuera del Área de Servicio de HMOLA, pero paga los Beneficios fuera de 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 correspondientes, según lo establecido en Su Esquema de Beneficios.

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

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

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

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

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

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

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

a. Cálculo de la Responsabilidad del Afiliado

Cuando los Servicios Cubiertos Fuera del Área se brindan fuera de Nuestra Área de Servicio de HMOLA y el área de servicio de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana los brindan Proveedores No Participantes, las cantidades que Usted paga por dichos servicios por lo general dependerán del pago local del Proveedor No Participante de Host Blue o de los precios acordados exigidos por las leyes estatales que correspondan. En estas situaciones, es posible que Usted sea responsable de la diferencia entre la cantidad que factura el Proveedor no Participante y el pago que realizaremos Nosotros los Servicios Cubiertos fuera del área, tal como se establece en Su Contrato. Las leyes federales o estatales, según corresponda, regirán los pagos de Servicios Médicos de Emergencia que No Pertencen 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 este Contrato.

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 del BlueCard® Program disponible en el área de servicio de BlueCard® en ciertas maneras. 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 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 este Contrato.

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 a cobro revertido al 1-804-673-1177, las veinticuatro (24) horas del día, siete (7) días a la semana.

Y. Certificados de Cobertura Válida para HIPAA

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

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

Otorgaremos a determinadas personas que cumplen los requisitos para Medicare y que tengan cobertura de Medicamentos con Receta conforme a este Contrato, sin cargo alguno, un certificado por escrito en el que conste que la cobertura de Medicamentos con Receta de este Contrato es o no acreditada. La cobertura es *acreditada* si al menos es tan buena como el Beneficio estándar de Medicamentos con Receta de la Parte D de Medicare. Otorgaremos estos certificados a las personas cubiertas que sean aptas para recibir la Parte D de Medicare de acuerdo con la información de inscripción que Usted nos haya provisto.

Le entregaremos Certificados de Cobertura de la Parte D de Medicare de Medicamentos con Receta Acreditadas o No Acreditadas, en los siguientes momentos o cuando lo indique la ley;

1. antes del período anual de elección coordinada de la Parte D de Medicare;
2. antes del Período de Inscripción Inicial (IEP) de una persona en la Parte D de Medicare;
3. antes de la Fecha de entrada en vigor de la inscripción en la Cobertura de Medicamentos con Receta según este Contrato;
4. cuando la cobertura de Medicamentos con Receta de este Contrato finalice o cambie de manera tal que ya no sea válida o que pase a ser válida, y
5. a solicitud del beneficiario de Medicare.

A. Aplicabilidad

1. Esta sección se aplica cuando el Afiliado tiene cobertura de atención médica en más de un Plan. El Plan se define a continuación.
2. El Orden de Determinación de los Beneficios determina el orden en el que cada Plan pagará una reclamación de beneficios. El Plan que paga primero es llamado Plan principal. El Plan Principal debe pagar los beneficios de acuerdo con los términos de cobertura sin tener en cuenta la posibilidad de que otro Plan pueda cubrir algunos gastos. El Plan que paga después del Plan Principal es el plan Secundario. El plan Secundario puede reducir los Beneficios que paga para que los pagos) de todos los Planes no excedan el cien por ciento (100 %) del total del Gasto Permitido.

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

1. Gasto Permitido: servicio o gasto de atención médica, incluyendo el deducible, coaseguro o copago, que estén cubierto en su totalidad o en parte por cualquier Plan que cubra a un Afiliado. Los siguientes casos son ejemplos de servicios o gastos que no se consideran Gastos Permitidos.
 - a. Un servicio de salud o gasto o la parte de un servicio o gasto que no esté cubierto por alguno de los Planes que cubren a un Afiliado no es un gasto permitido.
 - b. Cuando un Plan ofrece Beneficios en forma de servicios, el valor en efectivo razonable por cada servicio se considerará un Gasto Permitido y un Beneficio pagado.
 - c. Si una persona está confinada en una habitación privada de un hospital, la diferencia entre el costo de una habitación semiprivada y una privada no es un Gasto Permitido, a menos que uno de los Planes brinde cobertura por los gastos de habitaciones privadas del hospital.
 - d. Si una persona tiene cobertura de dos o más Planes que computan sus pagos de beneficios en base a las tarifas frecuentes y habituales o al reembolso a plazos de un valor relativo o una metodología similar de reembolso, cualquier cantidad cobrada que supere la cantidad de reembolso más alta para un beneficio específico no es un Gasto Permitido.
 - e. Si una persona tiene cobertura de dos o más Planes que brindan Beneficios o servicios sobre la base de las tarifas negociadas, cualquier cantidad que exceda la tarifa negociada más elevada no es un Gasto Permitido.
 - f. Si una persona tiene cobertura de un plan que calcula sus beneficios o servicios basándose en las tarifas frecuentes y habituales o al reembolso a plazos de un valor relativo o una metodología similar de reembolso y otro Plan que brinda sus beneficios o servicios basándose en las tarifas negociadas, el acuerdo de pago del Plan principal será el gasto permitido para todos los planes.
 - g. La cantidad de cualquier reducción de Beneficios por el Plan principal debido a que una persona cubierta no ha cumplido con las disposiciones del Plan no es un Gasto permitido. Algunos ejemplos de este tipo de disposiciones del plan incluyen las segundas opiniones para operaciones, autorizaciones previa a la admisión y los acuerdos con los proveedores preferidos.
2. Plan de Panel Cerrado: Un Plan que proporciona beneficios de atención de la salud a las personas cubiertas principalmente en la forma de servicios mediante un panel de proveedores que han firmado contrato con el Plan o trabajan para este, y que excluye los beneficios por servicios proporcionados por otros Proveedores, excepto en casos de Emergencia o si tiene un referido de un miembro del panel.
3. Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés): una disposición que establece un orden en el que los planes pagan sus reclamaciones y que permite a los Planes Secundarios reducir sus beneficios para que los beneficios combinados de todos los Planes no superen el cien por cien (100 %) del total de los Gastos permitidos. La disposición de Coordinación de Beneficios se aplica a la parte del Contrato que

proporciona prestaciones de atención médica que pueden verse reducidas a causa de los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del Contrato que proporcione Beneficios de atención médica está separada de este Contrato. Un Contrato puede aplicar una provisión de COB a ciertos beneficios, tales como los Beneficios dentales, coordinando solo con Beneficios similares y puede aplicar otra provisión de COB para coordinar otros Beneficios.

4. Padre con custodia:
 - a. el padre al que se le otorgó la custodia de un hijo cubierto por un decreto judicial; o
 - b. en ausencia de un decreto judicial, el padre con quien el niño cubierto reside más de la mitad del año natural sin tener en cuenta ninguna visita temporal.
5. Reglas de la Determinación del Orden de los Beneficios: las reglas que determinan si este Contrato es un Plan principal o un Plan secundario cuando un Afiliado tiene cobertura de atención médica con más de un Plan. Cuando este Contrato es el principal, Nosotros determinamos primero el pago para estos Beneficios antes que los de cualquier otro Plan y sin considerar los Beneficios de ningún otro Plan. Cuando este Contrato es secundario, determina sus Beneficios después de los del otro Plan y puede reducir los Beneficios pagaderos de manera que todos los beneficios del Plan no excedan el cien por ciento (100 %) del Gasto Permitido total.
6. Plan: cualquiera de los siguientes que brinda beneficios o servicios para el cuidado o tratamiento médico o dental. Si se utilizan Contratos separados para brindar una cobertura coordinada para los integrantes de un grupo, los contratos separados se consideran partes de un mismo plan y no hay Coordinación de Beneficios entre esos contratos separados.
 - a. El plan incluye:
 - (1) contratos de seguro para grupos y no grupos;
 - (2) contratos de organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés);
 - (3) cobertura de grupo o de tipo de grupo a través de Planes de Panel Cerrado u otras formas de cobertura de grupo o de tipo de grupo (asegurados o no asegurados);
 - (4) los componentes de atención médica de los Contratos de atención a largo plazo, como la atención de enfermería especializada;
 - (5) los beneficios médicos de los contratos de automóviles de grupo o individuales sin culpa y de automóviles tradicionales o con culpa; y
 - (6) Medicare u otros beneficios gubernamentales, según lo permita la ley.
 - b. El Plan no incluye:
 - (1) beneficios de cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija;
 - (2) cobertura solo por accidentes;
 - (3) la cobertura de enfermedad especificada o cobertura específica de accidente;
 - (4) la cobertura de salud de beneficios limitados como se define las leyes estatales;
 - (5) las coberturas tipo accidente en la escuela excepto aquellas indicadas en La. R.S. 22:1000(A)(3)(C);
 - (6) beneficios para los componentes no médicos de los contratos de cuidados de larga duración;
 - (7) Pólizas suplementarias de Medicare;

(8) planes de Medicaid; o

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

Cada contrato de cobertura en virtud del apartado 6(a) o (b), anterior, es un Plan por separado. Si un Plan tiene dos partes y se aplican las normas de COB únicamente a una de las dos, cada una de las partes se tratará como un plan distinto.

7. Plan principal: un Plan cuyos beneficios para la cobertura de atención médica de una persona cubierta deben ser determinados sin considerar la existencia de cualquier otro Plan.
8. Plan secundario: un Plan que no es un plan principal y determina sus beneficios después de que el Plan principal pague los beneficios.

C. Coordinación de prestaciones y determinación del orden de los beneficios

1. Cuando una persona está cubierta por dos o más Planes, las reglas para determinar el orden de los pagos de beneficios son las siguientes:
 - a. El Plan principal paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en preocupación beneficios cualquier otro Plan.
 - b. Si el Plan principal es un Plan de grupo cerrado y el Plan secundario no es un Plan de grupo cerrado, el Plan secundario pagará o proporcionará beneficios como si fuera el Plan principal cuando una persona cubierta recurra a un proveedor que no pertenezca al grupo cerrado, excepto en el caso de los servicios de emergencia o las derivaciones autorizadas que pague o proporcione el Plan de grupo cerrado.
 - c. Cuando varios contratos que proporcionan una cobertura coordinada se tratan como un único Plan en virtud del Reglamento 32 del Departamento de Seguros de Luisiana (LDI, por sus siglas en inglés), esta sección se aplica únicamente al Plan en su conjunto, y la coordinación entre los contratos que lo componen se rige por los términos de los contratos. Si más de un emisor paga o proporciona los beneficios del Plan, el emisor designado como Principal dentro del Plan será el responsable de que el Plan cumpla con el Reglamento 32 de la LDI.
 - d. Si una persona está cubierta por más de un Plan Secundario, las normas de determinación del orden de las prestaciones del Reglamento 32 de la LDI deciden el orden en que se determinan las prestaciones de los Planes Secundarios entre sí. Cada Plan secundario debe tener en cuenta los Beneficios del Plan o Planes principales y los beneficios de cualquier otro Plan que, según el Reglamento 32 de la LDI, tenga beneficios determinados antes que los de ese Plan Secundario.
 - e. Salvo lo dispuesto en el apartado (f) siguiente, un Plan que no contenga una disposición de coordinación de beneficios que sea consistente con el Reglamento 32 de la LDI es siempre el Principal a menos que las disposiciones de ambos Planes establezcan que el Plan que se ajuste a la norma es el Principal.
 - f. La cobertura que se obtiene en virtud de la membresía en un grupo que está designado a complementar una parte del paquete básico de beneficios, estipula que la cobertura complementaria debe exceder cualquier otra parte del Plan proporcionado por el titular del contrato. Algunos ejemplos de estos tipos de situaciones son coberturas médicas principales que se superponen al plan básico de beneficios hospitalarios y quirúrgicos y las coberturas de tipo seguro que se suscriben en conexión con un Plan de Panel Cerrado para brindar beneficios Fuera de la Red.
2. Un Plan puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro Plan al calcular el pago de sus beneficios sólo cuando es Plan Secundario.
3. Determinación del orden de los Beneficios

Cada Plan determina su orden de beneficios utilizando la primera de las siguientes disposiciones que se aplique:

a. Regla de Dependiente o no Dependiente.

El Plan que cubre a la persona aparte de como Dependiente, por ejemplo, como Empleado, Afiliado, titular de la póliza, Suscriptor o jubilado es el Plan Principal mientras que el Plan que cubre a una persona como Dependiente es el Plan Secundario. Sin embargo, si la persona es un Beneficiario de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es Secundario al Plan que cubre a la persona como dependiente; y es Principal al Plan que cubre a la persona como no Dependiente (por ejemplo, un Empleado jubilado); entonces el orden de Beneficios entre los dos Planes se invierte. El Plan que cubre a la persona como empleado, afiliado, titular de la póliza, suscriptor o jubilado es el Plan Secundario mientras que el Plan que cubre a la persona como dependiente es el plan Principal.

b. Regla de un Hijo Dependiente cubierto por más de un Plan.

A menos que un decreto judicial declare lo contrario, cuando un hijo dependiente está cubierto por más de un Plan, el orden de beneficios se determina de la siguiente manera:

(1) Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, sea que se hayan casado o no:

- (a) El Plan del padre cuyo cumpleaños sea primero en el año calendario es el Plan Principal; o
- (b) Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el plan del padre que haya estado cubierto por más tiempo es el Plan principal.

(2) Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados o no conviven, hayan estado casados o no:

- (a) Si un decreto judicial declara que uno de los padres es responsable de los gastos de la atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente y el Plan de ese padre tiene un conocimiento real de esos términos, ese Plan es el Principal. Esta disposición se aplica a los años del Plan que comiencen después de que se notifica el decreto del tribunal;
- (b) Si un decreto judicial declara que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del apartado (3)(b)(1) mencionadas, anteriormente, serán las que determinen el orden de beneficios;
- (c) Si una sentencia judicial declara que ambos padres tienen custodia compartida sin especificar que uno de ellos sea responsable de los gastos del cuidado de salud o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del apartado (3)(b)(1) mencionadas, anteriormente, serán las que determinen el orden de beneficios; o
- (d) Si no existe un decreto judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de la atención médica o la cobertura de atención médica de un hijo dependiente, el orden de beneficios para el hijo se determina como sigue:
 - (i) El Plan que cubre al padre con Custodia;
 - (ii) El Plan que cubre al cónyuge del padre que tiene la custodia.
 - (iii) El Plan que cubre al padre que no tiene custodia; y entonces
 - (iv) El Plan que cubre al cónyuge del padre sin custodia.

(3) Para los hijos dependientes cubiertos bajo más de un Plan de personas que no son sus padres, las disposiciones de los Apartados (2)(b)(1) o (2)(b)(2) mencionadas anteriormente determinarán el orden de los beneficios como si tales personas fueran los padres del niño.

(4) Para un hijo dependiente cubierto bajo el Plan del cónyuge:

- (a) Para un hijo dependiente que tiene cobertura bajo uno o ambos Planes de los padres y también tiene su propia cobertura como dependiente bajo el Plan del cónyuge, se aplica la Disposición sobre la Duración de la Cobertura, más larga o más corta, que figura a continuación.
- (b) En el caso de que la cobertura del menor dependiente bajo el Plan del cónyuge comenzará en la misma fecha que la cobertura del menor dependiente bajo cualquiera de los Planes de ambos padres, el orden de los Beneficios será determinado aplicando la disposición de cumpleaños arriba mencionada en el Apartado 3(b)(1) de los padres del menor dependiente y del cónyuge del dependiente.

c. Disposiciones del Empleado Activo o Jubilado o de Empleado Despedido.

El Plan que cubre a una persona como un empleado activo, es decir, un empleado que no es ni despedido ni jubilado, es el Plan principal. El Plan que cubre a esa misma persona como empleado jubilado o despedido es el Plan Secundario. Lo mismo sería válido si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el otro Plan no cuenta con esta disposición y, como resultado, los Planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de los beneficios, se ignorará esta disposición. Esta disposiciones no se aplica si la disposición No dependientes o Dependientes, arriba indicada, puede determinar el orden de los beneficios.

d. COBRA o Regla Estatal de Continuación de Cobertura.

Si una persona cuya cobertura se provee conforme a COBRA o bajo un derecho de continuación provisto por el estado u otra ley federal cubierta bajo otro Plan, el Plan que cubre a la persona como empleado, afiliado, suscriptor o jubilado o que cubre a la persona como dependiente de un empleado, afiliado, suscriptor o jubilado es el Plan Principal y el de COBRA, o el del estado u otra continuación de cobertura federal es el Plan Secundario. Si el otro Plan no cuenta con esta disposición y, como resultado, los Planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de los beneficios, se ignorará esta disposición. Esta disposiciones no se aplica si la disposición No dependientes o Dependientes, arriba indicada, puede determinar el orden de los beneficios.

e. Disposición de mayor o menor duración de la cobertura

El Plan que cubrió a la persona como empleado, afiliado, titular de la póliza, suscriptor o jubilado durante más tiempo es el Plan Principal, mientras que el Plan que cubrió a la persona durante un período más corto es el Plan Secundario.

f. Disposición de última instancia

Si ninguna de las disposiciones precedentes determina el orden de los beneficios, los Gastos Permitidos se repartirán por igual entre los Planes que cumplan con la definición de Plan. En cualquier caso, este Contrato nunca pagará más de lo que hubiese pagado si hubiese sido el Plan Principal.

D. Efectos en los Beneficios de este Contrato

1. Cuando este Contrato sea Secundario, podremos reducir los Beneficios para que el total de los Beneficios pagados o proporcionados por todos los Planes durante un año del plan no supere el cien por cien (100 %) del total de los Gastos permitidos. Para determinar la cantidad a pagar por cualquier Reclamación, como Plan secundario, calcularemos los Beneficios que habríamos pagado en ausencia de otra cobertura de atención médica y aplicaremos esa cantidad calculada a cualquier Gasto permitido según nuestro Contrato que no haya sido pagado por el Plan principal. Como Plan Secundario, podremos entonces reducir Nuestro pago en la cantidad que, cuando se combina con la cantidad pagada por el Plan principal, los Beneficios totales pagados o proporcionados por todos los Planes para la Reclamación no excedan el gasto total Permitido para dicha Reclamación. Además, como Plan Secundario, acreditaremos al Importe Deducible del Contrato cualquier importe que hubiéramos acreditado al Importe Deducible en ausencia de otra cobertura de atención médica. En cualquier caso, este Contrato nunca pagará más de lo que hubiese pagado si hubiese sido el Plan Principal.

2. La diferencia entre los pagos de Beneficios que habríamos tenido que pagar si hubiéramos sido el Plan Principal y el pago de Beneficios realmente pagado o proporcionado deben registrarse como reserva de prestaciones para usted o un Afiliado cubierto y la utilizaremos para pagar cualquier Gasto Permitido, no abonado de otro modo durante el año del plan. A medida que se presente cada Reclamación, Nosotros:
 - a. determinaremos Nuestra obligación de pagar o proporcionar Beneficios bajo el Contrato;
 - b. determinaremos si una reserva de beneficios se ha registrado para usted o para su Afiliado cubierto; y
 - c. determinaremos si hay algún Gasto Permitido no pagado durante el año del plan.
3. Si existe una reserva de beneficios, como Plan Secundario, utilizaremos Su reserva de beneficios o de su familia cubierta para pagar hasta el cien por ciento (100 %) del total de los Gastos Permitidos durante el año del plan. Al final del año del plan, la reserva de beneficios vuelve a cero. Se debe crear una nueva reserva de beneficios para cada nuevo año del plan.
4. Si una persona cubierta está inscrita en dos o más planes de panel Cerrado, y si por alguna razón incluye la provisión de servicios por un proveedor fuera del panel, los beneficios no son pagaderos por un Plan de Panel Cerrado, no se aplicará Coordinación de Beneficios entre ese Plan y los otros Planes de Panel Cerrado.

Puede solicitar una copia en papel o en forma electrónica del Reglamento 32, Apéndice C de la LDI, el cual brinda una explicación para los Planes Secundarios sobre el propósito y uso de la reserva de beneficios y como los Planes Secundarios calculan las reclamaciones. Una copia del Apéndice C se encuentra también disponible en el sitio web del Departamento de Seguros de Luisiana en https://www.lidi.la.gov/docs/default-source/documents/legaldocs/regulations/reg32-appendixc.pdf?sfvrsn=24e14b52_0.

E. Resumen

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

1. Doble Cobertura

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

2. Principal o Secundario

Se le pedirá que identifique todos los Planes que cubren a los miembros de su familia. Necesitamos esta información para determinar si somos el pagador de beneficios Principal o Secundario. Cuando Usted tenga una Reclamación, el Plan Principal siempre paga primero. Cualquier Plan que no contenga las reglas de Coordinación de Beneficios de Su estado siempre será el Principal.

3. Cuando este Contrato es Primario

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

- a. La Reclamación es para sus propios gastos de atención médica, a menos que esté cubierto por Medicare y tanto usted como su cónyuge estén jubilados;

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

4. Otras Situaciones

- a. Seremos el plan Principal cuando cualquier otra disposición de la ley estatal o federal así lo exija. Cuando seamos el plan principal, pagaremos los Beneficios de acuerdo con los términos de su Contrato, como si no tuviera otra cobertura de atención médica bajo ningún otro.
- b. Seremos Secundarios cuando las reglas no requieran que seamos Principales. Cuando somos el Plan Secundario, no pagamos hasta que el Plan Principal haya pagado sus beneficios. Entonces pagaremos una parte, o la totalidad de los Gastos Permitidos que queden sin pagar, como se explica a continuación. Un Gasto Permitido es un servicio o gasto de atención médica cubierto por uno de los Planes, incluidos los Copagos, Coaseguros y Deducibles.
 - (1) Si hay una diferencia entre la cantidad que los planes permiten, basaremos nuestro pago en la cantidad más alta. Sin embargo, si el Plan Principal tiene un contrato con el proveedor, Nuestros pagos combinados no serán superiores a lo que estipule el contrato con el proveedor. Las organizaciones de mantenimiento de la salud y las organizaciones de proveedores preferidos generalmente tienen contratos con sus proveedores.
 - (2) Determinaremos Nuestro pago restando la cantidad que pagó el Plan Principal de la cantidad que hubiéramos pagado si hubiéramos sido el Principal. Usaremos cualquier importe restante para pagar el saldo de los Gastos no pagados Permitidos cubiertos por cualquiera de los planes.
 - (3) Si el Plan Principal cubre tipos similares de gastos de atención médica, pero permite gastos que no cubrimos, pagaremos esos gastos siempre que haya un saldo en Su reserva de beneficios, como se explica a continuación.
 - (4) No pagaremos una cantidad que el plan principal no cubrió porque usted no siguió sus reglas y procedimientos. Por ejemplo, si el plan ha reducido sus beneficios porque Usted no obtuvo la autorización previa, tal como lo exige ese Plan, no pagaremos la cantidad de la reducción, porque no es un Gasto Permitido.

c. Reserva de Beneficios

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

F. Derecho a recibir y divulgar la información necesaria

Se necesita cierta información para aplicar estas normas de COB. Tenemos el derecho de decidir cuál es la información que Nosotros necesitamos. Podemos obtener los datos necesarios de cualquier otra organización o persona, o facilitárselos, con el fin de determinar la Coordinación de Beneficios. No necesitamos divulgar u obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Toda persona que reclame sus Beneficios dentro de este Contrato debe darnos toda la información que necesitemos para honrar la Reclamación.

G. Facilidad de pago

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

H. Derecho de reembolso

Si la cantidad de los pagos que realizamos es superior a lo que debería haberse pagado dentro de esta sección de Coordinación de Beneficios, Nosotros podremos recuperar el pago en exceso:

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

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

ARTÍCULO XXII. PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES

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

El Afiliado puede estar disconforme con las decisiones tomadas respecto de los Servicios Cubiertos. Nosotros consideramos una Apelación por escrito como la solicitud del Afiliado 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, el Proveedor del Afiliado tiene la oportunidad de hablar con un Director Médico para una Reconsideración Informal de Nuestra decisión sobre la cobertura cuando estén involucradas determinaciones de Necesidad Médica.

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

A. Procedimiento de Quejas, Quejas Formales y Reconsideraciones Informales

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

1. Para Registrar una Queja

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

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

Beneficios de Atención Dental Pediátrica: llame a UCD al 1-866-445-5338

Beneficios de atención pediátrica de la vista: llame a Davis Vision al 1-888-343-3470

2. Para Presentar una Queja Formal

Una Queja Formal es una expresión por escrito de insatisfacción con Nuestros servicios o los del Proveedor. Si el Afiliado considera que su Queja no se ha resuelto adecuadamente o si desea presentar una Queja formal, deberá hacérselo llegar por escrito dentro de los 180 días del evento que llevó a la insatisfacción. El afiliado puede llamar a Nuestro Departamento de servicio al cliente para recibir ayuda.

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

Medical Benefits

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

Pediatric Dental Care Benefits

HMO Louisiana, Inc.
c/o United Concordia Dental
P. O. Box 69420
Harrisburg, PA 17106-9420

Pediatric Vision Care Benefits

HMO Louisiana, Inc.
c/o Davis Vision
P. O. Box 791
Latham, NY 12110

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

3. Reconsideración Informal

Una Reconsideración Informal es una solicitud telefónica realizada por un Proveedor autorizado en nombre del Afiliado, para hablar con Nuestro director médico o con un colega revisor respecto de la decisión de Administración de la Utilización que Nosotros hemos tomado. Una Reconsideración Informal normalmente se basa en el envío de información adicional o la discusión entre pares.

Una Reconsideración Informal está disponible únicamente durante las determinaciones iniciales que se solicitan dentro de los diez (10) días de 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 un Afiliado no está satisfecho con Nuestra decisión, deberá presentar una solicitud de Apelación por escrito en un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la recepción de Nuestra Determinación Adversa de Beneficios inicial para Apelaciones administrativas y Apelaciones médicas internas. No se tendrán en cuenta las solicitudes que recibamos una vez transcurridos los ciento ochenta (180) días posteriores a la Determinación Adversa de Beneficios inicial.

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

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

El Afiliado tiene el derecho de designar a un representante autorizado para representarlo en sus Apelaciones. Un representante autorizado es aquella persona a quien el Afiliado le haya dado su consentimiento escrito para que lo represente en una revisión interna o externa de una Determinación Adversa de Beneficios. El representante autorizado puede ser el Proveedor del tratamiento del Afiliado, si el Afiliado designa al Proveedor por escrito.

Distinguiremos si una Apelación del Miembro es una Apelación administrativa o médica.

Se le recomienda al Afiliado a 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.

Ofreceremos al Afiliado, a su pedido y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente a su Determinación Adversa de Beneficios.

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 revoca la Apelación Administrativa, Nosotros volveremos a procesar la Reclamación del Miembro, si es el caso. Si se ratifica la Apelación administrativa, esta decisión será considerada como final y vinculante.

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

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.

2. Apelaciones Médicas

Las Apelaciones médicas implican Determinación Adversa de Beneficios por Necesidad Médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia, o si se determina que algo es experimental o está en Investigación y cualquier otra determinación de revisión prospectiva o retrospectiva relacionada

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

La decisión sobre la Apelación médica interna se les enviará por correo al Miembro, su representante autorizado o al Proveedor autorizado para actuar al nombre del Miembro dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la solicitud del Miembro, a menos que acordemos mutuamente que se justifica una prórroga del plazo.

b. Apelación Médica Externa y Rescisión

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

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

Si el Afiliado está en desacuerdo con la decisión de Apelación Médica interna o la Rescisión, 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:

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 cuatro (4) meses posteriores a la recepción de la Apelación interna o la Rescisión. Usted está obligado a firmar un formulario incluido en el aviso de denegación de Apelaciones Médicas internas que autoriza la divulgación de los registros médicos para su revisión por la IRO. Las apelaciones sometidas por su Proveedor no serán aceptadas sin el formulario completado con Su firma.

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

La decisión de la IRO se considera una decisión final y vinculante para el Afiliado y, también, para Nosotros con el propósito de determinar la cobertura bajo un Contrato de salud. Este proceso de Apelación constituirá su único recurso en conflictos relacionados a las determinaciones de si un servicio

o artículo de salud es o fue Médicamente Necesario o En Investigación, excepto en la medida en que otros recursos estén disponibles bajo la ley Estatal o Federal.

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 la vida, la salud o la recuperación máxima de las funciones del Afiliado. Incluye situaciones en las que, según la opinión del Médico que le atiende, el Miembro podría sentir dolor que no pueda controlarse adecuadamente mientras espera una decisión sobre una Apelación Médica estándar. Una Apelación Acelerada también incluye solicitudes relacionadas a una Admisión, disponibilidad de atención médica, continuidad de la hospitalización o atención médica para un Afiliado que se encuentra actualmente recibiendo Servicios Médicos de Emergencia, está bajo observación o está 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 atiende a las personas cubiertas certifica por escrito el servicio de atención médica o tratamiento de salud recomendado o solicitado, que el objeto de la Determinación Adversa de Beneficios, sería considerablemente menos eficaz si no se iniciara oportunamente.

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

Una Apelación Acelerada está disponible para, y puede ser iniciada por el Afiliado, el representante autorizado del afiliado o un Proveedor autorizado para actuar en nombre del Afiliado. 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 a más tardar setenta y dos (72) horas después de que recibamos una solicitud de Apelación médica interna acelerada que cumpla los criterios para una Apelación Acelerada. En los casos en que el proceso de Apelación Médica Acelerada no resuelva la diferencia de opiniones entre Nosotros y el Afiliado, o el Proveedor que actúe en nombre de dicho Afiliado, la Apelación podrá elevarse a una Apelación Acelerada Externa. Si una Apelación Médica Acelerada interna no cumple con los criterios para la Apelación Acelerada o no incluye la firma del certificado del médico, la Apelación seguirá el proceso y el plazo de tiempo para la Apelación estándar.

2. Apelación Médica Acelerada Externa

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

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

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

D. Apelaciones internas y externas de la Ley contra las facturas médicas sorpresa (NSA, por sus siglas en inglés)

La Ley contra las facturas médicas sorpresa añadió ciertos derechos y garantías a los Afiliados que pueden presentar Apelaciones Internas y Externas. Si un Afiliado no está satisfecho con las decisiones que tomamos en relación con los derechos del Afiliado y las protecciones añadidas por la Ley contra las facturas médicas sorpresa, el Afiliado puede presentar una Apelación. Algunos ejemplos de los derechos y garantías del Afiliado añadidos por la Ley contra las facturas médicas sorpresa son los siguientes:

1. Protección de los Afiliados en materia de reparto de costos y facturación por sorpresa para los Servicios Médicos de Emergencia;
2. Protecciones del Afiliado en materia del reparto de los costos y facturación inesperada relacionadas con la atención médica prestada por Proveedores Fuera de la Red en centros de la Red;
3. Si los Afiliados están en condiciones de recibir la notificación y dar su consentimiento informado para renunciar a las protecciones de la Ley contra las facturas médicas sorpresa;
4. Si una Reclamación por cuidados médicos recibidos está codificada correctamente y refleja con exactitud los tratamientos recibidos, y las garantías asociadas por la Ley contra las facturas médicas sorpresa respecto al reparto de los costos de los Afiliados y la facturación inesperada; y
5. Continuidad de la atención.

Se le recomienda al Afiliado a que nos facilite, y debe facilitarnos toda la información disponible para ayudarnos a evaluar completamente la Apelación relacionada con la Ley contra las facturas médicas sorpresa, como comentarios escritos, documentos, registros y cualquier otra información.

Ofreceremos al Afiliado, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente a su Apelación relacionada con la Ley contra las facturas médicas sorpresa.

El Afiliado tiene el derecho de designar a un representante autorizado para representarle en sus Apelaciones relacionadas con la Ley contra las facturas médicas sorpresa. Un representante autorizado es aquella persona a quien el Afiliado le haya dado su consentimiento escrito para que le represente en una Apelación interna o Apelación Externa. El representante autorizado puede ser el Proveedor del tratamiento del Afiliado si el Afiliado designa al Proveedor por escrito.

1. Apelaciones internas por la ley de facturación médica sin sorpresas (NSA, por sus siglas en inglés)

Si un Afiliado considera que no hemos cumplido con las medidas de protección contra las facturas médicas inesperadas y el reparto de los costos de la NSA, deberá presentar una solicitud de revisión por escrito en un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la Determinación Adversa de Beneficios correspondiente a la Ley contra la NSA. (No Surprises Act). No se tendrán en cuenta las solicitudes que recibamos una vez transcurridos los ciento ochenta (180) días posteriores a la Determinación Adversa de Beneficios relacionadas con la Ley contra las facturas médicas sorpresa.

La solicitud de Apelación interna por la Ley contra las facturas médicas sorpresa deberá presentarse por escrito a:

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

Si el Afiliado tiene preguntas o necesita ayuda, puede llamar a Nuestro departamento de atención al cliente al número que figura en la tarjeta de identificación.

Investigaremos las inquietudes del Afiliado. Si se anula la Apelación interna o la Ley contra las facturas médicas sorpresa, Nosotros volveremos a procesar la Reclamación del Afiliado, si es el caso. Si se ratifica la Apelación interna por la Ley contra las facturas médicas sorpresa, Nosotros informaremos al Afiliado de su derecho a iniciar el proceso de Apelación de externas por la Ley contra las facturas médicas sorpresa.

La decisión sobre la Apelación internas por la ley de facturación médica sin sorpresas se enviará por correo al Afiliado, del Afiliado en representante autorizado o al Proveedor autorizado para actuar al nombre del Afiliado dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la solicitud del Afiliado, a menos que acordemos mutuamente que se justifica una prórroga del plazo.

2. Apelación Externa por la ley de facturación médica sin sorpresas (NSA)

Si un Afiliado no está de acuerdo con la decisión de la Apelación Interna por la Ley contra las facturas médicas sorpresa, deberá presentar por escrito una solicitud de Apelación Externa por la Ley contra las facturas médicas sorpresa en un plazo de cuatro (4) meses a partir de la recepción de la decisión de la Apelación interna por la Ley contra las facturas médicas sorpresa. No se tendrán en cuenta las solicitudes que recibamos una vez transcurridos cuatro (4) meses posteriores a la recepción de la Apelación interna por la Ley contra las facturas médicas sorpresa.

Usted está obligado a firmar y devolver el formulario incluido en el aviso de denegación de Apelaciones internas por la Ley contra las facturas médicas sorpresa que autoriza la divulgación de los registros médicos para su revisión por la Organización de Revisión Independiente. Las apelaciones sometidas por su Proveedor no serán aceptadas sin el formulario completado con Su firma.

Las solicitudes de Apelaciones externas por la Ley contra las facturas médicas sorpresa se deben enviar por escrito a:

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

Si el Afiliado tiene preguntas o necesita ayuda, puede llamar a Nuestro departamento de atención al cliente al número que figura en la tarjeta de identificación.

Un Afiliado debe agotar todas las oportunidades de Apelación Interna por la Ley contra las facturas médicas sorpresa antes de solicitar una Apelación Externa por la Ley contra las facturas médicas sorpresa para ser llevada a cabo por una Organización de Revisión Independiente.

Brindaremos a la Organización de Revisión Independiente toda información pertinente que sea necesaria para llevar a cabo la Apelación Externa por la Ley contra las facturas médicas sorpresa. La revisión externa debe ser cumplimentada dentro de un plazo cuarenta y cinco (45) días a partir de que Nosotros recibamos la solicitud de Apelación Externa por la Ley contra las facturas médicas sorpresa. La Organización de Revisión Independiente notificará su decisión al Afiliado, a su representante autorizado o a un Proveedor autorizado para actuar en nombre del Afiliado de su decisión.

La decisión de la IRO se considera una decisión final y vinculante para el Afiliado y, también, para Nosotros con el propósito de determinar la cobertura bajo este Contrato. Este proceso de Apelación Externa por la Ley contra las facturas médicas sorpresa constituirá Su único recurso en conflictos relacionados a si la Compañía cumplió con las medidas de protección contra las facturas médicas inesperadas y el reparto de los costos de

la Ley contra las facturas médicas sorpresa, excepto en el caso en que existan otros recursos disponibles en virtud de la legislación estatal o federal.

El Afiliado puede ponerse en contacto con el 1-800-985-3059 o visitar www.cms.gov/nosurprises (en inglés), para obtener más información sobre los derechos del Afiliado sobre Ley contra las facturas médicas sorpresa.

ARTÍCULO XXIII. CAMBIOS EN EL CONTRATO Y PRESENTACIÓN DE 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 a Nuestro Departamento de Atención al Cliente al número telefónico que figura en la tarjeta de identificación.

A. Cambio de los Miembros de Familia en Su Contrato

Artículo III del Esquema de Requisitos le indica a Usted cuándo puede agregar Afiliados de la familia a Su Contrato. Lea el *Esquema de Requisitos* y esta sección, ya que contienen información importante para Usted.

1. Si Su cobertura fue adquirida Dentro del Mercado de Seguros: deberá realizar todas las modificaciones del Contrato directamente mediante el Mercado de Seguros Médicos.
2. Si adquirió Su cobertura Fuera del Mercado de Seguros Médicos, a través de un agente o a través de HMO Louisiana, Inc.: Usted necesitará hacer todos los cambios del contrato a través de un agente o a través de HMO Louisiana, Inc. Una Tarjeta de Cambio de Estatus es el documento que debemos recibir para inscribir a los miembros de la familia que no figuren en Su formulario original de solicitud o inscripción. La Tarjeta de Cambio de Estatus se utiliza para agregar a un niño recién nacido, un recién nacido adoptado, un Cónyuge u otros Dependientes. Es sumamente importante que Usted siga las normas de los plazos que figuran en el Esquema de Requisitos. Es particularmente importante completar y enviar la *Tarjeta de Cambio de Estatus* cuando Su primer Dependiente pasa a tener derecho a la cobertura o cuando Usted ya no tenga Dependientes que cumplan con los requisitos. También se requiere Una Tarjeta de Cambio de Estatus para eliminar Miembros de la familia existentes indicados en Su solicitud Original o formulario de inscripción, o que se muestran como cubiertos en Nuestros registros.

Si Usted no completa y nos envía la Tarjeta de Cambio de Estatus requerida dentro de los plazos que se establecen en el *Esquema de Requisitos*, es posible que Su cobertura de seguro no incluya a los miembros de familia adicionales o que miembros de familia no puedan ser eliminados de la cobertura.

B. Cómo Presentar Reclamaciones de Seguro para Beneficios

Nosotros y la mayoría de los Proveedores han firmado contratos que eliminan la necesidad de que sea el Afiliado quien presente personalmente la Reclamación de los Beneficios. Los Proveedores HMOLA o Participantes serán quienes presenten las Reclamaciones en nombre de los Afiliados, ya sea por correo o por vía electrónica. En algunas situaciones, el Proveedor puede solicitar que sea el Afiliado 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:

W
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. Si tiene cobertura para Dependiente, los nombres se registran como Usted los escribió en Su tarjeta de solicitud. La tarjeta de identificación también incluye Su número de Contrato. 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:

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

C. 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 la tarjeta de identificación.

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

D. 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:

1. nombre completo del paciente;
2. fechas de servicio;
3. descripción del servicio y código del procedimiento;
4. código de diagnóstico;
5. cargo por el servicio; y
6. nombre y dirección del Proveedor del servicio.

E. 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.

F. 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.

G. Salud mental y trastornos por consumo de sustancias tóxicas

Para recibir ayuda al presentar una Reclamación por Salud Mental y por trastornos por consumo de sustancias tóxicas, consulte su tarjeta de identificación o comuníquese con el servicio de atención al cliente.

H. Preguntas sobre Reclamaciones

Los Afiliados pueden consultar la información sobre el procesamiento o el pago de una Reclamación en es.bcbsla.com. Además, pueden escribirnos a la dirección que figura más abajo o comunicarse con Nuestro Departamento de Atención al Cliente al número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación, o visitar cualquiera de nuestras oficinas locales de servicios*. Si el Afiliado llama para pedir información sobre una Reclamación, podremos ayudarlo mejor si tiene la información a mano, específicamente el número de contrato, el nombre del paciente y la fecha de servicio.

Recuerde que el Afiliado SIEMPRE debe indicar su número de contrato en toda la correspondencia, y debe verificarlo con el número de contrato que figura en la Tarjeta de Identificación del Afiliado, para comprobar que sea el número correcto.

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

Nuestra oficinas de servicio locales están ubicadas 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 RELATIVO A LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- A. Los residentes de Luisiana que adquieran 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 declare financieramente incapaz de cumplir con sus obligaciones. Si esto ocurriese, LLHIGA reclamará a sus otras aseguradoras afiliadas el dinero necesario para pagar las reclamaciones de los asegurados que viven en este estado y, en algunos casos, para mantener en vigor la cobertura. Sin embargo, la valiosa protección adicional proporcionada por estas aseguradoras a través de LLHIGA es limitada. Como se indica en la exclusión 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.

EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana ofrece cobertura para ciertas reclamaciones previstas en algunas tipos de pólizas, en caso de que la compañía de seguros se encuentre en dificultades 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 limitaciones y exclusiones importantes. La cobertura por lo general está condicionada a la residencia dentro de este estado. Otras condiciones también pueden impedir 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 a la hora de escoger una aseguradora. La Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana y el Departamento de Seguros contestarán a cualquier 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

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 modifica en modo alguno 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 que no sea de grupo, de salud, organización de mantenimiento de salud o anualidad, un certificado bajo una póliza o un contrato directo de grupo para un contrato complementario de cualquiera de estos, o un contrato de anualidad no asignado, que haya sido emitido por una aseguradora autorizada para 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 en la ley.
- D. Exclusiones de Cobertura
- Una persona que tiene una póliza o un contrato directo de vida que no sea de grupo, salud, organización de mantenimiento de salud o anualidad, un certificado bajo una póliza o un contrato directo de grupo para un contrato complementario de cualquiera de estos, o un contrato de anualidad no asignado, no está protegido por LLHIGA si:
 - cumple los requisitos para la protección según 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 obligatorio de fondo común, una sociedad mutua de evaluación 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 donaciones benéficas 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 asunción);
- 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 o indemnizaciones similares descritas bajo la ley;
- e. créditos otorgados con respecto a la administración de una póliza por el titular de un contrato de grupo;
- 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 de grupo, 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 con receta 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 caducidad, a partir de la fecha en la que la aseguradora miembro se convierte en una aseguradora en dificultades o se declare insolvente, lo que ocurra primero.

E. Límites en los importes de Cobertura

1. La Ley de la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana también limita el importe 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 en dificultades o que se declare insolvente.
 - b. Por cada seguro de vida, 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 seguro de vida, 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.



Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
HMO Louisiana
Southern National Life

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 por motivos de 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 lenguaje 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. Si tiene una discapacidad auditiva llame 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 por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted tiene derecho a tomar las siguientes acciones:

1. **Si está totalmente asegurado a través de Blue Cross, presente una reclamación ante Blue Cross por 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 www.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

De manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index> (en inglés).

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 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. مشتریانانی 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 обратной 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)

