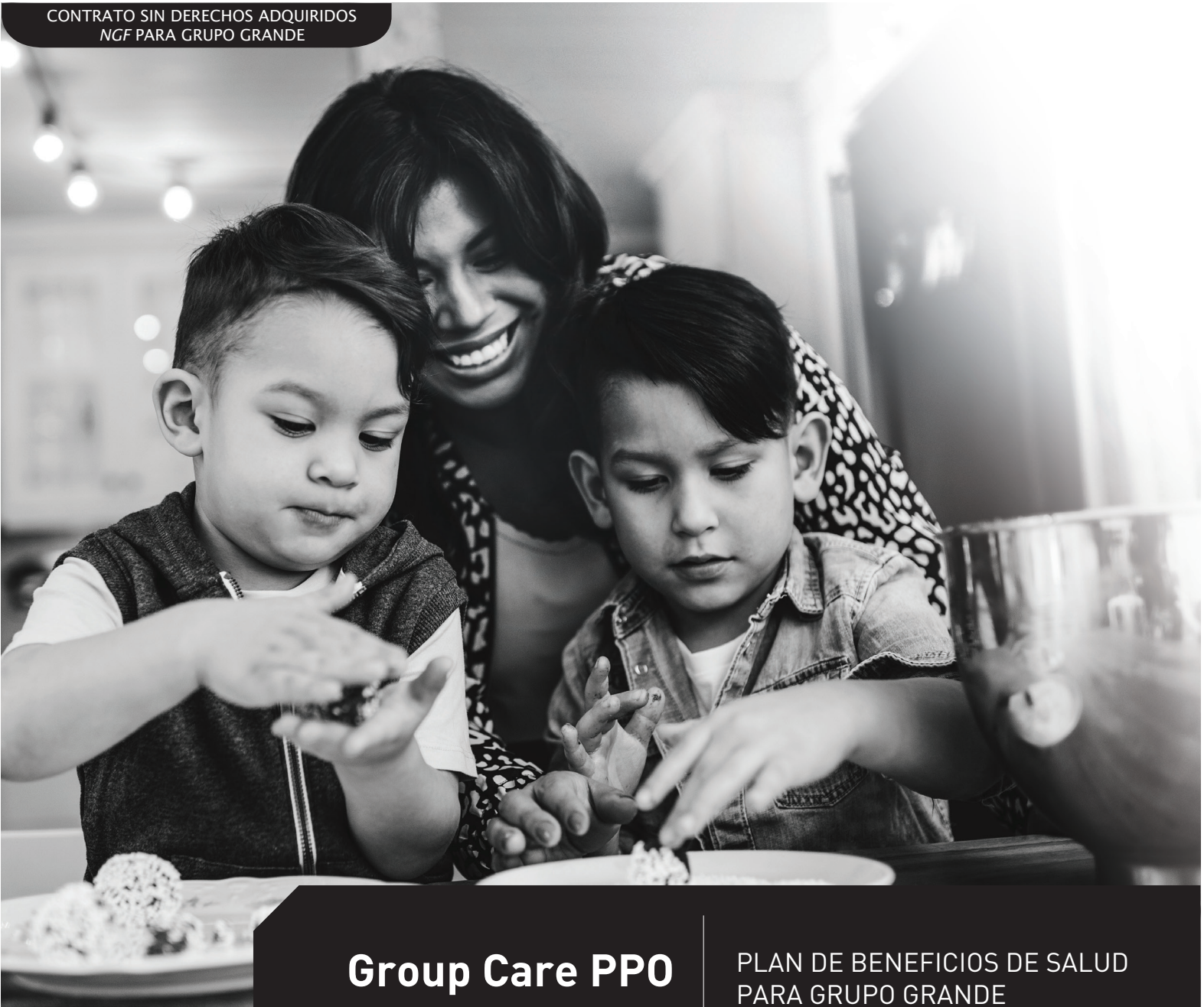


CONTRATO SIN DERECHOS ADQUIRIDOS
NGF PARA GRUPO GRANDE



Group Care PPO

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD
PARA GRUPO GRANDE



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

40HR1797S R01/23

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

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

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

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

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

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

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

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



¡Gracias por elegirnos!

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

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD PARA GRUPO GRANDE GROUP CARE PPO

AVISOS

USTED PUEDE RECIBIR SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA DE LA RED A TRAVÉS DE MÉDICOS DEL CENTRO QUE NO PERTENECEN A SU PLAN MÉDICO. USTED PUEDE SER RESPONSABLE DEL PAGO TOTAL O PARCIAL DE LOS CARGOS POR ESOS SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA RED, ADEMÁS DE LAS CANTIDADES CORRESPONDIENTES POR COPAGOS, DEDUCIBLES, COASEGUROS Y OTROS SERVICIOS NO CUBIERTOS. PUEDE ENCONTRAR INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE LOS MÉDICOS QUE ATIENDEN EN EL CENTRO Y QUE PERTENECEN O NO A LA RED VISITANDO ES.BCBSLA.COM O LLAMANDO AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE QUE SE ENCUENTRA EN LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.

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

Basamos Nuestros pagos de Beneficios por los Servicios Cubiertos de un Afiliado en relación con una cantidad conocida como el Cargo Permitido. El Cargo Permitido depende del Proveedor Médico específico del cual un Afiliado 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 de los servicios médicos que no sean de emergencia prestados en un centro de la red, a menos que el proveedor haya emitido la notificación por escrito requerida al afiliado y haya obtenido el consentimiento tras haber sido informado del afiliado 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. La compañía no recompensa específicamente a los médicos u otras personas por emitir la negación de cobertura. Los incentivos financieros para los responsables de la gestión de la utilización no fomentan las decisiones que dan lugar a la infrautilización.

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

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

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

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

La información importante relativa a este Plan se enviará a la dirección postal proporcionada por el Afiliado en el Formulario de Inscripción de Empleado o de Cambios del Empleado. **Los Afiliados son responsables de mantenernos informados a Nosotros y al Grupo acerca de cualquier cambio en la dirección que figura en los registros.**

AVISO Y DIVULGACIÓN DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS CON RECETA

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

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

FORMULARIO ABIERTO DE MEDICAMENTOS CON RECETA

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

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

FORMULARIO CERRADO DE MEDICAMENTOS CON RECETA

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

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

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

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

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

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD PARA GRUPO GRANDE GROUP CARE PPO

TABLA DE CONTENIDO

Artículo 1. CONOZCA LOS FUNDAMENTOS DE SU COBERTURA	5
Artículo 2. DEFINICIONES	11
Artículo 3. ESQUEMA DE REQUISITOS	28
A. Requisitos para la afiliación	28
B. Solicitud de Cobertura	29
C. Clases de Cobertura Disponibles.....	29
D. Fecha de entrada en vigor:	29
E. Determinación Ordenada por un Tribunal.....	30
F. Inscripción especial	30
Artículo 4. BENEFICIOS	34
A. Categorías de Beneficios	34
B. Cantidades de Deducible	34
C. Coaseguro.....	35
D. Servicios de Copago	35
E. Cantidad de Desembolso	36
F. Transferencias de Acumuladores	36
Artículo 5. BENEFICIOS HOSPITALARIOS	36
A. Servicio de Enfermería General, Comidas y Alojamiento para Pacientes Hospitalizados	36
B. Otros servicios hospitalarios (Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios)	37
C. Evaluación previa a la Admisión	37
Artículo 6. BENEFICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS	37
A. Servicios Quirúrgicos	37
B. Servicios Médicos para Pacientes Hospitalizados.....	39
C. Servicios Médicos y Quirúrgicos para Pacientes Ambulatorios.....	39
Artículo 7. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	39
Artículo 8. ATENCIÓN PREVENTIVA O DE BIENESTAR	44
A. Exámenes de Rutina de la Mujer	45
B. Exámenes físicos y pruebas	45
C. Vacunas.....	46
D. Atención Medica de Prevención o del Bienestar Exigida por la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud a Bajo Precio.	46
F. Nuevos servicios de Atención Medica de Prevención o del Bienestar recomendados.....	47
Artículo 9. BENEFICIOS DE SALUD MENTAL	47
Artículo 10. BENEFICIOS DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS	47
Artículo 11. BENEFICIOS DE CIRUGÍA BUCAL	47
A. Esta Póliza solo cubre los siguientes servicios o procedimientos	48
B. Beneficios para Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello.....	48
Artículo 12. BENEFICIOS DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y MÉDULA ÓSEA	48
A. Gastos de adquisición	49
B. Trasplante de Órganos, Tejidos y Médula Ósea	49

Artículo 13. BENEFICIOS DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL RECIÉN NACIDO	50
A. Beneficios de Atención del Embarazo	50
B. Atención al recién nacido de una Dependiente que está cubierta en el momento del parto	51
C. Declaración de Derechos en virtud de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres.....	51
Artículo 14. BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN	51
A. Terapia Ocupacional	52
B. Fisioterapia.....	52
C. Terapia de Patología del Habla y Lenguaje	52
D. Servicios Quiroprácticos.....	52
Artículo 15. OTROS SERVICIOS, SUMINISTROS O EQUIPOS CUBIERTOS	53
A. Beneficios de Lesiones Accidentales (si figuran en el Esquema de Beneficios).....	53
B. Beneficios de la acupuntura.....	53
C. Beneficios de servicio de ambulancia	53
D. Trastorno de Déficit de Atención o Hiperactividad	55
E. Trastornos del Espectro Autista	55
F. Servicios de cirugía para la reconstrucción del seno y atención de supervivencia a largo plazo para el cáncer del seno	55
G. Servicios para labio leporino y paladar hendido	56
H. Participación en ensayos clínicos	56
I. Beneficios de cobertura para la Diabetes	58
J. Consultas al dietista	58
K. Equipos y suministros médicos desechables.....	58
L. Equipo médico duradero, dispositivos ortésicos, aparatos y dispositivos protésicos	58
M. Beneficios para la disfunción eréctil.....	61
N. Beneficios de Terapia Genética e Inmunoterapia Celular	62
O. Pruebas genéticas o moleculares para el cáncer	62
P. Beneficios de Audición	62
Q. Servicios de diagnóstico por imágenes.....	63
R. Atención Médica a Domicilio	63
S. Cuidados de Hospicio	63
T. Gastos de Intérprete para personas sordas o con deficiencias auditivas	63
U. Productos Alimentarios Bajos en Proteína para Tratar Enfermedades Metabólicas Hereditarias	63
V. Beneficios de Linfedema	64
W. Procedimientos de Esterilización Permanente.....	64
X. Leche materna humana de donante por prescripción médica.....	64
Y. Medicamentos con Receta.....	64
Z. Servicios Privados de Enfermería.....	64
AA. Estudios del sueño.....	65
BB. Servicios de Telemedicina y Terapia a Distancia	65
CC. Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).....	66
Artículo 16. ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN	66
A. Autorización de Admisiones, Servicios y Suministros, Selección de Proveedor y Sanciones	66

B. Control de Enfermedades	69
C. Administración de Casos.....	69
D. Beneficios Alternativos	70
Artículo 17. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES.....	70
A. Este Planes no Cubre Ciertos Servicios, Suministros para Operaciones y Tratamientos	70
B. Nosotros Podemos Eliminar o Revisar las Limitaciones o Exclusiones en este Plan	70
Artículo 18. DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA.....	79
A. El Cónyuge Superviviente Puede Continuar con la Cobertura	79
B. Continuación Estatal	80
C. Continuación de Cobertura conforme a la ley COBRA.....	81
D. Informe al Grupo Sobre los Cambios de Dirección.....	84
E. Derechos de los Empleados en virtud de la Ley de los Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés).....	84
Artículo 19. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	85
A. Aplicabilidad	85
B. <i>Definiciones (Aplicables únicamente a este Artículo de Coordinación de Beneficios de este Plan de Beneficios)</i>	85
C. Coordinación de prestaciones y determinación del orden de los beneficios	87
D. Efectos en los Beneficios de este Plan de Beneficios	90
E. Resumen	90
F. Derecho a recibir y divulgar la información necesaria	92
G. Facilidad de pago	92
H. Derecho de reembolso	92
Artículo 20. DISPOSICIONES GENERALES - GRUPO O TITULARES DE LA PÓLIZA Y AFILIADOS 93	
A. El Plan de Beneficios	93
B. Sección 1557 Procedimiento de Quejas Formales.....	93
C. Cambios al Plan de Beneficios	94
D. Tarjetas de identificación y planes de beneficio	94
E. Beneficios a los que tiene derecho el Afiliado.....	95
F. Aviso de los Requisitos del Afiliado - Datos del personal del Empleador.....	95
G. Terminación de su Cobertura.....	96
H. Presentación de Reclamaciones.....	97
I. Legislación vigente y política de conformidad	97
J. Acciones legales	98
K. Divulgación de la información	98
L. Cesión	98
M. Relación entre el Afiliado y el Proveedor	98
N. Este Plan de Beneficios y Medicare.....	98
O. Aviso.....	99
P. Lesión o enfermedad relacionada con el trabajo	99
Q. Subrogación	99
R. Derecho de reembolso	100
S. Cobertura en un Departamento de Asuntos de Veteranos o en un hospital militar.....	100

T. Responsabilidad de los afiliados al Plan.....	100
U. Servicios fuera del área.....	100
V. Certificados de Cobertura Válida para HIPAA.....	103
W. Certificados de Cobertura Válida o No Válida de Medicamentos con Receta para Medicare parte D.....	103
X. Continuación de la cobertura cuando el Empleado no sigue activo en el trabajo.....	104
Y. Nuestro derecho a ofrecer incentivos a las primas.....	105
Artículo 21. PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES	105
A. Procedimiento de Quejas, Quejas Formales y Reconsideraciones Informales.....	105
B. Procedimientos de Apelación Estándar.....	106
C. Proceso de Apelación Estándar.....	106
D. Apelaciones Aceleradas.....	109
Artículo 22. DERECHOS DE LA LEY ERISA.....	113
A. Usted puede Recibir información sobre el Plan y los Beneficios.....	113
B. Usted puede continuar con la Cobertura del Plan Médico Grupal.....	113
C. Los Fiduciarios del Plan deben actuar con prudencia.....	113
D. Usted puede Imponer sus Derechos.....	113
E. Obtenga Ayuda con sus Preguntas.....	114
Artículo 23. CAMBIOS EN EL PLAN Y PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES	114
A. Cómo efectuar cambios de los integrantes de la familia en Su Plan.....	114
B. Cómo presentar las Reclamaciones de Beneficios.....	115
C. Reclamaciones de Medicamentos con Receta.....	115
D. Otras Reclamaciones Médicas.....	116
E. Reclamaciones por Servicios de Enfermería.....	116
F. Reclamaciones de equipo médico duradero (DME).....	116
G. Reclamaciones por Trastornos de Salud Mental y por el Consumo de Sustancias Tóxicas.....	116
H. Preguntas sobre Reclamaciones.....	116
Artículo 24. DISPOSICIONES GENERALES - SOLO PARA EL GRUPO O TITULARES DE LA PÓLIZA	117
A. Fecha de vencimiento de los pagos de las primas del Grupo.....	117
B. Cambio en el importe de la Prima.....	117
C. El Grupo deberá distribuir y dar en cuenta del Reintegro de Primas.....	117
D. Derecho que tiene el Grupo de cancelar el Plan.....	118
E. Nuestro Derecho de Terminar el Plan por Falta de Pago de Primas.....	118
F. Nuestro Derecho de Rescindir el Plan por Razones Distintas a la Falta de Pago de la Prima.....	118
G. Votos por Representación de Apoderados.....	119
H. Servicios fuera del área.....	119
I. Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Privacidad y Seguridad).....	120
J. Cumplimiento de las Leyes Estadounidenses para Sanciones Económicas.....	121
K. Servicios de valor añadido.....	121

Artículo 1. CONOZCA LOS FUNDAMENTOS DE SU COBERTURA

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana (la Compañía) ofrece este Plan de Beneficios de la salud al titular de la póliza del Grupo como se muestra en el Esquema de Beneficios.

A la Fecha del Plan de Beneficios que figura en el *Esquema de Beneficios* del Grupo, Nosotros aceptamos proporcionar los Beneficios especificados en este Plan a los Suscriptores del Grupo y sus Dependientes inscritos. Una copia de este Plan sirve como Su certificado de cobertura. Este Plan de Beneficios reemplaza a cualquier otro plan previamente emitido al Grupo Titular de la póliza, a la Fecha del Plan de Beneficios o a la fecha modificada del Plan de Beneficios.

Este Plan de Beneficios describe Sus Beneficios, así como sus derechos y responsabilidades bajo este Plan. Le recomendamos que lo lea cuidadosamente.

Llámenos si Usted tiene preguntas sobre Su cobertura o cualquier límite de la cobertura. Muchas secciones de este Plan se relacionan con otras secciones. Es posible que no encuentre toda la información que Usted necesita si lee solo una sección. Tenga en cuenta que Su Médico no tiene una copia de Su Plan, y que él no conoce o puede informarle Sus Beneficios.

Excepto en el caso de términos técnicos necesarios, Nosotros utilizamos palabras de uso común para describir los Beneficios provistos conforme a este Plan. “Nosotros”, “Nos”, y “Nuestro” se refieren a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. «Usted» y «Su» se refieren al Suscriptor y al Dependiente inscrito. Las palabras en mayúscula son términos definidos en el Artículo «Definiciones». Una palabra que se utiliza en el género masculino también se aplica al género femenino, salvo que se indique lo contrario.

Información sobre este Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)

Este Plan describe Su cobertura de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés). Usted cuenta con una amplia red de Proveedores a Su disposición: Nuestra Red Preferred Care PPO. Usted también puede recibir atención de los Proveedores que no se encuentran en esta Red, pero Nosotros pagaremos los Beneficios a un nivel menor.

Si Usted visita Proveedores en Su Red, Usted pagará menos por la atención recibida y sacará el máximo provecho de este Plan.

La mayoría de los Beneficios se encuentran sujetos al pago por Su parte de un Deducible. Después de que Usted pague los Deducibles, los Beneficios están sujetos al Coaseguro (por ejemplo, 80/20 o 60/40).

Si el *Esquema de Beneficios* indica que Usted debe pagar un Copago, significa que Usted debe pagar el importe del Copago al Proveedor de la Red cada vez que Usted reciba Servicios Cubiertos. Su elección de Proveedor determina qué Coaseguro se aplica al servicio.

Si recibe servicios Médicamente Necesarios, Nosotros pagaremos el Coaseguro más alto cuando Usted visite un Proveedor de la red Preferred Care PPO. Nosotros pagaremos el Coaseguro más bajo cuando Usted visite un Proveedor que no se encuentre en la Red Preferred Care PPO.

Para conocer Cantidad de Deducible y de Coaseguro consulte el Esquema de Beneficios.

Nuestra Red de Proveedores

Usted elige qué Proveedores le proporcionará la atención médica. Esta elección determinará cuánto pagaremos Nosotros y cuánto Usted paga por los Servicios Cubiertos.

Nuestra Red Preferred Care PPO consiste en un selecto grupo de Médicos, Hospitales y otros Profesionales de la Salud Asociados que han firmado un contrato con Nosotros para participar en Nuestra Red de Proveedores PPO y brindar servicios a Nuestros Afiliados. Nosotros llamamos a estos Proveedores PPO, Proveedores Preferidos o Proveedores de la Red. Los Beneficios de Cirugía Bucal también están disponibles cuando los proporcionan los Proveedores de la Red United Concordia Dental Advantage Plus o de Nuestra red dental.

Para recibir el nivel más alto de Beneficios, siempre verifique que un Proveedor sea un Proveedor activo de la Red de Proveedores Preferred Care PPO de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana antes de recibir el servicio. Visite nuestra página web en es.bcbsla.com o llame al servicio de atención al cliente al número que aparece en la tarjeta de identificación para verificar que un Proveedor es un Proveedor en activo de la Red, o para solicitar un directorio de Proveedores en papel impreso.

El estatus de un Proveedor puede cambiar cada cierto tiempo. Verifique siempre el estatus de la Red del Proveedor antes de recibir los servicios. Un Proveedor puede tener un contrato con Nosotros para proporcionar servicios en una ubicación, pero no para otra ubicación. Debe consultar Su directorio de Proveedores para verificar que los servicios estén Dentro de la Red en el lugar donde Usted busca recibir atención.

Además, los Proveedores de Su red pueden ser contratados para realizar ciertos Servicios Cubiertos, pero no otros. Cuando un Proveedor de la Red presta servicios para los cuales tal Proveedor de la Red no tiene un contrato con Nosotros para realizarlos, (por ejemplo, ciertos servicios de imágenes de Alta Tecnología o procedimientos de radiología), Su Plan pagará por esos servicios al nivel de Beneficios que No Pertenecen a la Red.

Siempre revise Su directorio de Proveedores para verificar que los servicios y las ubicaciones de los Proveedores estén Dentro de la Red.

Recibir atención fuera de la red Preferred Care PPO

La red Preferred Care PPO es una red extensa y debe cumplir con las necesidades de la mayoría de los Afiliados. Sin embargo, Usted elige qué Proveedores le atenderán; Usted puede acudir a los Proveedores que no forman parte de Nuestra PPO Red Preferred Care PPO.

Pagamos un menor nivel de Beneficios cuando Usted utiliza Proveedores fuera de la Red Preferred Care PPO. Podemos basar los beneficios en un Cargo Permitido menor. Si sale de Nuestra Red, pagará costes más elevados y Copagos, Importes del Deducible y Coaseguros más altos que si hubiera permanecido en la Red. **Estos costos adicionales pueden ser importantes.** Además, Nosotros solo pagamos parte de esos cargos; Usted debe pagar el resto. En la medida en que lo exija la ley vigente, su costo compartido para los servicios de emergencia médica se pagarán al nivel de la red, incluso si el hospital no está en su red.

Solicite a los Proveedores que No Pertenecen a la Red que le expliquen sus cargos facturados ANTES de recibir atención fuera de la Red. Revise la ilustración de ejemplo de los costos del afiliado cuando recibe atención de un hospital no participante

Obtener atención de emergencia y que no es de emergencia fuera de Luisiana y en todo el mundo

Los Afiliados pueden recibir atención de Emergencia y atención que no es de Emergencia fuera de Luisiana y alrededor del mundo. La tarjeta de identificación ofrece un cómodo acceso a los Servicios Cubiertos a través de Nuestros Proveedores en todo el territorio de los EE. UU. y en más de 200 países en todo el mundo.

En los Estados Unidos:

Los Afiliados reciben Beneficios dentro de la Red cuando los Servicios Cubiertos de Emergencia y que no son de Emergencia son proporcionados por Proveedores PPO en otros estados.

Si los Afiliados no visitan un Proveedor PPO, se aplicarán los Beneficios que No Pertenecen a la Red. Los servicios médicos de urgencia cubiertos están sujetos a los costos compartidos de la red.

Fuera de los Estados Unidos:

Los Afiliados reciben Beneficios Dentro de la Red cuando los Servicios Cubiertos de Emergencia y que no sean de Emergencia los proporcione un Proveedor Blue Cross Blue Shield Global® Core en cualquier parte del mundo. Si los Afiliados no visitan un Proveedor de Blue Cross Blue Shield Global® Core, se aplicarán Beneficios que No Pertenecen a la Red. Los servicios médicos de urgencia cubiertos están sujetos a los costos compartidos de la red.

1. En caso de Emergencia, diríjase directamente al Hospital más cercano.

2. Llame a BlueCard® Access al 1-800-810-BLUE (2583) para obtener información sobre los médicos y Hospitales PPO 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 PPO autorizado o un Proveedor Blue Cross Blue Shield Global® Core para recibir el nivel más alto de Beneficios.
4. Presente la Tarjeta de Identificación al médico u Hospital para que verifiquen su cobertura y presenten las Reclamaciones a nombre del Afiliado.
5. El Afiliado debe obtener todas las Autorizaciones requeridas por parte de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana.

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

Este Plan de Beneficios se vende con o sin Copago por consulta médica. El Esquema de Beneficios indicará si se debe aplicar un Copago. Si en el Esquema de Beneficios aparece un Copago por las consultas médicas, este plan de acceso directo le permite recibir atención de un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o de un especialista. Para recibir atención directamente de un Especialista de Su Red Preferred Care PPO no se requiere un referido del PCP.

Los Afiliados pagan el Copago Médico más bajo cuando reciben atención de un PCP. Los PCP son médicos de familia, médicos generales, internistas, geriatras 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 consulta médica puede reducirse cuando los servicios son prestados por un Proveedor que participa en el programa Quality Blue. Los Proveedores Quality Blue incluyen a cualquier Proveedor que haya firmado un contrato para participar en el programa Quality Blue. En la actualidad, los Proveedores Quality Blue incluyen médicos de familia, médicos de cabecera, pediatras, internistas, geriatras, enfermeros especialistas y asistentes médicos, pero es posible que más Proveedores firmen un contrato para participar en el programa Quality Blue. Para comprobar si un Proveedor participa en el programa Quality Blue, puede consultar el directorio de Proveedores en nuestro sitio web es.bcbsla.com o ponerse en contacto con nuestro departamento de atención al cliente llamando al número que figura en la tarjeta de identificación.

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

Autorizaciones

Nosotros debemos Autorizar algunos servicios y suministros antes de que Usted los reciba. Su Esquema de Beneficios describe los servicios, suministros, y los Medicamentos con Receta que requieren Autorización previa.

Su plan no pagará los beneficios o evaluaciones para el trasplante de órganos, tejidos y médula ósea a menos que 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 trasplantes de Nuestra Red de Proveedores PPO Blue Cross and Blue Shield, a menos que Nosotros aprobemos otra alternativa por escrito. Para encontrar un centro de trasplantes autorizado, llame al número de servicio de atención al cliente que figura en la tarjeta de identificación.

Cómo determinamos lo que pagamos por los Servicios Cubiertos

Cuando un afiliado utiliza proveedores de la red

Los Proveedores Preferidos son Proveedores que han firmado un contrato con Nosotros u otro plan de Blue Cross and Blue Shield para participar en una Red PPO. Estos Proveedores han acordado aceptar el menor de los cargos facturados o un importe negociado como pago total de los Servicios Cubiertos. Este importe es el Cargo Permitido del Proveedor Preferido y se utiliza para determinar el importe que Nosotros pagamos por los Servicios Cubiertos

Medicamento Necesarios. Los Afiliados que usen Proveedores de la Red Preferred Care PPO recibirán Beneficios de la Red Preferred Care PPO y abonarán los importes que se indican en la columna «Red» en su Esquema de Beneficios para estos servicios.

Cuando un afiliado utiliza proveedores participantes

Los Proveedores Participantes son Proveedores que han firmado un contrato con Nosotros u otro plan de Blue Cross and Blue Shield para participar en una Red distinta a la Red de Preferred Care o de la Red PPO. Estos Proveedores han acordado aceptar el menor de los cargos facturados o un importe negociado como pago total de los Servicios Cubiertos. Este importe es el Cargo Permitido del Proveedor Participante y se utiliza para determinar el importe que pagamos Nosotros por los Servicios Cubiertos Medicamento Necesarios.

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

Cuando un afiliado utiliza proveedores no participantes

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato de Proveedores con Nosotros o ningún otro plan de Blue Cross and Blue Shield para participar en alguna Red de Blue Cross and Blue Shield. Estos Proveedores no están en Nuestras Redes. No contamos con acuerdo de tarifas con ellos.

Nosotros establecimos 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 de Beneficios inferior porque no acudió a un Proveedor de la red Preferred Care.

Los Afiliados 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. También, los Proveedores Preferidos y Participantes renuncian a la diferencia entre el importe facturado entre los Servicios Cubiertos y el Cargo Permitido, mientras que los Proveedores No Participantes no lo harán.

El Afiliado tiene derecho de presentarnos una Apelación para que consideremos los Beneficios de la Red si recibió Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante que era el único Proveedor disponible para proporcionar el Servicio Cubierto dentro de un radio de 75 millas del lugar de residencia del Afiliado. Para presentar una Apelación, el Afiliado debe seguir los procedimientos de Apelación en este Plan de Beneficios.

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

Ilustración de ejemplo de los costos del afiliado cuando recibe atención de un hospital no participante

Aviso: El siguiente ejemplo es solo para fines ilustrativos y es posible que no refleje fielmente las cantidades reales de Copagos, Deducible y de Coaseguro del Afiliado. 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 Afiliado acude al Hospital, ya ha alcanzado el Deducible y ha obtenido la Autorización necesaria antes de recibir un servicio que no es de Emergencia. El Hospital factura \$12,000 por el Servicio Cubierto. Nosotros

negociamos un Cargo Permitido de \$2,500 con el Hospital de la Red para prestar este servicio. El Cargo Permitido del Hospital Participante es de \$3,000 para prestar este servicio. No hay una tarifa negociada con el Hospital No Participante. El Afiliado es responsable de todas las cantidades no pagadas por la Compañía, hasta cubrir el cargo facturado por el Hospital. Este ejemplo ilustra el costo del Afiliado en tres Hospitales diferentes por el mismo servicio.

El Afiliado 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:	\$2,000	\$1,800	\$1,500
	\$2,500 de Cargo Permitido x 80 % de Coaseguro = \$2,000	\$3,000 de Cargo Permitido x 60 % de Coaseguro = \$1,800	\$2,500 de Cargo Permitido x 60 % de Coaseguro = \$1,500
El Afiliado paga:	\$500	\$1,200	\$1,000
	20 % de Coaseguro x \$2,500 de Cargo Permitido = \$500	40 % de Coaseguro x \$3,000 de Cargo Permitido = \$1,200	40 % de Coaseguro x \$2,500 de Cargo Permitido = \$1,000
¿Se factura al Afiliado los cargos del Hospital?	NO	NO	SÍ - \$9,500
TOTAL QUE PAGA EL AFILIADO:	\$500	\$1,200	\$10,500

Cuando usted compra medicamentos con receta cubiertos

Algunas farmacias han contratado con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia para aceptar una cantidad negociada como pago total de los Medicamentos con Receta cubiertos que dispensan. Estas farmacias son Farmacias Participantes. El Cargo Permitido para los Medicamentos de Venta con Receta cubiertos adquiridos en Farmacias Participantes se basa en el importe que pagamos a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia.

Usamos el importe que Nosotros pagamos a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia como base de nuestro pago por Sus Medicamentos con receta cubiertos y el importe que Usted debe pagar por los Medicamentos con receta cubiertos.

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

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

Beneficio por trastornos de salud mental y por el 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 Afiliados. Para obtener ayuda con estos Beneficios, consulte Su Esquema de Beneficios o llame a servicio al cliente al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación.

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 modifican los Beneficios del Afiliado. Estos pueden ser ofrecidos por Nosotros, compañías afiliadas y determinados proveedores. Los Afiliados siempre tienen la libertad de rechazar las oportunidades para los incentivos y los Servicios de valor añadido. Nos reservamos el derecho de añadir o eliminar cualquiera o todos los cupones, descuentos, incentivos, programas y Servicios de valor añadido en cualquier momento sin previo aviso a los Afiliados.

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

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

Dirección de Correo Electrónico del Servicio de Atención al Cliente

Nosotros hemos combinado Nuestros correos electrónicos del servicio de atención al cliente en una sola dirección que es fácil de recordar: help@bcbsla.com. Si Usted necesita contactarnos, puede encontrar todas las opciones en línea, incluyendo teléfono, fax, correo electrónico, dirección postal y oficinas de atención al cliente. Sólo tiene que visitar es.bcbsla.com y hacer clic en *¿Necesita ayuda?* para acceder a nuestro centro de ayuda, que incluye la información de contacto de nuestro servicio de atención al cliente.

Servicios de protección de identidad

Estamos comprometidos 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 el cual identifica el uso potencialmente fraudulento de identidad o de crédito.
3. Servicio de asistencia para la resolución de fraudes que le ayuda a resolver los problemas que surgen sobre la supervisión del crédito y la detección de fraudes.

Puede inscribirse en este servicio si Su Grupo Empleador eligió participar.

Usted deja de tener derecho a estos servicios si Su cobertura finaliza durante el año del Plan. En ese caso, los Servicios de Protección de Identidad cesarán al final del año de vigencia del Plan.

Puede encontrar información acerca de los Servicios de Protección de Identidad en es.bcbsla.com o llamando al número de servicio de atención al cliente que aparece en la tarjeta de identificación (ID).

Artículo 2. DEFINICIONES

Acuerdo Negociado («Acuerdo Negociado de Cuenta Nacional», también conocidos como Arreglos Negociados de Cuenta Nacional): Un acuerdo negociado entre un Licenciario «Control o Home» y uno o más Licenciarios «Par o Host» para cualquier Cuenta Nacional que no se proporcione por medio del Programa BlueCard®.

Administración de Casos: Un método para brindar 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/cuidador, Nuestro personal de Administración de Casos gestionará la atención para uso más eficiente y efectivo de 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 de Emergencia: La Admisión en un Hospital como resultado de una Afección Médica de Emergencia.

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

Admisión: El período para la Atención de Pacientes Hospitalizados desde el ingreso (Admisión) a un Hospital o Centro de Enfermería Especializada o Unidad de atención para Pacientes Hospitalizados hasta que es dado de alta. Contamos la fecha de ingreso y la fecha del alta como 1 día.

Afección grave y compleja: Tal y como se utiliza en el contexto de la continuidad de los servicios médicos, 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:
 - amenazante para la vida, degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita; y
 - requiere atención médica especializada durante un periodo de tiempo prolongado.

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

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

Afección Preexistente: Una afección física o mental para la cual se recomendó o se recibió asesoramiento médico, diagnóstico, atención o tratamiento dentro de un período de tiempo específico antes de la Fecha de Inscripción o antes del primer día de cobertura bajo otro plan médico.

Afiliado Especial: Una Persona Calificada que tiene derecho y solicita una inscripción especial (como se describe en este Plan de Beneficios) dentro de los 30 días posteriores a la pérdida de otra cobertura de salud o a la incorporación de un nuevo Dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Afiliado: Un Suscriptor o un Dependiente que esté inscrito en este Plan de Beneficios. Podemos utilizar palabras comunes en este Plan 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): Diseño, implementación y evaluación de las modificaciones del entorno, mediante el uso de estímulos del comportamiento y sus consecuencias para mejorar significativamente el comportamiento social. Este análisis incluye la observación directa, la medición y el análisis funcional de cómo el entorno afecta al comportamiento. La Junta de Analistas de Comportamiento de Luisiana certifica a los Proveedores de Análisis de Comportamiento Aplicado como asistentes de analistas de comportamiento o les otorga licencia como analistas de comportamiento.

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

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

Apelación Externa: Una solicitud de revisión por 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 pueden presentar una Apelación Externa si así lo solicitan en caso de Determinaciones Adversas de Beneficios que implican Necesidad Médica, la adecuación de la atención médica, el entorno de la atención médica, nivel de atención, la eficacia, el 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 contra las facturas médicas sorpresa (No Surprises Act, por su nombre en inglés).

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 una instrucción mínima, o
- E. Proporcionar tratamiento a largo plazo por la enfermedad de un paciente que no se espera que mejore o se recupere.

Nosotros determinamos qué servicios se consideran Asistencia de un Cuidador.

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

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

- A. Una afección médica para la cual el tiempo que conlleva realizar una Apelación estándar pondría gravemente en riesgo la vida o la salud del Afiliado o pondría en riesgo la capacidad del Afiliado de recuperar el máximo funcionamiento.
- B. Según la opinión del médico que le atiende, el Afiliado podría sentir dolor que no pueda controlarse adecuadamente mientras espera una decisión sobre una Apelación médica estándar.
- C. La decisión de no Autorizar una Admisión, la disponibilidad de atención médica, la permanencia en el Hospital, o el servicio de atención médica para el Afiliado que se encuentra en ese momento recibiendo Servicios Médicos de Emergencia, está en observación o recibe cuidados 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 plazo para completar una Apelación Externa estándar pondría en grave peligro la vida o la salud del Afiliado o pondría en riesgo la capacidad del Afiliado de recuperar el máximo funcionamiento.
- B. La decisión de no Autorizar una Admisión, la disponibilidad de atención médica, la permanencia en el Hospital, o el servicio de atención médica para el Afiliado que se encuentra en ese momento recibiendo Servicios Médicos de Emergencia, está en observación o recibe cuidados como Paciente Hospitalizado.
- C. Una denegación de cobertura basada en la determinación de que el servicio de atención médica o el tratamiento recomendado o solicitado es experimental o de investigación y el Médico que le atiende certifica que cualquier demora puede representar una amenaza inminente para la salud del Afiliado, incluyendo dolor intenso posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función corporal importante.

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 al paciente 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 y Lenguaje, Rehabilitación Cardíaca, Rehabilitación Pulmonar y servicios de rehabilitación psiquiátrica en distintos entornos de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

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

Atención de Urgencia: Una afección médica repentina, aguda e inesperada que requiere diagnóstico y tratamiento oportunos, pero no presenta riesgo inminente de vida o de una extremidad. Los ejemplos de Atención de Urgencia incluyen, entre otros: resfriados y gripe, esguinces, dolores estomacales y náuseas. Si un Afiliado requiere Atención médica que no sea de emergencia o Atención de Urgencia después del horario habitual de consulta de su Médico, puede acudir a un Centro de Atención de Urgencia.

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 el embarazo.

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. Estas organizaciones, principalmente proporcionan servicios de enfermería especializada 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 usuario o posible usuario.

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

Beneficiario: Una persona designada por un Afiliado, o por los términos de este Plan de Beneficios, que puede tener derecho a un Beneficio.

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

Beneficios Alternativos: Beneficios para los servicios que habitualmente no están cubiertos por este Plan de Beneficios pero para los que podríamos llegar a un acuerdo para proporcionarlos cuando sea beneficioso tanto para el Afiliado como para Nosotros.

Beneficios de la Red: Beneficios de atención recibidos a través de un Proveedor de la Red. También nos referimos a Beneficios de la Red como Dentro de la Red.

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

Cantidades de Deducible:

A. Cantidad de Deducible Individual:

Cuánto debe pagar por los Servicios Cubiertos en un Periodo de Beneficios antes de que Nosotros paguemos por Beneficios. Consulte el Esquema de Beneficios para conocer la cantidad específica. Ciertos Servicios Cubiertos pueden tener Deducibles separados. Consulte el Esquema de Beneficios.

Las categorías de Beneficios de la Red y que No Pertenecen a la Red incluyen cada uno un Deducible Individual por separado como se muestra en el Esquema de Beneficios.

- B. **Cantidad de Deducible Familiar:** La cantidad que Su familia debe pagar en un Período de Beneficios antes de que Nosotros paguemos por Beneficios. Después de que Usted pague el Deducible Familiar en su totalidad, Nosotros pagaremos por los Beneficios de toda la familia, independientemente de si cada persona haya alcanzado

la Cantidad de Deducible Individual. Consulte el Esquema de Beneficios para conocer la cantidad específica del Deducible.

- C. **Cantidad de Deducible de Medicamentos con Receta:** La cantidad que Usted debe pagar en un Período de Beneficios antes de que Nosotros paguemos un Copago o un de Coaseguro por Medicamentos con Receta. Consulte el Esquema de Beneficios para conocer la cantidad específica. La Cantidad de Deducible por Medicamento con Receta es distinto de la Cantidad de Deducible Individual o de Deducible Familiar.

Cargo Permitido:

- A. Para los Proveedores Preferidos y Proveedores Participantes: 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 Plan de Beneficios.
- B. Para Proveedores No Participantes, 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.

Cantidad de Desembolso: La cantidad máxima de gastos no reembolsables (más cualquier Importe Deducible) que Usted debe pagar por los Servicios Cubiertos en 1 Período de Beneficios. Para conocer la cantidad exacta, consulte el Esquema de Beneficios.

Centro de Atención de Urgencia: Una clínica con horario ampliado que proporciona atención de urgencia a los pacientes de forma no programada sin necesidad de cita previa. El Centro de Atención de Urgencia no proporciona atención de seguimiento de rutina ni Examen de bienestar y refiere a los pacientes a sus Médicos habituales para que reciban dicho seguimiento de rutina y atención del bienestar.

Centro Quirúrgico Ambulatorio: Un Centro de Salud Asociado Proveedor que se encuentra establecido con personal Médico organizado, cuenta con instalaciones permanentes equipadas que operan principalmente para realizar intervenciones quirúrgicas y dispone de servicios continuos de Médicos y profesionales de enfermería registrados disponibles mientras los pacientes permanezcan en el centro, no proporciona servicios ni alojamiento para que los pacientes pernocten, y ofrece 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. Disposiciones para servicios médicos de emergencia;
- D. Estructura administrativa organizada; y
- E. Registros administrativos, estadísticos e historiales médicos.

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;
- 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
- D. Planes de revisión de utilización para todos los pacientes.

Cirugía Estética: Cualquier intervención quirúrgica, tratamiento o servicio, o cualquier parte de una intervención quirúrgica, tratamiento o servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia física. Una intervención quirúrgica, tratamiento, o servicio no 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, una enfermedad, un trastorno o una Operación cubierta.

Coaseguro de Medicamentos con receta: Los Cargos Permitidos compartidos para Medicamentos con receta que este Plan cubre. El importe se calcula como un porcentaje, un porcentaje que Nosotros pagamos y un porcentaje que Usted paga. (Por ejemplo, Nosotros pagamos el 80 % y Usted paga el 20 %). Una vez que Usted haya pagado cualquier Cantidad de Deducible de Medicamentos con Receta, Nosotros aplicaremos Su porcentaje a los Cargos Permitidos para Medicamentos con Receta para determinar cuánto paga Usted. Aplicaremos Nuestro porcentaje a los Cargos Permitidos Medicamentos con receta para determinar Su Beneficio. Es posible que se requiera un Coaseguro de Medicamentos con receta diferente para los distintos niveles de medicamentos que compre en una farmacia o por correo.

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

Cobertura Acreditada para Portabilidad de HIPAA: Cobertura que Usted tuvo anteriormente en un plan médico Individual o Grupal que incluye, entre otros, Medicare, Medicaid, planes gubernamentales, planes de iglesias, ley COBRA y planes militares o el Programa Estatal de Seguro Médico para Menores (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).

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

Compañía: Blue Cross and Blue Shield of Louisiana (constituida como Louisiana Health Service & Indemnity Company).

Complicación(ones): Una condición médica, que surge de un evento adverso o consecuencia, que requiere servicios, tratamiento o terapia y que determinamos, basado en la literatura y experiencia médica sustancial, como

resultado directo y consecuente de otra condición médica, enfermedad, servicio o tratamiento. Solo como un ejemplo, una embolia pulmonar después de una Operación sería una Complicación de la Operación.

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 una Operación, o
- D. Consultas entre colegas que intercambian opiniones médicas como cortesía y normalmente sin cargo.

Cónyuge: El Cónyuge legal del Suscriptor.

Coordinación de la Atención: Actividades de atención al paciente organizadas con base en la información destinada a facilitar las respuestas adecuadas a las necesidades de atención médica de un Afiliado.

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

Copago: El importe específico que Usted debe pagar cuando Usted recibe los Servicios cubiertos, como se establece en el *Esquema de beneficios*. Puede que Su Proveedor de la Red le cobre el Copago directamente a Usted.

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 Mayor de Edad– Un Hijo (o Nieto) Dependiente que tiene veintiséis (26) años o más, que depende del Suscriptor para su manutención 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 su manutención o el Dependiente ya no está discapacitado física o intelectualmente hasta el punto de ser incapaz de mantener un empleo.

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

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

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 Afiliado para recibir cobertura en virtud del Plan de Beneficios;
- C. cualquier determinación de revisión prospectiva o retrospectiva;
- D. una Rescisión; o
- E. una decisión relativa a los artículos y servicios incluidos en el ámbito de aplicación de las medidas de protección contra las facturas médicas inesperadas y el reparto de los costos de la Ley contra las facturas médicas sorpresa (No Surprises Act, por su nombre en inglés).

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

Dispositivos o Aparatos Protésicos: Aparatos que reemplazan todo o parte de un órgano del cuerpo, o reemplazan toda o parte de la función de una parte del cuerpo que se encuentra permanentemente inoperante ausente o en mal funcionamiento. Las prótesis de extremidades son extremidades artificiales que no se implantan quirúrgicamente y que son diseñadas para maximizar el funcionamiento, estabilidad y seguridad del paciente; y eso reemplaza una extremidad amputada. Las Prótesis de Extremidades no incluyen ojos artificiales, orejas, nariz, aparatos odontológicos, productos de ostomía o accesorios como pestañas postizas o pelucas.

Emergencia: Consulte Afección Médica de Emergencia.

Empleado: Una persona que el Empleador ha designado como Empleado a tiempo completo o Equivalente a Tiempo Completo.

Empleador: Cualquier persona que actúe directamente como Empleador — o indirectamente en el interés de un Empleador — en relación con un plan de beneficios del empleado. Los Empleadores incluyen un grupo o asociación de Empleadores que actúan para un Empleador en tal capacidad.

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 denomina En Investigación si su eficacia no ha sido claramente probada y no se ha incorporado a la práctica habitual del cuidado médico. Cualquier determinación que Nosotros tomemos respecto de si un tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo, o producto biológico se encuentra En Investigación 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 EE. UU. 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:
 - Consulta con el programa de evaluación de tecnología (TEC, por sus siglas en inglés) de Blue Cross and Blue Shield Association u otro(s) centro(s) de evaluación de tecnología no afiliados;

- Evidencia científica confiable publicada en literatura médica revisadas por colegas generalmente reconocidas por la comunidad médica correspondiente; o
- Referencia a las normativas federales.

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

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

Equivalente a Tiempo Completo (FTE, por sus siglas en inglés): Un Empleado que:

- A. Está empleado en un promedio de treinta (30) o más horas semanales; o
- B. Trabaja menos de treinta (30) horas semanales en promedio, pero se encuentra dentro del período de estabilidad definido en el Código de Impuestos Internos §54.4980H y los reglamentos emitidos en virtud de este, y esté documentado y verificado por el Empleador que está en el período de estabilidad.

Un empleado temporal no cumple los requisitos de elegibilidad de este Plan, a menos que se determine que el empleado es un equivalente a tiempo completo.

Esterilidad: La incapacidad de una pareja de concebir después de un (1) año de relaciones sexuales sin protección.

Farmacia de la red: Una farmacia que tiene un contrato con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de farmacia para aceptar un importe negociado como pago total de los Medicamentos con Receta cubiertos que ellos despachan a los Afiliados. Farmacias de la Red también puede definirse como Farmacias Participantes.

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

Fecha de inscripción: El primer día de cobertura bajo este Plan de Beneficios, o si existe un Período de espera para la afiliación, el primer día de este período.

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

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

Formulario de Medicamentos con receta: Una lista de Medicamentos con receta específicos que este Planes cubre.

Grupo: Cualquier compañía, sociedad, asociación, corporación u otra entidad legal que haya solicitado cobertura en este Plan y haya aceptado cumplir con todos sus términos y requisitos. En este Plan de Beneficios, el Grupo es el titular de la póliza.

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.

Incentivo al Proveedor: Compensación adicional que un pagador paga a un Proveedor de atención médica, en función de cómo el Proveedor cumple con los procedimientos e indicadores de resultados que se han acordado para un grupo o población de Afiliados en particular.

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

Lesión Accidental: Una condición que resulta directamente de una lesión corporal traumática sufrida sólo por medios accidentales de una fuerza externa. Lesiones causadas por masticar no son lesiones accidentales a los dientes. Si los Beneficios están disponibles para tratar una lesión en particular, Su Plan cubrirá Beneficios por una lesión que resulte de un acto de violencia doméstica o una afección médica.

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 Sustituta Gestacional: Una mujer que acepta intentar 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.

Madre Temporalmente Discapacitada por Motivos Médicos: Una mujer que ha dado a luz recientemente y cuyo Médico ha sugerido que el traslado habitual puede ser peligroso para su salud.

Medicamento Necesario (o Necesidad « Médica»): Servicios de atención médica, tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos, productos u otros suministros que los Proveedores, aplicando su juicio clínico prudente, proporcionarían a los pacientes para prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas, y que son:

- 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 enfermedad, la lesión o la afección de los pacientes; y
- C. No tienen como finalidad principal la comodidad personal o conveniencia de los pacientes o Proveedores, 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 enfermedad, lesión o afección de los pacientes.

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

Medicamentos con receta: Medicamentos incluidos los Medicamentos Especializados, cuya venta o entrega requieren por ley la orden de un Médico u otro profesional de atención médica. Los Medicamentos deben llevar el texto exigido a nivel federal que estipula que estos no podrán despacharse sin una receta y que cuentan con la aprobación de la FDA respecto a su seguridad y efectividad, sujetos al Artículo de Limitaciones y Exclusiones.

Medicamentos Especializados: Medicamentos Especializados suelen tener un costo elevado y 1 o más de las siguientes características:

- A. Se necesita un adiestramiento especializado del paciente sobre la administración del medicamento (incluidos los suministros y dispositivos necesarios para la administración);
- B. Se requiere la coordinación de la atención antes de iniciar la terapia con medicamentos o durante la terapia;
- C. Requisitos únicos de control del cumplimiento y seguridad por parte del paciente;
- D. Requisitos únicos para el manejo, transporte y almacenamiento del medicamento; y
- 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. No consideramos que los biosimilares sean Medicamentos Genéricos.

Medicamento de Marca No Preferido o Genérico: Medicamentos con Receta que son Medicamentos de Marca o Medicamentos Genéricos que pueden tener una alternativa terapéutica conocida como un Medicamento de Menor Costo o un Medicamento de Marca Preferido.

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

Medicamento de Marca: Un Medicamento con Receta patentado que comercializa el fabricante del medicamento original tras recibir la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o que Nosotros identificamos como un producto de Marca. Clasificamos Medicamentos con Receta como Medicamentos de Marca sobre la base de una fuente de precios reconocida a nivel nacional. Es posible que Nosotros no clasifiquemos los mismos medicamentos como Medicamentos de Marca que el fabricante o la farmacia identifica como tal.

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

Medicamento Genérico: Un Medicamento con Receta equivalente a un Medicamento de Marca respecto de su dosis, seguridad, concentración, vía de administración, calidad, características del rendimiento y uso previsto o, un Medicamento que Nosotros identificamos como Genérico. 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 de Marca de Múltiples Fuentes: Un Medicamento de Marca para el cual hay disponible un Medicamento Genérico equivalente.

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

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.

Operación:

- A. La realización de procedimientos operatorios y de incisión normalmente aceptados, que incluye instrumentación especializada, exámenes endoscópicos, biopsias incisionales y excisionales y otros procedimientos invasivos.
- B. La corrección de fracturas y dislocaciones.
- C. La atención durante el embarazo como parto natural y cesáreas.
- D. Atención preoperatoria y posoperatoria habitual y relacionada.
- E. Otros procedimientos que Nosotros definimos y aprobamos.

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

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

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

Período de apertura de inscripción: Un período de cada año, designado por el Grupo, durante el cual un Suscriptor y cualquier Dependiente calificado pueden inscribirse en este Plan de Beneficios.

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.

Periodo de Espera para la Afiliación: El período que debe transcurrir antes de que Nosotros paguemos los Beneficios conforme a este Plan. Si Usted se inscribe como un Afiliado Especial, cualquier período anterior a esa Inscripción Especial no es un Período de Espera para la Afiliación.

Período de Espera: Consulte Período de Espera para la Afiliación.

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

Plan de Beneficios: Este acuerdo, que incluye la Solicitud de Cobertura Grupal, el Esquema de Beneficios y las modificaciones o endosos, si corresponde, los cuales otorgan al Suscriptor y a los Dependientes el derecho a recibir cobertura médica específica y cobertura por Lesiones Accidentales. También llamamos al Plan de Beneficios, Su Plan.

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

Programa basado en la calidad prestada (VBP, por sus siglas en inglés): Un acuerdo de pago basado en los resultados o un modelo de atención coordinada facilitado con uno o más Proveedores locales que se evalúan en función de los parámetros y factores de costo y calidad. Un VBP se refleja en el pago del Proveedor.

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 los pacientes se encuentran en el programa menos de 24 horas al día. Los pacientes no se consideran residentes 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: Programas que tienen la capacidad de brindar servicios planificados y estructurados de al menos dos (2) horas al 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 los trastornos mentales o relacionados con el consumo de sustancias tóxicas y podría incluir servicios de psicoterapia de grupo, individual, familiar o multifamiliar, servicios psicoeducativos y servicios complementarios como el seguimiento médico. Estos servicios incluyen 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 la licencia y que haya sido aprobado por Nosotros. Si un Proveedor no se encuentra sujeto a una licencia estatal o federal, tenemos el derecho de definir todos los criterios bajo los que pueden ofrecerse los servicios de un Proveedor a Nuestros Afiliados, de forma que los Beneficios se apliquen a una Reclamación del Proveedor. Las Reclamaciones sometidas por Proveedores que no cumplan con estos criterios serán denegadas.

- **Proveedor Preferido:** Un Proveedor que firmó un contrato con Nosotros u otro Plan de Blue Cross and Blue Shield para participar en una Red PPO. Nosotros llamamos a estos Proveedores PPO, Proveedores Preferidos o Proveedores de la Red.
- **Proveedor Participante:** Un Proveedor que no tenga un contrato firmado con Nosotros o con otro plan de Blue Cross and Blue Shield que no sea de la Red Preferred Care o PPO.
- **Proveedor No Participante:** Un Proveedor que no firmó un contrato con Nosotros o cualquier 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: Proveedores que han firmado un contrato con Nosotros u otro Plan de Blue Cross and Blue Shield para participar como parte de la Red de Proveedores Preferred Care PPO u otra Red PPO. También nos referimos a estos Proveedores como Proveedores Preferidos o Proveedores de la Red.

Proveedor Quality Blue: Cualquier Proveedor que haya firmado un contrato para participar en el programa Quality Blue. En la actualidad, los Proveedores Quality Blue incluyen médicos de familia, médicos de cabecera, pediatras, internistas, geriatras, enfermeros especialistas y asistentes médicos, pero es posible que más Proveedores firmen un contrato para participar en el programa Quality Blue. Para comprobar si un Proveedor participa en el programa Quality Blue, puede consultar el directorio de Proveedores en nuestro sitio web es.bcbsla.com o ponerse en contacto con nuestro departamento de atención al cliente llamando al número que figura en la tarjeta de identificación.

Proveedor que No Pertenece a la Red: Proveedores que no son parte de Nuestra Red de Proveedores Preferred Care PPO o de otra Red PPO de un Plan Blue Cross and Blue Shield. Los Proveedores Participantes y los Proveedores no Participantes se consideran Proveedores que No Pertenece a la Red.

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

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 incurridos por Usted durante el período en el que Usted esté asegurado por el Plan. Las disposiciones en

vigor en el momento que Usted recibe el servicio o tratamiento registrarán 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 considera nulo una póliza desde el momento de la afiliación o una cancelación que anula los Beneficios pagados hasta un 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 Plan de Beneficios para los cuales Usted puede recibir Beneficios si un Proveedor los proporciona.

Servicio de Ambulancia: Traslado que es Médicamente Necesario por medio de un vehículo de emergencia especialmente diseñado para transportar enfermos y lesionados. 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 que regulan los vehículos de traslado de emergencia.

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 ordenado por un Proveedor antes de que se preste 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. Esto incluye toda la atención de enfermería y servicios instructivos de enfermería proporcionados como parte del gasto de alojamiento y comida del Hospital.

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

Servicios de Atención Privada 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 solicitar estos servicios. Estos servicios también deben requerir las destrezas técnicas de un R.N. o un L.P.N. 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 de diagnóstico por imágenes:

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

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

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

- A. Cuando esté dentro de las posibilidades de un Hospital o de un departamento de emergencias independiente, los siguientes servicios y artículos:
 1. Un examen médico de detección, incluidos los servicios auxiliares de los que dispone habitualmente el servicio de emergencias para evaluar una afección médica de emergencia
 2. Un examen médico adicional y el tratamiento que pueda ser necesario para estabilizar la afección médica, independientemente del departamento del Hospital en el que se preste dicho examen o tratamiento adicional.
- B. Con respecto a una afección médica de emergencia e independientemente del departamento del Hospital en el que se preste, los servicios adicionales que sean:
 1. Servicios cubiertos en este Plan;
 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 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 Medicamente Necesaria.

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

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

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

Sustancias Peligrosas Reguladas: Un medicamento, sustancia, o precursor inmediato, incluido en los apéndices I a V de la Ley de Sustancias Reguladas, Título II de la Ley Integral de Prevención y Control del Consumo de Drogas de 1970.

Tarifa del Coordinador de la atención médica: Una cantidad fija que Nosotros pagamos periódicamente a los Proveedores por la Coordinación de la atención médica del Programa basado en la calidad prestada.

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 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 uso actividades orientadas a una meta específica, ejercicios terapéuticos u otras intervenciones que mitigan una discapacidad o mejoran la capacidad funcional. Estos pueden incluir:

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

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.

Trastorno de la Articulación Temporomandibular o cráneomandibular: Trastornos que causan dolor o disfunción de la articulación temporomandibular o cráneomandibular, que derivan de enfermedades reumáticas, trastornos oclusivos dentales, estrés interno o externo de la articulación u otras causas.

Trastornos del Espectro Autista (ASD, por sus siglas en inglés): Cualquiera de los trastornos generalizados del desarrollo de acuerdo con lo definido en la edición más reciente del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* de la Asociación Estadounidense de Psiquiátrica, Washington, D.C. (DSM). Estos trastornos se caracterizan por la disfunción grave y generalizada en distintas áreas del desarrollo: destrezas de interacción social recíproca, destrezas de comunicación o la presencia de comportamiento, intereses y actividades estereotipados. 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.

Trastorno mental (salud mental): un síndrome o patrón psicológico y de comportamiento clínicamente significativo. Esto incluye, entre otras:

- A. Psicosis,

- B. Trastornos Neuróticos,
- C. Trastornos de Personalidad,
- D. Trastornos Afectivos, y
- E. Las enfermedades mentales graves específicas según lo definido en Luisiana. R.S. 22:1043:
 - Esquizofrenia o Trastorno Esquizoafectivo;
 - Trastorno Bipolar;
 - Trastorno de Pánico;
 - Trastorno Obsesivo Compulsivo;
 - Trastorno Depresivo Severo;
 - Anorexia y Bulimia;
 - Trastorno Explosivo Intermitente;
 - Trastorno de Estrés Postraumático;
 - Psicosis NOS cuando se diagnostica en menores de 17 años;
 - Síndrome de Rett; y
 - Síndrome de Tourette, y
- F. 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, según determinemos Nosotros.

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

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

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

Artículo 3. ESQUEMA DE REQUISITOS

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

No puede inscribirse en este plan como Empleado y Dependiente. Los Dependientes solo pueden estar cubiertos por un (1) Empleado.

A. Requisitos para la afiliación

1. **Suscriptor.** Para ser candidato a inscribirse como Suscriptor, Usted debe ser:
 - a. un Empleado que haya cumplido con todos los criterios designados por Nosotros, que haya cumplido con los requisitos del Período de Espera para la Afiliación del Grupo y que esté trabajando la cantidad de horas requeridas que Nosotros designamos en la Solicitud para Cobertura Grupal.
 - b. un jubilado que cumple con todos los criterios designados por Nosotros, y si figura como cubierto en el *Esquema de Beneficios* del Grupo.
 - c. un representante designado que cumple con todos los criterios designados por Nosotros, y si figura como cubierto en este Esquema de Beneficios del Grupo.
2. **Dependiente.** Para ser candidato a inscribirse como Dependiente, Usted debe cumplir con los siguientes criterios al momento de la inscripción. 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 decidir que Usted ya no tiene derecho a recibir cobertura y los Beneficios para Dependientes pueden finalizar de la manera descrita en este Plan.
 - 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 viva con el Suscriptor, siempre y cuando un mandato del tribunal le haya concedido al Suscriptor la custodia legal o la custodia provisional del nieto; o
 - (8) El hijo o nieto del Suscriptor, que está bajo la custodia legal y que reside con el Suscriptor, que está cubierto en el Plan antes de cumplir 26 años, y puede permanecer cubierto en el Plan una vez cumpla los veintiséis (26) años porque cumple con la definición y los requisitos de un Dependiente Mayor de Edad.

B. Solicitud de Cobertura

1. Todas las personas calificadas pueden inscribirse para obtener cobertura conforme a este Plan y pueden incluir a todos los Dependientes que califiquen.
2. Antes de que este Plan lo cubra, el Grupo nos enviará toda la información de inscripción.
3. Este Plan no le cubrirá a Usted a menos que Nosotros hayamos aceptado el formulario de inscripción o la información de inscripción en un formato Nosotros aceptemos y que hayamos emitido una tarjeta de identificación u otra notificación escrita de aceptación. Incluso si se pagan las primas, la cobertura no comenzará a menos que hayamos emitido una tarjeta de identificación u otra aceptación por escrito. Sin una tarjeta de identificación o aceptación por escrito, Nuestra responsabilidad se limita al reembolso de las primas pagadas.
4. No emitiremos ni renovaremos este Plan a menos que el porcentaje de Personas Calificadas especificado en la Solicitud de Cobertura Grupal esté inscrito.

C. Clases de Cobertura Disponibles

Las siguientes clases de cobertura están disponibles sujetas a las clases de cobertura que el Grupo selecciona en la Solicitud de Cobertura de Grupo. El Grupo tiene derecho a cambiar las clases de cobertura elegidas enviando una solicitud de cambio de clases a nuestro Departamento de Evaluación de Riesgos.

1. Suscriptor Único: Solo para el Suscriptor.
2. Suscriptor y Cónyuge: Para el Suscriptor y Cónyuge.
3. Suscriptor y Familia: Para el Suscriptor, Cónyuge y uno (1) o más hijos Dependientes.
4. Suscriptor e Hijos: Para el Suscriptor y uno (1) o más hijos Dependientes.
5. Suscriptor y Dependiente: Para el Suscriptor y un (1) Dependiente.

D. Fecha de entrada en vigor:

La Cobertura comenzará en la siguiente Fecha de entrada en vigor que corresponda, cuando se haya aceptado la inscripción y se hayan pagado las primas para la Cobertura, sujeta a cualquier Período de Espera para la Afiliación:

1. Si Usted es una Persona Calificada en la Fecha del Plan de Beneficios de este Grupo y se inscribe para obtener cobertura para Usted o para Usted y la de cualquier Dependiente que cumpla los requisitos en esa fecha o antes, esta Fecha del Plan de Beneficios del Grupo será la Fecha de entrada en vigor de la cobertura.
2. Si Usted se convierte en una Persona Calificada después de la Fecha del Plan de Beneficios de este Grupo y se inscribe para obtener cobertura para Usted o para Usted y la de cualquier Dependiente que cumpla los requisitos en la fecha de afiliación o antes y Nosotros recibimos el formulario de inscripción dentro de los 30 días de la fecha de afiliación, la Fecha de entrada en vigor de la cobertura será la fecha de afiliación.
3. Si Usted es una Persona Calificada y Nosotros no recibimos Su Solicitud para Cobertura Grupal para Sí mismo o para Usted y la de cualquier Dependiente que cumpla los requisitos dentro de los treinta (30) días de la fecha de afiliación o el Período de Inscripción Especial como se describe a continuación, no lo inscribiremos en este Plan. Usted deberá reunir los requisitos para inscribirse en la cobertura durante el próximo Período de apertura de inscripción.
4. Si Usted es un Suscriptor y Su hijo nace (y Usted tiene cobertura de Suscriptor y Familia o Suscriptor e Hijos), y recibimos el formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días de la fecha de nacimiento, la fecha de nacimiento será la Fecha de entrada en vigor de la cobertura.

E. Determinación Ordenada por un Tribunal

Si un tribunal ordena que un Dependiente debe estar cubierto por el Plan de Beneficios del Empleado, si el Empleado aún no está inscrito, el Empleado debe inscribirse a sí mismo y al Dependiente completando un formulario de inscripción y enviándolo a Nuestra oficina principal dentro de los treinta (30) días posteriores en que el tribunal dictó la determinación. Si el Dependiente se inscribe a tiempo, la cobertura entrará en vigor en la fecha en que el tribunal dictó la determinación.

F. Inscripción especial

1. Inscripción Especial debido a la pérdida de otras Coberturas

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

Si pierde otra cobertura porque no pagó las primas o las cotizaciones requeridas a tiempo o pierde otra cobertura por causa (como por ejemplo, porque presentó Reclamaciones fraudulentas o una tergiversación intencional de los hechos materiales para el plan), Usted no es un Afiliado Especial y no tiene derechos especiales de inscripción.

Si Usted es una Persona Calificada que no está inscrita en este Plan, es posible que se le permita inscribirse como Afiliado Especial si se cumple cada una de las siguientes condiciones:

- a. Usted debe cumplir con los requisitos para recibir cobertura según las condiciones de los términos de este Plan; y
- b. Usted debe haber rechazado la inscripción de cobertura de este Plan de cuando se le ofreció;
- c. Usted perdió la cobertura en un plan que se considera Cobertura Acreditada para propósitos de Portabilidad de HIPAA;
- d. La cobertura de la Persona Calificada descrita anteriormente en el apartado c.:
 - (1) ocurrió bajo una disposición de continuación conforme a la ley COBRA y el período de continuación de la ley COBRA se agotó por uno de los siguientes motivos:
 - (a) el período completo de continuación conforme a la ley COBRA se terminó;
 - (b) el Empleador u otra entidad responsable no pagó las primas requeridas a tiempo;
 - (c) la persona cuya cobertura es a través de una Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) ya no vive o trabaja en el área de servicio de HMO, independientemente de que la persona elija el área de servicio o no, y no hay otra cobertura de COBRA disponible;
 - (d) la persona incurre en una Reclamación que alcanzaría o superaría el límite de por vida de todos los Beneficios y no otra continuación de cobertura bajo la ley COBRA disponible para la persona;
o
 - (2) no estaba acogido a la disposición de continuación de cobertura conforme a la ley COBRA y perdió la otra cobertura de salud debido a:
 - (a) pérdida de las condiciones para recibir la cobertura. La pérdida de los requisitos para obtener la cobertura incluye lo siguiente:
 - i. pérdida de los requisitos para recibir cobertura como resultado de separación legal, divorcio, pérdida del estatus de Dependiente, fallecimiento, finalización del contrato de trabajo o reducción de horas de trabajo;
 - ii. en el caso de la cobertura ofrecida a través de una Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO) en el mercado de seguros médicos individuales, la pérdida de la cobertura se

debió a que la persona ya no vive, reside o trabaja en un área de servicio en la que HMO ofrece servicios, independientemente de que haya sido o no elección de la persona;

- iii. en el caso de la cobertura ofrecida a través de una HMO en el mercado de seguros grupales, pérdida de la cobertura debido a que la persona ya no vive o trabaja en el área de servicio de HMO, independientemente de que la persona elija o no, y no hay otra cobertura médica disponible para la persona; o
- iv. un plan ya no ofrece ningún Beneficio para la clasificación de personas con situaciones similares.

(b) terminación de las contribuciones del Empleador para la otra cobertura.

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

2. Inscripción especial de un hijo dependiente por pérdida de cobertura bajo el Programa de Seguro Médico para niños o un Programa Medicaid

a. Este Plan proporciona un Período de Inscripción Especial para un Empleado o familiares dependientes si:

- (1) están cubiertos por Medicaid o por el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), y pierden dicha cobertura debido a una pérdida de los requisitos necesarios; o
- (2) cumple con los requisitos para la subvención de la prima prevista en el programa CHIP.

Para cumplir con los requisitos, Usted debe solicitar cobertura en este Plan dentro de los sesenta (60) días tras la fecha en que terminó la cobertura con Medicaid o CHIP, o la fecha en que se determinó que el Empleado o el Dependiente pasan a tener derecho a la asistencia para las primas. Debemos recibir Su solicitud de inscripción especial conforme a esta sección dentro del período de 60 días después de la pérdida de cobertura o la fecha en que se determina que el Empleado o Dependiente cumplen con los requisitos. Cuando la inscripción especial conforme con esta sección se hace a tiempo y Nosotros la recibimos a tiempo, la cobertura entrará en vigor en la fecha en que se perdió la cobertura bajo Medicaid o CHIP, o la fecha en que el Empleado o el Dependiente cumple con los requisitos para la subvención de la prima.

b. Un Empleado puede dar de baja a un hijo Dependiente de esta cobertura e inscribirlo en la cobertura de CHIP a partir del primer día de cualquier mes a partir en el que el niño cumpla los requisitos para recibir cobertura de CHIP. Usted nos debe notificar inmediatamente por escrito a Nosotros sobre la cancelación de la inscripción del niño para evitar la continuación de la cobertura de este Plan.

3. Inscripción especial debido a la llegada de un Dependiente

a. Durante un periodo de inscripción especial, los Dependientes de un empleado, jubilado o representante designado participante pueden inscribirse en el plan. Si aún no está afiliado y es un Empleado en activo u representante designado, puede inscribirse junto con los Dependientes si ya ha cumplido cualquier Periodo de Espera para la afiliación pero no se ha inscrito durante un periodo de afiliación anterior. (Si es un jubilado y actualmente Usted no está participando, Usted no tiene estos derechos para agregar Dependientes y no puede inscribirse en el plan).

- b. Una persona se convierte en Dependiente del Empleado con cobertura o que califica, jubilado o representante designado a través de matrimonio, nacimiento, adopción o la entrega en adopción. En el caso del nacimiento, la adopción o entrega en adopción de un niño, el Cónyuge del empleado, jubilado o representante designado puede ser inscrito como Dependiente, si esa persona cumple con los requisitos para recibir cobertura.
- c. Si el Grupo ofrece distintas opciones de plan médico, Usted podría elegir otra opción para Usted mismo y sus Dependientes cuando se aplique el estatus de afiliado especial.
- d. Los Recién Nacidos (ya sean naturales o adoptados) están cubiertos automáticamente durante un período de 30 días, como se describe a continuación. Todo período de cobertura automática opera al mismo tiempo que el Período de Inscripción Especial para poder añadir recién nacidos a este Plan.
- e. El Período de Inscripción Especial descrito en este apartado es de no menos de treinta (30) días y comienza ya sea en la fecha en que la cobertura del Dependiente esté disponible o en la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, lo que sea posterior. Si Usted no solicita la inscripción a tiempo, Nosotros denegaremos Su solicitud y cualquier período de cobertura automática para recién nacidos finalizará.
- f. En caso de un nacimiento, adopción o entrega en adopción, un empleado en activo, podrá inscribirse a sí mismo, a su Cónyuge, al niño recién nacido o adoptado y a otros niños dependientes que cumplen con los requisitos. Usted debe solicitar la inscripción mediante la firma de un formulario de inscripción no más tarde de treinta (30) días a partir de la fecha de nacimiento, la adopción o entrega en adopción. Si Nosotros recibimos el formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días posteriores al evento, la cobertura entrará en vigor en la fecha de nacimiento de un recién nacido natural y en la fecha de adopción o entrega en adopción para un Recién Nacido adoptado. Un Suscriptor puede inscribir a su hijo antes de su nacimiento; sin embargo, la cobertura no entrará en vigor hasta la fecha de nacimiento. La cobertura de los niños adoptados no entrará en vigor en la fecha de nacimiento.

Si Nosotros no recibimos el formulario de inscripción firmado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del nacimiento, adopción o entrega en adopción, cualquier periodo de cobertura automática terminará. Si Nosotros no recibimos el formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días posteriores al evento, pero lo recibimos dentro de los sesenta (60) días posteriores al evento, la cobertura comenzará no más tarde del primer día del mes calendario a partir de que Nosotros recibamos la solicitud de inscripción especial. No habrá cobertura disponible si Usted no firma el formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días posteriores al nacimiento, adopción o entrega en adopción. La cobertura no estará disponible si no recibimos el formulario de inscripción dentro de los sesenta (60) días siguientes al nacimiento, la adopción o la entrega en adopción.

- g. Si Usted es un Empleado actual y se casa, Usted puede inscribirse a Usted mismo y a los nuevos Dependientes que obtenga debido al matrimonio. Usted debe solicitar la inscripción mediante la firma de un formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días posteriores al matrimonio. La cobertura entrará en vigor a partir de la fecha del matrimonio si Nosotros recibimos el formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días posteriores al matrimonio. Si Nosotros no recibimos el formulario de inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, pero lo recibimos dentro de los sesenta (60) días posteriores al matrimonio, la cobertura comenzará no más tarde del primer día del mes calendario a partir de que Nosotros recibamos la solicitud de inscripción especial.

La cobertura no estará disponible si Usted no firma el formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días posteriores al matrimonio. La cobertura no estará disponible si Nosotros no recibimos el formulario de inscripción dentro de los sesenta (60) días posteriores al matrimonio.

4. Período de Cobertura Automática para Recién Nacidos

- a. Si nace un hijo de un suscriptor con cobertura de Suscriptor Único o de Suscriptor y Cónyuge, se aplicará lo siguiente:
 - (1) Su hijo recibirá cobertura automáticamente durante treinta (30) días 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. La cobertura automática para el niño se proveerá a través del plan de la madre, si lo hubiera. Si la madre no tiene un plan, entonces la cobertura automática se proveerá a través del plan del padre, siempre que este Nos haya notificado del nacimiento del niño. La cobertura para el niño continuará vigente después de eso, solo si Nosotros recibimos un *Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado* completo antes de que finalice la cobertura automática, si se pagan las primas requeridas cuando se facturan.

(2) Si Nosotros no recibimos el *Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado* completado dentro de este período, la cobertura para el niño finalizará cuando finalice el período de cobertura automática. Cualquier solicitud posterior para añadir al hijo al Plan deberá realizarse durante el Período de inscripción abierta o en virtud de una disposición especial de inscripción.

b. Si un Suscriptor que tiene una cobertura que incluye hijos Dependientes (ya sea cobertura para *Suscriptor y Familia* o cobertura para *Suscriptor e Hijos*) tiene un hijo, la Fecha de entrada en vigor de la cobertura para dicho niño será la fecha de nacimiento. Usted debe notificarnos dentro de los ciento ochenta (180) días del nacimiento para actualizar Nuestros registros.

5. Período de Cobertura Automática para Recién Nacidos Adoptados.

a. Si Usted tiene una cobertura para *Suscriptor Único* o cobertura para *Suscriptor y Cónyuge*:

Si dentro del plazo de los treinta (30) días posteriores al nacimiento de un niño, este es legalmente entregado en Su hogar para adopción tras un acto de entrega voluntario para entregarle la custodia a Usted o a Su representante legal, la cual se convierte en irrevocable, o está sujeto a una orden judicial que le otorga la custodia a Usted, se aplicará lo siguiente:

(1) El niño será cubierto automáticamente por treinta (30) días a partir de la fecha de entrega legal en Su hogar o de la orden de custodia, o si es un recién nacido enfermo, desde la fecha en que el niño podría haber sido entregado legalmente en el hogar del Suscriptor de no haber estado enfermo, hasta que el niño esté lo suficientemente bien como para ser dado de alta del Hospital o de la Unidad de Atención Especial Neonatal, el período que sea más largo. El niño no estará cubierto desde el nacimiento. La cobertura para el infante continuará vigente después de eso, solo si Nosotros recibimos un *Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado* completo antes de que finalice la cobertura automática, siempre que se pagan las primas requeridas para la cobertura del infante cuando se facturan.

(2) Si no recibimos el *Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado* completado dentro del período de cobertura automática, la cobertura del bebé finalizará cuando termine el período de cobertura automática. Podrá añadir al niño a su plan más adelante durante el Período de inscripción abierta o en virtud de una disposición de inscripción especial.

b. Para Usted que tienen cobertura de *Suscriptor y Familia* o cobertura de *Suscriptor e Hijos*:

Si dentro de los treinta (30) días posteriores al nacimiento de un niño, el Recién Nacido es legalmente entregado en Su hogar para su adopción luego de un acto de entrega voluntario, o si es un recién nacido enfermo, a partir de la fecha en que el niño podría haber sido legalmente entregado en Su hogar si el niño no hubiera estado enfermo, bajo Su custodia o de Su representante legal, la cual se vuelve irrevocable, o está sujeto a una orden judicial que le otorga la custodia a Usted que tiene cobertura que incluye hijos Dependientes, la Fecha de entrada en vigor de la cobertura del Recién Nacido adoptado será la fecha de entrega en Su hogar o la fecha de la orden de custodia. La cobertura del niño no entrará en vigor desde el nacimiento. Debe notificarnos dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha de la entrega en el hogar o de la orden de custodia para que podamos actualizar nuestros registros.

6. Para que los Dependientes se inscriban en este Plan, en todas las circunstancias especiales de inscripción, un Empleado, un jubilado o un representante designado debe estar inscrito.

Artículo 4. BENEFICIOS

A. Categorías de Beneficios

1. **Beneficios de la Red (dentro de la Red):** Beneficios de atención médica cuando Usted acude a un Proveedor de la Red Preferred Care PPO. Cuando Usted recibe atención de un Proveedor de la Red, Usted recibirá el nivel más alto de Beneficios de este Plan.
2. Beneficios que no Pertenecen a la Red (Fuera de la Red): Beneficios para la atención médica recibidos a través de un Proveedor que no tiene un contrato con Nosotros como Proveedor de la red Preferred Care PPO. Los Proveedores Participantes y No Participantes no tienen contrato con Nuestra Red de Proveedores Preferred Care PPO. Cuando un Afiliado recibe atención de un Proveedor que No Pertenece a la Red, el afiliado recibirá el nivel más bajo de Beneficios de este plan.

B. Cantidades de Deducible

1. Sujetos a las Cantidades de Deducible que se muestran en el *Esquema de Beneficios*, a las limitaciones máximas provistas de aquí en adelante, y a otros términos y disposiciones de este Plan, su Plan paga de acuerdo con el coaseguro que se muestra en el Esquema de Beneficios los Cargos permitidos incurridos por los Servicios Cubiertos por un afiliado durante un Período de Beneficio. Los siguientes Deducibles pueden aplicarse a los Beneficios en este Plan.
 - a. **Cantidad de Deducible del Periodo de Beneficios:** Como se muestra en el *Esquema de Beneficios*, el importe total de los cargos por los Servicios Cubiertos que Usted debe pagar durante un Período de Beneficios antes de que Nosotros comencemos a pagar por los Beneficios. Si se muestra en el *Esquema de Beneficios*, se puede aplicar una cantidad de Deducible por separado para ciertos Servicios Cubiertos.
 - b. **Cantidad de Deducible Familiar:** Como se muestra en el Esquema de Beneficios, si Usted está en una clase de cobertura con más de 1 Afiliado, este importe total es el Deducible más alto que Su familia debe pagar antes de que Nosotros comencemos a pagar los Beneficios. Cuando Su familia haya pagado la Cantidad de Deducible Familiar, este Plan comenzará a pagar los Beneficios de todos los integrantes de la familia, aun si todos los integrantes no alcanzaron el Deducible individual por Período de Beneficios. Ningún integrante de familia puede pagar más que el Deducible del Período de Beneficios para satisfacer Su importe total familiar. Solo los Cantidades de Deducible del Período de Beneficios se acumulan en la Cantidad de Deducible Familiar.
 - c. **Cantidad de Deducible por 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 para la Cantidad de Deducible del Período de Beneficios ni para el Deducible Familiar.
2. Cada Deducible descritos en el *Esquema de Beneficios* puede tener importes diferentes para dentro y fuera de la red.
3. Nosotros aplicaremos Sus Reclamaciones al Deducible en el orden en que Nosotros recibimos y procesamos las Reclamaciones. Es posible que un Proveedor le cobre a Usted el Deducible y luego, cuando Usted reciba los Servicios Cubiertos de otro Proveedor, ese Proveedor también le cobre a Usted el Deducible. Esto generalmente se produce cuando Nosotros no hemos recibido ni procesado Sus Reclamaciones. Nuestro sistema solo mostrará la Cantidad de deducible aplicada a las Reclamaciones que Nosotros hayamos procesado. Por lo tanto, es posible que Usted deba pagar el importe del Deducible hasta que se presenten y procesen Sus Reclamaciones, justificando que Usted ha alcanzado el importe de Deducible. Si Usted paga más que Su Deducible, Usted tiene derecho a recibir un reembolso del Proveedor que Usted pagó en exceso.
4. Si Nosotros pagamos a un Proveedor los importes que Usted es responsable, como Copagos, cantidades de Deducible o Coaseguros, Nosotros podemos cobrarle directamente esos importes a Usted. Usted acepta que Nosotros tenemos derecho a cobrarle esos pagos a Usted.

C. Coaseguro

Si el Esquema de Beneficios muestra un Coaseguro para un Servicio Cubierto, primero debe pagar cualquier Deducible antes de que Nosotros apliquemos el porcentaje Coaseguro. Después de que Usted haya pagado cualquier Cantidad de Deducible, y sujeto a las limitaciones máximas y otros términos y disposiciones de este Plan, Nosotros pagaremos los Beneficios de los Coaseguros de los Cargos Permitidos por Servicios Cubiertos. Nuestro pago real a un Proveedor o pago a Usted cumple con Nuestra obligación de pagar Beneficios bajo este Plan.

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 de las consultas, si corresponde, serán los que se muestran en el Esquema de Beneficios.

Si corresponde, el copago de la consulta médica puede reducirse cuando los servicios son prestados por un Proveedor Quality Blue. Los Proveedores Quality Blue incluyen a cualquier Proveedor que haya firmado un contrato para participar en el programa Quality Blue.

1. Ejemplos de Servicios Cubiertos realizados en el consultorio Médico que están sujetos a Copagos son:
 - a. Consultas médicas;
 - b. Procedimientos quirúrgicos;
 - c. Inyecciones, suero para alergias y viales de medicamentos para alergia;
 - d. Diálisis;
 - e. Quimioterapia; y
 - f. Terapia de infusión intravenosa; y
 - g. 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 consulta médica.
 - a. Terapia de radiación;
 - b. Imágenes de baja tecnología; y
 - c. Pruebas de laboratorio.
3. Los Copagos no se aplican a todos los suministros o servicios prestados en el consultorio. A continuación se enumeran ejemplos de servicios prestados en un consultorio que están sujetos a una Cantidad de Deducible y de Coaseguro correspondiente:
 - a. pruebas de alergia;
 - b. Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia del Habla;
 - c. Medicamentos con receta proporcionados en el consultorio de un Proveedor;
 - d. Suministros médicos y quirúrgicos; o
 - e. Servicios de diagnóstico por imágenes.

E. Cantidad de Desembolso

1. Después de que Usted haya alcanzado el importe de Desembolso que se muestra en el *Esquema de Beneficios*, pagaremos el cien por ciento (100 %) de los Cargos Permitidos por Servicios Cubiertos durante el resto del Período de Beneficios.
2. Los siguientes importes se acumulan en la Cantidad de Desembolso de este Plan:
 - a. Cantidades de Deducible;
 - b. Coaseguros; y
 - c. Copagos.
3. Los siguientes no se acumulan en la Cantidad de Desembolso de este Plan:
 - 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. Los Beneficios por servicios de un Proveedor de la Red que se acumulan a la Cantidad de Desembolso para Proveedores de la Red no se acumularán a la Cantidad de Desembolso para Proveedores de Fuera de la Red. Los Beneficios por servicios de Proveedores Fuera de la Red que se acumulan a la Cantidad de Desembolso para Proveedores Fuera de la Red no se acumularan a la Cantidad de Desembolso para Proveedores de la Red.

F. Transferencias de Acumuladores

Las necesidades de los Afiliados a veces requieren que se realicen transferencias de una póliza a otra. Los tipos de transferencia incluyen, transferirse del plan de un Empleador a otro, de una póliza Grupal a una póliza individual, de una póliza individual a una póliza Grupal o de una póliza Nuestra a una póliza de HMO Louisiana, Inc. El tipo de transferencia determina si Sus acumuladores se transfieren de la póliza anterior a la nueva póliza. Los acumuladores incluyen cantidades de Deducible, Cantidades de Desembolso y Límites Máximos del Período de Beneficios.

Artículo 5. BENEFICIOS HOSPITALARIOS

Debemos autorizar todas las admisiones (incluidas las electivas o no, las de urgencias, las de atención del embarazo, las de salud mental y las de trastornos por consumo de sustancias), tal y como se indica en el artículo de Administración de la Atención y en el Esquema de Beneficios.

Además, a intervalos regulares durante la estancia como Paciente Hospitalizado, Realizaremos una Revisión Concurrente para determinar si la continuación de la hospitalización y el nivel de atención son adecuados. Usted debe pagar cualquier Deducible, Copago y Coaseguro que aparezcan en el *Esquema de Beneficios*.

Si Usted recibe servicios de un Médico en una clínica Hospitalaria, el Médico, la clínica y el centro pueden cobrarle a Usted.

Este Plan cubre los siguientes servicios cuando Usted va a un Hospital:

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 un Afiliado enfermo de gravedad que requiera un nivel de cuidado intensivo.

3. En un Centro o Unidad de Enfermería Especializada o mientras recibe servicios de enfermería especializada en un Hospital u otro centro que Nosotros aprobemos.
4. En un Centro de Tratamiento Residencial para Afiliados con Beneficios de Salud Mental y por trastornos por consumo de sustancias tóxicas.

B. Otros servicios hospitalarios (Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios)

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

C. Evaluación previa a la Admisión

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

Artículo 6. BENEFICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Su Plan paga los siguientes servicios médicos y quirúrgicos, pero pueden requerir Nuestra Autorización. Consulte el *Esquema de Beneficios* para ver qué servicios requieren Autorización. Usted debe pagar cualquier Deducible, Copago y Coaseguro que aparecen en el *Esquema de Beneficios*.

A. Servicios Quirúrgicos

1. Operación
 - a. El Cargo Permitido por Operación para Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios incluye todas las consultas médicas preoperatorias y posoperatorias. Nosotros definimos el período pre y posoperatoria. Es ese período de tiempo que es apropiado como atención de rutina para el procedimiento quirúrgico particular.
 - b. Cuando se lleva a cabo en el consultorio del Médico, el Cargo Permitido para la Operación incluye la consulta médica. No se permiten otros Beneficios para los cargos por consulta médica 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, pagaremos los Beneficios de la siguiente manera:
 - a. Servicio Primario
 - (1) Nosotros determinaremos el servicio primario o principal.
 - (2) Basaremos los Beneficios para el servicio primario en el Cargo Permitido.

b. Servicio Secundario

El servicio secundario es un servicio realizado además del servicio primario, según sea determinado por Nosotros. Nosotros basaremos el Cargo Permitido para cualquier procedimiento secundario en un porcentaje del Cargo Permitido que podría aplicarse si el procedimiento 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, este Plan no cubrirá ningún procedimiento secundario.

d. Servicios desagregados

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

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

e. Servicio Mutuamente Excluyentes

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

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

3. Asistente de Cirujano

Un asistente de cirujano es un médico, un asistente médico licenciado un primer auxiliar de enfermería registrado y certificado (CRNFA), 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. El Plan cubre los servicios de anestesia general cuando los solicite el Médico que opera y los presten un enfermero certificado y registrado como anestesista (CRNA, por sus siglas en inglés) o un Médico, que no sea el Médico que opera o el asistente de cirujano, para servicios quirúrgicos cubiertos. Su Plan también cubre otras formas de servicios de anestesia que Nosotros definimos y aprobamos. 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. A menos que determinemos lo contrario, Su Plan cubrirá los procedimientos de anestesia o sedación que realice el Médico que opera, el cirujano asistente, o un enfermero registrado de práctica avanzada, se cubrirán como parte del procedimiento quirúrgico o de diagnóstico.

- c. Para determinar los Beneficios de anestesia, Nosotros aplicaremos el Coaseguro al Cargo Permitido, tomando como base el procedimiento quirúrgico primario que se realice. Su Plan paga por el anestesiólogo o el CRNA que proporcione el servicio. Cuando un anestesista dirija o supervise médicamente al CRNA, Nosotros podemos dividir el pago entre la dirección o supervisión médica y la administración de la anestesia, cuando se facturen por separado.

5. Segunda Opinión Quirúrgica

Su Plan cubre consultas y Servicios de Diagnóstico directamente relacionados para confirmar la necesidad de Operación electiva. La Consulta para la segunda o tercera opinión no debe ser con el Médico que recomendó la Operación electiva por primera vez. No es obligatoria una segunda o tercera opinión para poder obtener los Beneficios.

B. Servicios Médicos para Pacientes Hospitalizados

Los Servicios Médicos para Pacientes Hospitalizados que están sujetos a las disposiciones de las secciones de Operaciones y Atención del embarazo, los Servicios Médicos para Pacientes Hospitalizados incluyen:

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

C. Servicios Médicos y Quirúrgicos para Pacientes Ambulatorios

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

Artículo 7. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

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

- A. 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 Medicamente Necesarios. Ciertos Medicamentos con Receta podrían estar sujetos a la Terapia Escalonada o requerir Autorización previa, según figura en el Esquema de Beneficios.
- B. Algunas farmacias han contratado con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia para aceptar una cantidad negociada como pago total de los Medicamentos con Receta cubiertos que dispensan. Estas farmacias son Farmacias Participantes. Los Beneficios se basan en el Cargo Permitido que Nosotros determinemos. El Cargo Permitido para los Medicamentos de Venta con Receta cubiertos adquiridos en Farmacias Participantes se basa en el importe que pagamos a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia. Usamos el importe que Nosotros pagamos a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia como base para determinar Nuestros pagos por los Medicamentos con receta cubiertos del Afiliado y el importe que el Afiliado debe pagar por los Medicamentos con receta cubiertos.

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

- C. El Afiliado debe presentar la tarjeta de identificación al farmacéutico cuando adquiere Medicamentos con Receta cubiertos en una Farmacia Participante. El Deducible de Medicamentos con Receta, si aparece en el Esquema de Beneficios, se debe haber cumplido antes de que se aplique cualquier Copago o Coaseguro. Si el Afiliado no ha alcanzado su Deducible de Medicamentos con Receta, la Farmacia Participante puede cobrar el cien por ciento (100 %) de los costos rebajados del medicamento en el punto de venta. Si el Afiliado ha alcanzado su Deducible de Medicamento con Receta, pagará la Cantidad de Copago o Coaseguro que figure en el Esquema de Beneficios. La Farmacia Participante presentará de forma electrónica la reclamación del Afiliado.

D. Formulario de Medicamentos con Receta

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

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

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

1. Formulario Abierto de Medicamentos con Receta

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

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

a. Formulario Abierto - (Cuatro Niveles)

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

- (a) Nivel 1: Medicamentos de Menor Costo Mayormente Medicamentos Genéricos, aunque algunos Medicamentos de Marca pueden caer en esta categoría.
- (b) **Nivel 2:** Medicamentos de Marca Preferidos Medicamentos de Marca
- (c) Nivel 3 Medicamento de Marca No Preferido o Genérico: Mayormente Medicamentos de Marca que pueden tener una alternativa terapéutica que está en el Nivel 1 o Nivel 2, aunque algunos Medicamentos Genéricos pueden entrar en esta categoría. Los medicamentos compuestos cubiertos se incluyen en este nivel.
- (d) **Nivel 4:** Medicamentos Especializados: Medicamentos de Marca de alto costo que se identifican como Medicamentos Especializados.

b. Formulario abierto - (Dos niveles)

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

- (a) Nivel 1: Medicamentos Genéricos
- (b) Nivel 2: Medicamentos de Marca

c. Formulario Abierto (Cinco Niveles)

- (1) El Deducible de Medicamentos con Receta, si aparece en el Esquema de Beneficios, se debe haber cumplido antes de que se aplique cualquier Copago o Coaseguro. Es posible que el Afiliado deba pagar un Copago o Coaseguro diferente por los distintos niveles de medicamentos. Es posible que el Afiliado deba pagar un Copago o Coaseguro diferente, dependiendo de si se adquieren los Medicamentos con Receta en una tienda o por correo. Los Medicamentos con Receta deben estar sujetos a límites de cantidad.
- (2) Los Copagos o Coaseguros por Medicamentos con Receta se basan en las siguientes clasificaciones de niveles como se muestran en el Esquema de Beneficios. La asignación del nivel se basa en Nuestra evaluación de la eficiencia clínica, la seguridad, el costo y los factores farmacoeconómicos de un medicamento específico. Puede llamar al servicio de atención al cliente o consultar nuestra página web es.bcbsla.com/pharmacy para identificar el nivel en que está clasificado Su Medicamento con Receta.
 - (a) **Nivel a:** Principalmente Medicamentos Genéricos, aunque algunos Medicamentos de Marca pueden caer en esta categoría.
 - (b) **Nivel 2:** Medicamentos de Marca.
 - (c) **Nivel 3:** Medicamentos de Marca o Medicamentos Genéricos que pueden tener una alternativa terapéutica como medicamento de Nivel 1 o Nivel 2. Los medicamentos compuestos cubiertos se incluyen en este nivel.
 - (d) **Nivel 4:** Medicamentos de Marca de Múltiples Fuentes.
 - (e) **Nivel 5:** Medicamentos inyectables que son diseñados para ser administrados por uno mismo. La insulina puede estar incluida en otro nivel.

2. Formulario cerrado de medicamentos con receta

Un formulario cerrado significa que ciertos Medicamentos de Marca, Medicamentos Genéricos y Medicamentos Especializados están cubiertos cuando aparecen en el formulario. No se cubren los

medicamentos que no aparecen en el formulario cerrado, también conocidos como medicamentos fuera del formulario.

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

a. Formulario Cerrado - (Cuatro Niveles)

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

b. Formulario Cerrado (Dos Niveles)

- (1) Después de que se ha alcanzado la Cantidad de deducible, a los Beneficios por Medicamentos con receta adquiridos en la farmacia o por correo se les administrarán los de Coaseguro correspondientes como figura 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 evaluación de medicamentos, Usted recibirá cobertura para el medicamento que no está en el Formulario de Medicamentos con Receta al costo compartido de Medicamentos Genéricos o Medicamentos de Marca que aplique.
 - (a) Nivel 1: Medicamentos Genéricos
 - (b) Nivel 2: Medicamentos de Marca

c. Formulario Cerrado - (Tres Niveles)

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

E. Programa de Administración de Utilización de Medicamentos

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

1. **Autorización Previa:** Como parte de Nuestro programa de Administración de Utilización de Medicamentos, los Afiliados o Médicos deben solicitar y recibir Autorización previa para ciertos Medicamentos con receta y suministros para poder acceder a los Beneficios de Medicamentos con receta. El Esquema de Beneficios contiene una lista de categorías de Medicamentos con Receta que requieren Autorización previa. Sin embargo, esta lista puede cambiar cada cierto tiempo. La lista de categorías de Medicamentos con Receta que requieren Autorización previa se encuentra disponible en Nuestra página web en es.bcbsla.com/pharmacy o en el 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 a fin de obtener la Autorización. Si no se obtiene una Autorización, se pueden denegar los Beneficios si posteriormente se determina que el Medicamento con Receta no es Medicamento Necesario.
2. **Controles de Seguridad:** Antes de que se despache la receta del Afiliado, Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia o Nosotros realizaremos controles de calidad y seguridad para precauciones de uso, duplicación de medicamentos y frecuencia de renovación (por ejemplo renovar antes de que se agote el setenta y cinco por ciento [75 %] del suministro despachado).
3. **Límite de Cantidad por Despacho o Gasto Cubierto:** Los Medicamentos con receta que seleccionemos se encuentran sujetos a límites de cantidad por suministro diario, por cada vez que se dispensa o cualquier combinación de estos. El Límite de Cantidad por Despacho o el Gasto Cubierto se basa en lo siguiente: a) la dosis recomendada por el fabricante y la duración de la terapia; (b) uso común para el tratamiento episódico o intermitente; (c) recomendaciones o estudios clínicos aprobados por la FDA; o (d) según Nosotros lo determinemos.

4. **Terapia Escalonada:** Ciertos medicamentos y tipos de medicamentos están sujetos a Terapia Escalonada. En algunos casos, es posible que le solicitemos al Afiliado que primero pruebe uno o más Medicamentos con Receta para tratar una afección médica antes de que cubramos otro Medicamento con Receta para esa afección. Por ejemplo, si el Medicamento A como el Medicamento B tratan la afección médica del Afiliado, es posible que solicitemos al Médico del Afiliado que recete el medicamento A en primer lugar. Si el medicamento A no funciona para el Afiliado, 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 avanzado y metastásico en etapa cuatro o 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 en un plazo de setenta y dos horas, a menos que existan circunstancias apremiantes, en cuyo caso responderemos a la solicitud dentro de las veinticuatro horas.

Si no tomamos la determinación a tiempo, la solicitud de anulación se considera aprobada.

c. Si se deniega una solicitud de Anulación de Terapia Escalonada, se puede presentar una Apelación.

F. Algunos suministros para diabéticos, incluidos, entre otros los medidores continuos de glucosa necesarios y los materiales que los acompañan, las jeringas de insulina y las tiras reactivas están cubiertos por el Beneficio de medicamentos con receta.

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

H. Los Medicamentos con Receta adquiridos fuera de los Estados Unidos deben ser equivalentes a los medicamentos que, de acuerdo con la ley Federal de los Estados Unidos, requieren una receta. Para los Medicamentos con Receta cubiertos y suministros comprados fuera de los Estados Unidos, el Afiliado debe presentar las Reclamaciones en Nuestro formulario de reclamaciones de Medicamentos con Receta. Para obtener información sobre cómo presentar Reclamaciones por compras de Medicamentos con Receta en el extranjero, el Afiliado debe ponerse en contacto con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación.

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

J. Los descuentos o reembolsos que recibimos de los fabricantes de medicamentos sobre el costo de los medicamentos adquiridos en este Plan se utilizan para equilibrar las tarifas. Usted puede estar sujeto a una carga excesiva de costos para el consumidor cuando se compran Medicamentos con Receta Cubiertos bajo este Plan de Beneficios. (La. R.S. 22.976.)

Artículo 8. ATENCIÓN PREVENTIVA O DE BIENESTAR

Los siguientes servicios de Atención Médica de Prevención o del Bienestar están a disposición de los Afiliados. Si un Afiliado recibe servicios cubiertos de Atención Preventiva o del Bienestar de un Proveedor de la Red, los Beneficios se pagarán a un 100 % del Cargo Permitido a menos que se especifique lo contrario a continuación. Si un Afiliado recibe servicios cubiertos de Atención Médica de Prevención o del Bienestar de un Proveedor de fuera de la Red, los

Beneficios estarán sujetos a los Copagos (si corresponde) y Coaseguro que se muestran en el Esquema de Beneficios. La Cantidad de Deducible no se aplicará a los Servicios Cubiertos recibidos para la Atención Preventiva o de Bienestar. Los servicios de Atención Preventiva o del Bienestar pueden estar sujetos a otras limitaciones que figuran en el Esquema de Beneficios

A. Exámenes de Rutina de la Mujer

1. Las consultas anuales de rutina a un ginecólogo u obstetra. Las consultas adicionales que Su ginecólogo u obstetra recomiende pueden estar sujetas a la Cantidad de Deducible, Copago o Coaseguro que figuran en el Esquema de Beneficios, a menos que sean servicios preventivos.
2. Una (1) prueba de Papanicolaou de rutina por Período de Beneficios.
3. Este Plan cubre todas las mamografías convencionales, mamografías en 3-D (tomosíntesis digital de seno) y ecografías del seno sin costo alguno para Usted cuando acude a un Proveedor de la Red. Si Usted acude a un Proveedor que No Pertenece a la Red, Usted pagará el Coaseguro para las mamografías como se muestra 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. Cualquier resonancia magnética que no esté cubierta por este beneficio de atención médica de prevención o del bienestar, podrán estar cubiertas por los beneficios estándar para los 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 in inglés), y cardiología nuclear no están cubiertos por este Beneficio de Atención Medica de Prevención o del Bienestar. Su Plan cubre estos servicios de Imágenes de Alta Tecnología bajo los Beneficios estándar del Plan cuando las pruebas son Médicamente Necesarias.

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

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 cubiertas por el Beneficio de Atención Preventiva o de Atención de Bienestar, no tendrán costo para Usted cuando acuda a una Farmacia de la Red. Las pruebas de rutina para la detección de cáncer colorrectal no se refieren a servicios que de otra manera estarían excluidos de los Beneficios; porque Nosotros consideramos que los servicios son de Investigación. El Plan cubre la preparación para la colonoscopia y los suministros de marca, sin costo para Usted, solo cuando Su Médico le receta preparación para la colonoscopia y los suministros de marca porque Usted no puede tolerar la preparación para la colonoscopia y suministros genéricos seleccionados.

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

C. Vacunas

No se aplica el Deducible del Período de Beneficios para las inmunizaciones.

1. Todas las inmunizaciones exigidas por el estado, incluida la serie completa de inmunización básica, según lo definido por el funcionario de salud del estado y que se requieren para la entrada a la escuela para niños de hasta seis (6) años de edad .
2. Vacunas recomendadas por Su Médico.

D. 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. Para obtener una copia de Nuestro folleto de Servicios de Atención Preventiva, visite: es.bcbsla.com/preventive.

La lista de servicios cubiertos cambia cada cierto tiempo. Para verificar la lista actual de los servicios recomendados de Atención Preventiva o de Bienestar exigida por la PPACA, visite el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en: <https://www.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.

E. Servicios de COVID-19

Las pruebas de diagnóstico aprobadas, las pruebas de anticuerpos y los medicamentos antivirales que solicita el Médico del Afiliado con el fin de tomar decisiones clínicas o tratarlo si se sospecha que tiene COVID-19 están cubiertos por este Plan. Cuando un Afiliado recibe estos servicios de un Proveedor de dentro de la Red o que No Pertenece a la Red, los beneficios estarán cubiertos, hasta el límite permitido por la Red, sin costo alguno cuando

así lo exige la legislación vigente. Los Proveedores que No Pertenecen a la Red pueden cobrar a los Afiliados la factura completa de los costos. Las cantidades facturadas no se aplican al Desembolso. Cuando la ley vigente no exija que estos servicios se cubran sin costo alguno, estarán sujetos a los Beneficios del plan, incluidas los importes de Deducibles y Coaseguro correspondientes, como se indica en el Esquema de Beneficios para Proveedores de dentro de la Red o que no pertenecen a la Red.

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

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.

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

Este Plan cubre nuevos servicios en la fecha requerida por la ley para esa cobertura.

Artículo 9. BENEFICIOS DE SALUD MENTAL

- A. Su Plan paga el tratamiento de Salud Mental. Un Doctor en Medicina, un Doctor en Osteopatía o un Profesional de la Salud Asociado deben tratarle. La cobertura para el tratamiento de la Salud Mental no incluye 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.
- B. La primera visita de seguimiento después de ser dado de alta de un centro para Pacientes Hospitalizados para el tratamiento del trastorno Mental o para el tratamiento de trastorno por consumo de sustancias tóxicas, está disponible sin costo para el Afiliado cuando se realiza dentro de los (7) días posteriores al alta por un Proveedor de la Red, aprobado por Nosotros como proveedor de salud del comportamiento. Se pagarán consultas adicionales sujetas a los Beneficios del plan.

Artículo 10. BENEFICIOS DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS

- A. Su Plan paga el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias tóxicas. Un Doctor en Medicina, un Doctor en Osteopatía o un Profesional de la Salud Asociado deben tratarle. Su Plan solo cubrirá servicios para tratar el alcoholismo, la drogodependencia y el consumo de sustancias tóxicas, y la dependencia fisiológica o psicológica que resulta del uso continuo.
- B. La primera visita de seguimiento después de ser dado de alta de un centro para Pacientes Hospitalizados para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias tóxicas, está disponible sin costo para el Afiliado cuando se realiza dentro de los (7) días posteriores al alta por un Proveedor de la Red, aprobado por Nosotros como proveedor de salud del comportamiento. Se pagarán consultas adicionales sujetas a los Beneficios del plan.

Artículo 11. BENEFICIOS DE CIRUGÍA BUCAL

Usted recibe el nivel más alto de beneficios cuando acude a proveedores de la red Preferred Care PPO, de la red United Concordia Dental Advantage Plus o de nuestra red dental.

Para una copia del directorio, visite es.bcbsla.com o llame al número de Servicio de Atención al Cliente que figura en la tarjeta de identificación.

A. Esta Póliza solo cubre los siguientes servicios o procedimientos

1. Escisión de tumores o quistes (no incluye quistes odontogénicos) de mandíbulas, encías, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca.
2. Extracción de dientes retenidos.
3. Atención y Tratamiento Dental que incluyen la Cirugía y los aparatos dentales requeridos para corregir Lesiones Accidentales de mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar o base de la boca y de los dientes naturales sanos. (Para 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 oral.
8. Anestesia para los servicios o procedimientos mencionados anteriormente cuando los proporciona 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.
10. Los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos relacionados con el Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) y las afecciones musculares y neurológicas asociadas. Los servicios pueden requerir Autorización Previa, como se muestra en Su Esquema de Beneficios.

B. Beneficios para Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello

Cuando se requiera específicamente para restablecer las funciones corporales de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, su Plan pagará los servicios dentales que de otro modo no están cubiertos. 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.

Artículo 12. BENEFICIOS DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y MÉDULA ÓSEA

Se requiere Nuestra autorización para evaluar si Usted es compatible para los procedimientos y trasplantes de todos los órganos sólidos y de la médula ósea. Para los fines de cobertura bajo este Plan, todos los procedimientos autólogos se consideran trasplantes.

Su Plan no cubrirá trasplantes de órganos sólidos y médula ósea a menos que Usted reciba primero una Autorización por escrito de Nuestra parte. Usted o su Proveedor debe notificarnos sobre el procedimiento de trasplante propuesto antes de la Admisión y debe presentarnos una solicitud de Autorización por escrito. Debemos recibir suficiente información para verificar la cobertura, decidir si la Necesidad Médica está documentada y aprobar el Hospital en el que se realizará el procedimiento de trasplante. Le enviaremos una Autorización por escrito a Usted y a Sus Proveedores.

A. Gastos de adquisición

Si Usted recibe un órgano sólido, tejido o médula ósea de un donante vivo para un trasplante cubierto, Su Plan cubre los gastos médicos del donante como costos de adquisición para el receptor.

Si algún órgano, tejido o médula ósea se vende en lugar de ser donado a Usted, Su Plan no cubre el precio de compra.

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, por sus siglas en inglés) para el trasplante u órgano específico o por un centro autorizado de un Proveedor Preferido de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, a menos que Nosotros 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 Afiliados deben comunicarse con Nuestro departamento de atención al cliente al número que aparece en la tarjeta de identificación.
2. Los Beneficios de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Médula Ósea se muestran en el Esquema de Beneficios y no están cubiertos en la categoría de Beneficios que No Pertenecen a la Red. Los Beneficios se ofrecen solo para los servicios de la Red.
3. Su Plan cubre medicamentos inmunosupresores recetados para procedimientos de trasplante.
4. Como se especifica en esta sección, Su Plan cubre el tratamiento y la atención que resulten y estén directamente relacionados con los procedimientos de trasplante que se indican a continuación:

a. Trasplantes de Órganos Humanos Sólidos del:

- (1) hígado;
- (2) corazón;
- (3) pulmón;
- (4) riñón;
- (5) páncreas;
- (6) intestino delgado; y
- (7) otros procedimientos de trasplante de órganos sólidos, según Nosotros lo decidamos, 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. Evaluaremos estos trasplantes de órganos sólidos caso por caso.

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

Su Plan cubre trasplantes de tejido (que no sean de médula ósea) según los Beneficios regulares. No requieren Autorización previa. Pero, si se requiere una Admisión hospitalaria, está sujeta al Artículo de Administración de la Atención.

Su Plan cubre los siguientes trasplantes de tejido:

- (1) transfusiones de sangre;
- (2) trasplantes paratiroideos autólogos;
- (3) trasplantes de córnea;

- (4) injertos de cartílago y hueso;
- (5) injerto de piel;
- (6) Trasplantes autólogos de células de los islotes; y
- (7) Otros procedimientos de trasplante de tejidos, según Nosotros decidamos, 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. Evaluaremos estos trasplantes de tejido caso por caso.

c. Trasplantes de Médula Ósea

- (1) Su Plan cubre los trasplantes de médula ósea alogénicos, autólogos y singénicos, que incluyen los trasplantes en tándem, minitrasplantes (transplant lite, en inglés) y las infusiones intravenosas de linfocitos del donante.
- (2) Otros procedimientos de trasplante de médula ósea que Nosotros decidimos 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. Evaluaremos estos procedimientos de trasplantes de médula ósea caso por caso.

Artículo 13. BENEFICIOS DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL RECIÉN NACIDO

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

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

Contamos con varios programas de maternidad disponibles para ayudar a las Afiliados embarazadas a dar a luz bebés saludables. Tan pronto 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.

Un Afiliado debe pagar todos los Copagos, Deducibles y Coaseguros que correspondan que figuran en el Esquema de Beneficios.

A. Beneficios de Atención del Embarazo

1. Servicios Médicos y Quirúrgicos
 - a. Consulta médica inicial y las consultas durante el embarazo
 - b. Servicios de Diagnóstico
 - c. Parto, incluyendo la atención prenatal y posparto necesaria
 - d. Aborto Médicamente Necesario requerido para salvar la vida de la madre.
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 en este Plan de Beneficios 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 están cubiertos.
2. Los 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 parto prematuro, parto posmaduro o una afección congénita de un Recién Nacido están cubiertos. 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 en este Plan de Beneficios es el padre.

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

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

Además, según la ley federal, los planes y las aseguradoras no pueden aplicar Importes de Copago, Deducible o Coaseguros mayores para cualquier periodo posterior de la estancia de 48 o 96 horas que para cualquier periodo anterior de la estancia.

Además, conforme a la ley federal, un plan o emisor no podrán solicitar que un médico u otro Proveedor de atención médica obtengan Autorización para solicitar una estancia de hasta 48 horas o 96 horas. Sin embargo, para utilizar ciertos Proveedores o centros, o para reducir su costo compartido, es posible que deba obtener una Autorización previa. Para obtener información sobre la Autorización previa, comuníquese con Nuestro departamento de Atención al Cliente al número que aparece en la tarjeta de Identificación.

Artículo 14. BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN

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

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

Los Programas Diurnos de Rehabilitación para la Atención de Rehabilitación pueden ser Autorizados en lugar de las estancias como Pacientes hospitalizados para la rehabilitación. Los Programas Diurnos de Rehabilitación deben ser

Autorizados antes de iniciar el programa y deben comenzar dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes al alta de un Ingreso Hospitalario por la misma afección o una similar, a menos que Nosotros aprobemos lo contrario.

A. Terapia Ocupacional

1. Su Plan cubre los servicios de Terapia Ocupacional cuando son realizados por un Proveedor con licencia y que ejerce dentro del alcance de esa licencia, incluyendo, 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. Antes de que Usted reciba los servicios, la Terapia Ocupacional debe ser referida u ordenada por un Médico, un enfermero registrado de práctica avanzada, un dentista, podólogo u optometrista.
3. Los servicios relacionados con la prevención, el bienestar y la educación para la Terapia Ocupacional no requerirán un referido.

B. Fisioterapia

1. Su Plan cubre los servicios de Fisioterapia cuando son realizados por un fisioterapeuta con licencia que ejerza dentro del alcance de esa licencia.
2. Un fisioterapeuta con licencia puede realizar una evaluación o Consulta inicial de detección para determinar la necesidad de Fisioterapia.
3. Antes de que Usted reciba los servicios, la Fisioterapia debe ser referida u ordenada por un Médico, dentista, podólogo o quiropráctico. Sin embargo, la Fisioterapia figura como un servicio Cubierto, Usted puede recibirla sin la receta o referido de un Médico, dentista, podólogo o quiropráctico cuando se realiza bajo las siguientes circunstancias:
 - a. A los niños con una discapacidad del desarrollo diagnosticada conforme a Su plan de atención.
 - b. Como parte de una agencia de Atención Médica a Domicilio conforme a Su plan de atención.
 - c. A un paciente en un hogar para ancianos conforme a Su plan de atención.
 - d. Relacionado con el acondicionamiento o para proporcionar educación o actividades en un entorno de bienestar para prevenir lesiones, reducir el estrés o promover el acondicionamiento físico.
 - e. A una persona para una afección o afecciones previamente diagnosticadas para las cuales los servicios de Fisioterapia son adecuados, luego de informar al Proveedor que la diagnosticó. El diagnóstico se debe haber realizado dentro de los noventa (90) días anteriores. Dentro de los primeros 15 días de la intervención de Fisioterapia, el fisioterapeuta debe proporcionar al Proveedor que diagnosticó la afección un plan de atención para los servicios de Fisioterapia.

C. Terapia de Patología del Habla y Lenguaje

1. Su Plan cubre los servicios de Terapia de Patología del Habla y Lenguaje cuando los presta un Proveedor con licencia para ejercer en el estado donde se presten los servicios y que practica dentro del alcance de esa licencia, incluido un patólogo del habla o un audiólogo.
2. La terapia debe utilizarse para mejorar o recuperar el habla y el lenguaje o la función de deglución.
3. Antes de recibir la Terapia de Patología del Habla y Lenguaje, un Médico debe recetar los servicios.

D. Servicios Quiroprácticos

1. Su Plan cubre los Servicios Quiroprácticos cuando son realizados por un quiropráctico con licencia y ejerce dentro del alcance de esa licencia.

2. Un quiropráctico licenciado puede realizar recomendaciones respecto de la higiene personal y las prácticas nutricionales adecuadas para la rehabilitación de un paciente y puede solicitar los exámenes de diagnóstico para determinar las afecciones asociadas con la integridad funcional de la columna vertebral.

Artículo 15. OTROS SERVICIOS, SUMINISTROS O EQUIPOS CUBIERTOS

Este Plan incluye los siguientes Beneficios, sujetos a otras limitaciones que se muestran en el *Esquema de Beneficios*.

A. Beneficios de Lesiones Accidentales (si figuran en el Esquema de Beneficios)

Si Usted incurre gastos médicos por tratamiento o servicios como resultado directo de una lesión corporal traumática sufrida solo por accidente, pagaremos el 100 % del Cargo Permitido por dichos gastos médicos hasta el importe máximo por accidente como se muestra en el *Esquema de Beneficios*. Después de que Nosotros hayamos pagado el máximo, se aplicará el Deducible del Período de Beneficios y le pagaremos los Beneficios regulares.

Este Plan no paga los Beneficios bajo esta sección de Beneficios por Lesión Accidental por servicios o suministros brindados por servicios o suministros provistos bajo otras secciones de este Plan.

B. Beneficios de la acupuntura

Su Plan cubre la acupuntura cuando los servicios son Médicamente Necesarios. Los beneficios se limitan a doce (12) visitas por Período de Beneficio. Todas las demás visitas de acupuntura posteriores no están cubiertas.

C. 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 solo como se especifica a continuación:

- (1) para los Afiliados, al Hospital más cercano capaz de proveer los servicios adecuados para Su afección por 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;
- (3) Para la Madre Médicamente Discapacitada de Forma Temporal de un Recién nacido enfermo cuando acompañe al Recién Nacido enfermo al hospital más cercano o a la Unidad de Atención Especial neonatal, cuando el Médico que trata a la madre recomienda su necesidad de recibir Servicio de Ambulancia profesional.

b. Traslado que No es de Emergencia

Los Beneficios de los Servicios de Ambulancia están disponibles para el transporte local de los Afiliados por afecciones médicas que no presentan una Emergencia para obtener los servicios Médicamente Necesarios para Pacientes Hospitalizados o Ambulatorios cuando Usted está en cama o Su afección requiere que no utilice cualquier otro método de transporte. Los Beneficios para el Traslado que no es de Emergencia solo están disponibles hacia o desde el centro u Hospital más cercano, capaz de proveer los servicios Médicamente Necesarios.

Para ser considerado *confinado a una cama*, Usted debe ser incapaz de poder optar a un transporte que no sea de Emergencia:

- (1) levantarse de la cama sin asistencia; y

- (2) caminar o moverse libremente; y
 - (3) sentarse en una silla o en una silla de ruedas.
- c. Su Plan no cubre el transporte en camioneta para sillas de ruedas.
2. Ambulancia por carretera sin traslado
- Su Plan cubre la respuesta de la ambulancia y el tratamiento en el lugar, sin necesidad de trasladarle a Usted a un centro para recibir atención médica adicional.
3. Servicios de Traslado en Ambulancia Aérea
- a. Traslado de Emergencia
- Los Beneficios de los Servicios de Ambulancia aérea están disponibles para los Afiliados con una Afección Médica de Emergencia. Para que se cubra el Servicio de Ambulancia aérea para Afecciones Médicas de Emergencia, el Servicio de Ambulancia aérea debe ser específicamente solicitado por la policía o las autoridades médicas presentes en el lugar junto al Afiliado.
- Los Beneficios de Servicios de Ambulancia aérea están disponibles para traslado de emergencia cuando el Afiliado se encuentre en un lugar al que una ambulancia no puede llegar por carretera.
- El transporte por Ambulancias aérea, es al centro u Hospital más cercano que pueda proporcionar servicios adecuados para la afección del Afiliado correspondiente a una enfermedad o lesión que requiere atención Hospitalaria;
- b. Traslado que No es de Emergencia
- Los beneficios para los Servicios de Ambulancia Aérea que no sean de Emergencia deben ser autorizados por Nosotros antes de que se presten los servicios o no se recibirán beneficios para los mismos. Si Nosotros autorizamos los servicios antes de que se presten, los Beneficios para los Servicios de Ambulancia aérea que no sean de Emergencia están disponibles para los Afiliados, al centro u Hospital más cercano capaz de proporcionar servicios apropiados a la afección del Afiliado por una enfermedad o lesión que requiera atención Hospitalaria. Una vez Autorizados, usted debe verificar el estatus de participación en la Red del Proveedor de Servicio de Ambulancia aérea en el estado o área donde se recogerá a la persona, según el código postal. Para encontrar un Proveedor de la Red dentro del estado o el área donde usted estará recibiendo los servicios, acceda a Blue National Doctor and Hospital Finder (Buscador nacional Blue de médicos y hospitales) a través de <http://provider.bcbs.com> (en inglés) o llame al 1-800-810-2583.
4. Los Beneficios Servicios de Ambulancia se proveerán de la siguiente manera:
- a. Si Usted paga una tarifa periódica por afiliación a una organización de ambulancias con la que Nosotros no tenemos un contrato de Proveedor, los Beneficios por gastos en los que incurra por sus Servicios de Ambulancia se basarán en cualquier obligación que Usted deba pagar que no esté cubierta por la tarifa. Baremos los Beneficios en el Cargo Permitido, si tenemos un acuerdo de Proveedor con la organización de ambulancias.
 - 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. Su Plan no cubre el traslado si se proporciona para Su comodidad o conveniencia.
 - d. No hay Beneficios disponibles cuando un Hospital Le transporta entre distintos lugares de su propio recinto o entre instalaciones que son propiedad o están afiliadas a la misma entidad.

D. Trastorno de Déficit de Atención o Hiperactividad

Su Plan cubre el diagnóstico y el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad cuando un Médico o un Profesional de la Salud Asociado los brinda o los receta.

E. 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 Habilitación 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, importe de Deducible y Coaseguro correspondientes que se muestra en el Esquema de Beneficios.

F. Servicios de cirugía 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. Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica incluyendo, entre otros mastectomía profiláctica contralateral, liposucciones para transferencia a un seno reconstruido o para reparar una deformidad en el lugar de donde se realizó la extracción, tatuar la areola del seno, ajustes quirúrgicos del seno no mastectomizado, complicaciones médicas imprevistas que pueden requerir una reconstrucción adicional en el futuro;
 - c. Prótesis; y
 - d. el tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

Estos Servicios Cubiertos se prestarán en la manera que se determine tras la consulta con el Médico que atiende y el Afiliado y, si se aplica, estarán sujetos a cualquier Deducible, Copago y Coaseguro.

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

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

G. Servicios para labio leporino y paladar hendido

Su Plan cubre los siguientes servicios para tratar y corregir el Labio Leporino y el Paladar Hendido:

1. Cirugía bucal y facial, tratamiento quirúrgico y atención de seguimiento.
2. Tratamiento protésico, como obturadores, dispositivos para el habla y dispositivos para la alimentación.
3. Tratamiento y administración de ortodoncia.
4. Servicios dentales preventivos y de restauración para asegurar la buena salud y las estructuras dentales adecuadas para el tratamiento de ortodoncia o la 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.
9. Evaluación y asesoramiento genético para pacientes y padres.

Su Plan también cubre afecciones secundarias y tratamientos atribuibles a la afección médica primaria.

H. Participación en ensayos clínicos

1. Este Plan proporciona cobertura a cualquier Persona Calificada, para cubrir los costos de rutina de suministros o servicios proporcionados al paciente si participa 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 de este Plan, incluidos los Copagos, Deducibles o Coaseguros 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 refiere es un Proveedor Participante y ha llegado a la conclusión de que Su participación en un ensayo sería conveniente, basado en que Usted cumple con los requisitos mencionados en el párrafo «a», anterior; o
 - (2) Usted provee información médica y científica que establece que Su participación en el ensayo sería conveniente basado en que Usted cumple con las condiciones descritas en el párrafo «a» anterior.
3. Un *Ensayo Clínico Aprobado* en este párrafo se refiere a un ensayo clínico de Fase I, II, III o IV realizado en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otras Enfermedades que Ponen en Riesgo la Vida y que:
 - a. Una o más de las siguientes organizaciones aprueban o financian (que pueden incluir fondos a través de contribuciones en especie) para el estudio o investigación:
 - (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 cualquier entidad descrita en los párrafos (i) al (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 (FDA, por sus siglas en inglés).
 - 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 Departamentos enumerados a continuación, cuyo estudio o investigación ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de revisión por pares que el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos determina:
 - (1) ser comparable al sistema de revisión por pares de estudios e investigaciones de los Institutos Nacionales de Salud, y
 - (2) garantiza una revisión imparcial de los más altos estándares científicos por individuos calificados que no tienen interés en el resultado de la revisión:
 - (a) El Departamento de Asuntos de los Veteranos.
 - (b) El Departamento de Defensa.
 - (c) El Departamento de Energía.
4. El Plan no cubre los siguientes servicios:
- a. Servicios no relacionados con la atención médica como parte del ensayo clínico;
 - b. Costos por el manejo de datos asociados al ensayo clínico;
 - c. Los medicamentos en investigación, dispositivos, artículos o servicios en sí mismos; o
 - d. Servicios, tratamiento o suministros que no están cubiertos de otra forma bajo este Plan.
5. Si se cumplen todos los criterios siguientes, el Plan cubrirá los tratamientos y la atención al paciente relacionada con el protocolo asociado no excluidos en este párrafo:
- a. El tratamiento se proporciona con fines terapéuticos o paliativos en pacientes con cáncer u otras Enfermedades que ponen en Riesgo la Vida o para la prevención o detección temprana de dichas enfermedades.
 - b. El tratamiento se proporciona o los estudios se llevan a cabo en un ensayo clínico de Fase I, II, III o IV.
 - c. El protocolo propuesto debe haber sido revisado y aprobado por una junta de evaluación institucional calificada que opera en este estado y que tiene un contrato de aseguramiento de proyectos múltiples aprobado por la oficina de protección contra a riesgos de investigación.

- d. El centro y el personal que proporcionan el protocolo deben ofrecer el tratamiento dentro del alcance de su práctica, experiencia y capacitación y ser capaces de hacerlo en virtud de su experiencia, capacitación y cantidad de pacientes tratados para mantener la pericia.
- e. No debe haber un enfoque claramente superior, que no sea de investigación.
- f. Los datos clínicos o preclínicos disponibles proporcionan una expectativa razonable de que el tratamiento será al menos tan eficaz como la alternativa que no sea de investigación.
- g. El paciente ha firmado un formulario de consentimiento aprobado por la junta de revisión institucional.

I. Beneficios de cobertura para la Diabetes

1. Educación en Diabetes y Capacitación para el Autocontrol

- a. Si Usted tienen diabetes insulina dependiente, diabetes con uso de insulina, diabetes gestacional o diabetes sin uso de insulina puede necesitar educación sobre su afección y capacitación para controlar su afección. Su Plan cubre la capacitación y la educación del autocontrol, las visitas al dietista y el equipo y suministros necesarios para la capacitación, si Su Médico los indica.
- b. Su Plan cubre los programas de evaluación y educación para el control personal de la diabetes sujetos a las siguientes situaciones:
 - (1) El programa debe ser prescrito por el Proveedor que lo atiende y por un profesional de la salud con licencia que certifique que Usted ha completado satisfactoriamente el programa de capacitación.
 - (2) El programa cumple con el Estándar Nacional del Programa de Educación para el Control Personal de la Diabetes desarrollado por la Asociación Estadounidense de la Diabetes.

2. Detección de Retinopatía Diabética

Los Afiliados diabéticos 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 Periodo de Beneficios, sin costo para el Afiliado cuando los servicios son proporcionados por un Proveedor de la red. Los exámenes adicionales o los exámenes realizados por un Proveedor que No Pertenece a la Red están sujetos a los Beneficios del Plan.

J. Consultas al dietista

Su Plan cubre visitas a dietistas registrados. Una (1) consulta al dietista está cubierta sin costo para los Afiliados cuando la realiza a un Proveedor de la Red. Todas las demás consultas posteriores de dietistas están cubiertas por los Beneficios del Plan. Si Usted es diabético y necesita los servicios de un dietista, Su plan cubre los servicios de Educación y Capacitación para el Control Personal de la Diabetes.

K. Equipos y suministros médicos desechables

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

L. 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. Su Plan cubre el Equipo Médico Duradero cuando el equipo lo receta un Médico antes de que Usted lo obtenga. 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 primordial y normalmente con un propósito médico;
- (3) Generalmente, no tiene utilidad alguna para una persona que no esté enferma ni lesionada, y
- (4) Es apropiado para utilizarse en Su domicilio.

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

- (1) Basaremos los Beneficios por el alquiler de Equipo Médico Duradero en el Cargo Permitido de alquiler (pero no más que el Cargo Permitido de compra).
- (2) Podemos optar por ofrecer Beneficios para comprar el Equipo Médico Duradero, los suministros apropiados y el oxígeno necesario para uso terapéutico. Basaremos el Beneficio en el Cargo Permitido de compra.
- (3) Cuando el Equipo Médico Duradero es aprobado por Nosotros, los beneficios para el equipo estándar se proporcionarán para cualquier equipo de lujo.

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

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

- (1) Su Plan no cubre el alquiler de Equipo Médico Duradero para reparar, ajustar o reemplazar componentes y accesorios necesarios para el funcionamiento y mantenimiento efectivo del equipo cubierto porque el proveedor del Equipo Médico Duradero debe pagarlo.
- (2) Su Plan no paga por equipos donde el suministro o aparato es de fácil disponibilidad y puede cumplir el mismo propósito con efectividad.
- (3) Su plan no paga la sustitución del equipo que se pierde. Su Plan no paga la reparación o el reemplazo del equipo dañado debido a negligencia o uso incorrecto.
- (4) Nosotros decidimos los límites razonables de cantidad de artículos y suministros de Equipos Médicos Duraderos.

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

2. Órtesis

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

- a. No habrá cobertura para pruebas o ajustes ya que éstos están incluidos en el Cargo Permitido para la Órtesis.
- b. La reparación o 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 cuál es 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 la comodidad o confort del Afiliado; o
 - (d) que no son determinados por Nosotros como Medicamente Necesarios.
 - (2) Independientemente de las Reclamaciones de Necesidad Médica, los dispositivos y características de lujo y las funcionalidades de los dispositivos que no estén aprobados por Nosotros no están cubiertos.
- d. Su Plan no paga por 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 Autorice la Compañía y están cubiertos conforme a las siguientes condiciones:

- a. No habrá cobertura para pruebas o ajustes ya que estos están incluidos en el Cargo Permitido para el Aparato o Dispositivo Protésico.
- b. La reparación o el reemplazo del Aparato o Dispositivo Protésico estará cubierta solo dentro de un período de tiempo razonable a partir de la fecha de compra, sujeto a la vida útil esperada del aparato. Nosotros determinaremos cuál es 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 Dispositivos o Aparatos Protésicos sean aprobados por Nosotros, se proporcionarán Beneficios para los dispositivos o aparatos estándar hacia cualquier dispositivo o aparato de lujo.
 - (1) Los aparatos o dispositivos de lujo o las características y funcionalidades de lujo de los aparatos o dispositivos son aquellos que:

- (a) que no tienen una finalidad médica;
- (b) que no son necesarios para realizar las actividades de la vida diaria;
- (c) que son únicamente para la comodidad o confort del Afiliado; o
- (d) que no son determinados por Nosotros como Medicamento Necesarios.

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

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

Los Beneficios estarán disponibles para la compra de Aparatos y Dispositivos Protésicos y Servicios de Prótesis de Extremidades que Autoricemos, y están cubiertos conforme a las siguientes condiciones: Su Plan paga para reparar o reemplazar Dispositivos o Aparatos Protésicos solo dentro de un período de tiempo razonable después de la fecha en que Usted los compra, sujeto a la vida útil prevista de los dispositivos. Nosotros decidimos cuál es ese período de tiempo. No se cubrirá la reparación o sustitución de aparatos o dispositivos cuando se proporcionen en garantía.

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 cuál es 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 Dispositivos o Aparatos Protésicos sean aprobados por Nosotros, se proporcionarán Beneficios para los dispositivos o aparatos estándar hacia cualquier dispositivo o aparato de lujo.

(1) Los aparatos o dispositivos de lujo o las características y funcionalidades de lujo de los aparatos o dispositivos son aquellos que:

- (a) que no tienen una finalidad médica;
- (b) que no son necesarios para realizar las actividades de la vida diaria;
- (c) que son únicamente para la comodidad o confort del Afiliado; o
- (d) que no son determinados por Nosotros como Medicamento Necesarios.

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

c. Podrá elegir un aparato o dispositivo protésico cuyo precio sea superior a la prestación a pagar en virtud de este Plan de Beneficios 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).

M. Beneficios para la disfunción eréctil

Los servicios para la disfunción eréctil están cubiertos por este Plan cuando determinamos que son médicamente necesarios y están sujetos a lo siguiente:

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

N. Beneficios de Terapia Genética e Inmunoterapia Celular

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

O. Pruebas genéticas o moleculares para el cáncer

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

P. Beneficios de Audición

1. Beneficios auditivos para Afiliados menores de 17 años

Los Beneficios de audífonos están disponibles para Afiliados cubiertos menores de diecisiete (17) años cuando se obtienen de un Proveedor de la Red. Este Beneficio está limitado a un (1) audífono, para cada oído con pérdida auditiva 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 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 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.

Q. Servicios de diagnóstico por imágenes

Su Plan cubre los servicios de Imágenes de Alta Tecnología que sean Médicamente Necesarios, incluyendo entre otros, resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), angiograma por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) y cardiología nuclear. Nosotros debemos Autorizar estos servicios antes de que Usted los reciba.

R. Atención Médica a Domicilio

Su Plan cubre los servicios de Atención Médica a Domicilio proporcionados a Usted en lugar de una Admisión como Paciente Hospitalizado. La cobertura puede ser limitada si así se indica en el *Esquema de Beneficios*.

S. Cuidados de Hospicio

El Cuidado de Hospicio está cubierto.

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

Los servicios realizados por un intérprete calificado o una persona encargada de la transliteración están cubiertos cuando 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 están cubiertas.

U. Productos Alimentarios Bajos en Proteína para Tratar Enfermedades Metabólicas Hereditarias

Su Plan cubre productos alimenticios bajos en proteínas para tratar ciertas Enfermedades Metabólicas Hereditarias. *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 un (1) gramo de proteína por porción y que están creados para utilizarse bajo la indicación de un Médico para tratar una Enfermedad Metabólica Hereditaria. Los Productos Alimenticios bajos en proteínas no incluyen a los alimentos naturales que son naturalmente bajos en proteínas.

Los Beneficios para los Productos Alimentarios 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

V. Beneficios de Linfedema

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

W. Procedimientos de Esterilización Permanente

Su Plan cubre los procedimientos quirúrgicos que resulten en una esterilización permanente, como la vasectomía, la ligadura de trompas y la colocación histeroscópica de microinsertos en las trompas de Falopio, a menos que figuren como no cubiertos en el *Esquema de Beneficios*. Si están cubiertos, Su Plan paga por la ligadura de trompas y la colocación histeroscópica de microinsertos en las trompas de Falopio como un Beneficio de Atención Preventiva o de Bienestar.

X. Leche materna humana de donante por prescripción médica

Los beneficios están disponibles para la leche materna humana pasteurizada de donante Médicamente Necesaria por prescripción médica para un bebé Dependiente, hasta un (1) año, que esté como Paciente hospitalizado o Paciente Ambulatorio que sea Médica o físicamente incapaz de recibir leche humana materna o de participar en la lactancia materna o cuya madre sea Médica o físicamente incapaz de producir leche humana materna en cantidades suficientes. 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.

Y. Medicamentos con Receta

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

Z. Servicios Privados de Enfermería

1. Su Plan 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 Plan cubre los Servicios Privados de Enfermería sujetos al Deducible y Coaseguro que aparecen en el *Esquema de Beneficios*.
3. Su Plan no paga por los Servicios Privados de Enfermería para Pacientes Hospitalizados.
4. Su Plan imita la cobertura de los Servicios Privados de Enfermería a cuatrocientas (400) horas por Periodo de Beneficios.

AA. 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. Su Plan cubre estudios del sueño que se realicen en el domicilio o en un laboratorio del sueño acreditado por la red. Consulte Su directorio de proveedores o comuníquese con el servicio de atención al cliente al número que figura en la tarjeta de identificación para verificar si un laboratorio del sueño está acreditado.

BB. Servicios de Telemedicina y Terapia a Distancia

Los Beneficios están disponibles para Usted para diagnósticos, consultas, tratamientos, educación, administración de la atención, autocontrol 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 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 Telesalud o una 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.

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

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

Artículo 16. ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN

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 Afiliado. 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 Afiliado continúa siendo responsable de su Copago, Deducible y Coaseguro que le corresponda como se muestra 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 que no estén cubiertos y de cualquier otro Copago, Deducible y Coaseguro que pudiesen aplicarse, tal como figura en el Esquema de Beneficios.

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

- (1) Si un Proveedor de la Red no obtiene la Autorización necesaria, podremos reducir el Cargo Permitido en un treinta por ciento (30 %). Esta sanción se aplica a todos los servicios y suministros que requieran una Autorización, excepto los cargos por hospitalización. El Proveedor de la Red es responsable de todos los cargos no cubiertos. El Afiliado sigue siendo responsable del Copago, Deducible y Coaseguro.
- (2) Si un Proveedor que No Pertenece a la Red no cumple con obtener la Autorización requerida, los Beneficios se pagarán al nivel más bajo de los que No Pertenecen a la Red que figuran en el Esquema de Beneficios. El Afiliado es responsable de todos los cargos que no estén cubiertos y sigue siendo responsable de cualquier copago, 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 notificarnos 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. La Compañía determinará cuál es el entorno más adecuado para el servicio electivo y la duración adecuada de la estancia, cuando se documente que la Hospitalización es Médicamente Necesaria.

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

b. Autorización para Admisiones de Emergencia

Es responsabilidad del Afiliado de asegurarse de que el Médico 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 Afiliado 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 el Afiliado 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.

b. Revisión Concurrente

Cuando Nosotros Autorizamos la Hospitalización de un Afiliado, Autorizaremos esa estancia en el Hospital por un determinado número de días. Si el Afiliado no ha sido dado de alta en o antes del último día Autorizado, y el Afiliado necesita que se Autoricen más días, deberá asegurarse de que el 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 asegurarse de que el Proveedor obtiene todas las Autorizaciones necesarias antes de recibir 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 de teléfono 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 Medicamento Necesarios. Si los servicios y suministros son Medicamento 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: A Nuestro criterio, Usted puede reunir los requisitos para participar en los programas de Control de Enfermedades en base a varios criterios, incluyendo el diagnóstico de enfermedades crónicas, la gravedad y el tratamiento propuesto u obtenido. El programa de control de enfermedades trata de identificar a los candidatos tan temprano como sea posible. El programa refuerza las técnicas de autocontrol y asigna un enfermero personal. Usted, Sus Médicos y los cuidadores pueden incluirse en todas las fases del programa. El enfermero también le puede referir a Usted a los recursos comunitarios para que reciba más apoyo y tratamiento.
2. Beneficios de Control de Enfermedades: Nuestros programas de Control de Enfermedades mejoran la calidad de la atención para Usted y disminuyen los costos de atención médica en personas que sufren enfermedades crónicas. El enfermero trabaja con Usted para ayudarle a aprender técnicas de autocuidado para controlar enfermedades crónicas, establecer metas realistas para la modificación de su estilo de vida y mejorar el cumplimiento con el plan de tratamiento ordenado por Su Médico. Estamos dedicados a respaldar el trabajo del Médico para mejorar la salud y el bienestar suyo.

C. Administración de Casos

1. A Nuestro criterio, Usted puede reunir los requisitos para participar en los Servicios de Control de Enfermedades en base a varios criterios, incluyendo el diagnóstico, gravedad, duración de la enfermedad y el tratamiento propuesto u obtenido. El Programa de Administración de Casos trata de identificar a los candidatos tan temprano como sea posible y trabajar con ellos, sus Médicos, sus familias 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 defendiendo Sus necesidades médicas. Muchos clientes se benefician de la Administración de Casos, incluidas las personas en una fase aguda de la enfermedad o con una afección crónica.
3. Nuestra decisión de que Su afección médica lo haga apto para recibir los servicios de Administración de Casos no Nos obligará a tomar la misma determinación o una similar para Usted o para cualquier otro Afiliado. Debido a que Nosotros proporcionamos servicios de Administración de Casos a 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 Plan de acuerdo con sus términos que en él se expresan.

4. A menos que Nosotros lo hayamos acordado explícitamente, todos los términos y condiciones de este Plan, incluidas las limitaciones máximas de Beneficios y todas las demás limitaciones y exclusiones, continuarán en plena vigencia y efecto si Usted recibe los servicios de Administración de Casos.
5. Sus servicios de Administración de Casos finalizarán cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:
 - a. Nosotros decidimos, a nuestra entera discreción, que Usted ya no es apto para los servicios de Administración de Casos o que Usted ya no los necesita.
 - b. Las metas a corto y a largo plazo establecidas en el plan de Administración de Casos se han alcanzado, o Usted escoge no participar en el plan de Administración de Casos.

D. Beneficios Alternativos

1. Usted puede reunir los requisitos para recibir Beneficios Alternativos, a Nuestra discreción, según distintos criterios, entre ellos el diagnóstico, la gravedad, la duración de la enfermedad y el tratamiento propuesto u otorgado. Los programas de Beneficios Alternativos tratan de identificar los candidatos tan temprano como sea posible y trabajar con ellos, sus Médicos, sus familiares y otros recursos comunitarios para evaluar alternativas de tratamiento y los Beneficios disponibles cuando Nosotros decidamos que es beneficioso para Usted y para Nosotros.
2. Nuestra decisión de que Su afección médica lo haga apto para Beneficios Alternativos no Nos obligará a tomar la misma determinación o una similar para cualquier otro Afiliado. Debido a que Nosotros proporcionamos Beneficios Alternativos a un Afiliado, no le dará derecho a ningún otro Afiliado a recibir Servicios Alternativos, ni deberá interpretarse como una renuncia a Nuestro derecho de administrar y hacer cumplir este Plan de acuerdo con sus términos que en él se expresan.
3. A menos que Nosotros lo hayamos acordado explícitamente, todos los términos y condiciones de este Plan de Beneficios, incluidas las limitaciones máximas de Beneficios y todas las demás limitaciones y exclusiones, continuarán en plena vigencia y efecto si Usted recibe Beneficios Alternativos.
4. Los Beneficios Alternativos provistos según lo estipulado en esta sección se proporcionan en lugar de los Beneficios a los que el Afiliado tiene derecho conforme a este Plan de Beneficios y acumulan para las limitaciones máximas de Beneficios bajo este Plan de Beneficios.
5. Sus Beneficios Alternativos finalizarán cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:
 - a. Nosotros determinamos, a Nuestra entera discreción, que Usted ya no es 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 Plan y que no estén especificados como Beneficios Alternativos que Nosotros aprobemos.

Artículo 17. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

A. Este Planes no Cubre Ciertos Servicios, Suministros para Operaciones y Tratamientos

Se excluyen los beneficios por afecciones, servicios, Operaciones, suministros y tratamiento que no están cubiertos por este Plan de Beneficios.

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

B. Nosotros Podemos Eliminar o Revisar las Limitaciones o Exclusiones en este Plan

Cualquiera de las limitaciones y exclusiones enumeradas en este Plan de Beneficios puede ser eliminada o modificada, como se muestra en el Esquema de Beneficios.

A menos que figuren como cubiertos en el Esquema de Beneficios, se excluyen los siguientes:

1. Servicios, tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos, artículos o suministros que no sean Médicamente Necesarios, como se define en este Plan. El hecho de que un Médico u otro Proveedor recete, ordene, recomiende o apruebe un servicio o suministro, o que un tribunal ordene que se provea un servicio o suministro, no lo convierte en Médicamente Necesario.
2. Cualquier cargo que exceda el Cargo Permitido.
3. Los cargos adicionales por servicios de enfermería que se suman al cargo estándar del Hospital por los Servicios de Enfermería General, Comidas y Alojamiento; los cargos por alojamiento de lujo o por alojamiento en cualquier Hospital o Centro de Salud Asociado brindado principalmente para la conveniencia del paciente; o, el Servicio de Enfermería General, Comidas y Alojamiento en cualquier otra habitación al mismo tiempo que se proveen los Beneficios para el uso de una Unidad de Atención Especial.
4. Se excluyen los Beneficios para servicios, Operaciones, suministros, tratamiento o gastos:
 - a. Que no sean los mencionados específicamente como cubiertos por este Plan. Este Plan no paga por servicios que Usted no tiene la obligación de pagar, o por los cuales no hay cargo alguno o el cargo sería menor si Usted no tuviese de seguro médico. Su Plan paga cuando a Usted se le prestan Servicios Cubiertos en centros médicos que son propiedad y están administrados por el Estado de Luisiana o cualquiera de sus subdivisiones políticas;
 - b. que se ha dado antes de Su Fecha de entrada en vigor o después que Su cobertura finalice, excepto como se indica a continuación: Su Plan pagará los Beneficios Médicos relacionados con una Hospitalización por una Admisión en curso en la fecha en que finalice Su cobertura, hasta la finalización de esa Admisión o hasta que Usted haya alcanzado los límites de Beneficios de 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 Nosotros o por cualquier Compañía Blue Cross and Blue Shield, o en la medida provista en cualquier otro contrato, salvo que la ley lo permita, y excepto cuando haya beneficios bajo pólizas de Beneficios limitados;
 - e. que se haya pagado o sea pagadero bajo las partes A o B de Medicare cuando Usted tiene Medicare, excepto cuando se apliquen las disposiciones de Pagador Secundario de Medicare;
 - f. que sean de investigación, excepto por lo provisto específicamente en este Plan. Nosotros realizamos determinaciones de Investigación de acuerdo con Nuestras políticas y procedimientos;

prestados como resultado de una enfermedad o lesión ocupacional compensable bajo cualquier ley federal o estatal de compensación a los trabajadores o cualquier programa relacionado, pero sin limitarse a, la Ley Jones, la Ley Federal de Responsabilidad de los Empleadores, la Ley Federal de Compensación a los Empleados, la Ley de Compensación a los Trabajadores Marítimos y Portuarios, la Ley de Beneficios para el Pulmón Negro, el Programa de Compensación de Enfermedades Ocupacionales de los Empleados de Energía y el Artículo 23 de los Estatutos Revisados de Luisiana, esté o no vigente la cobertura de dichas leyes o programas; Esta exclusión no se aplicará a los servicios que se le presten a un Afiliado que sea dueño de un diez por ciento (10 %) o más del Grupo, si el Afiliado ha realizado todo lo siguiente: (1) legalmente optó por ser excluido de la cobertura de compensación para trabajadores del Grupo, mediante la celebración de un acuerdo por escrito con la empresa de seguros de compensación para trabajadores del Grupo, en el que indica que elige no estar cubierto por dicha cobertura; (2) se inscribió debidamente con la Compañía en una cobertura de salud de 24 horas para los propietarios; (3) entregó a la Compañía una copia del acuerdo escrito entre el Afiliado y la compañía de seguros de compensación para trabajadores; (4) entregó a la Compañía evidencia escrita de la participación del Afiliado en el Grupo. Si esta información no se envía a la Compañía en el momento de la inscripción inicial

para el seguro de salud del Afiliado, o una vez adquirido el porcentaje de participación accionaria requerido, el Afiliado podrá solicitar esta cobertura durante el siguiente Periodo de inscripción del Afiliado.

- 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 mutual de beneficios, un sindicato laboral, fideicomiso o persona o Grupo similar; o
- h. dados, prescritos o provistos de otro modo por un Proveedor que es el Afiliado, el Cónyuge, hijo, hijastro, padre, padrastro o abuelo del Afiliado;
- 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 de atención médica a domicilio, o que estén cubiertos específicamente en este plan, o estén aprobados por Nosotros;
- m. pruebas de paternidad y pruebas realizadas con fines legales.

5. Los Beneficios para los servicios en las siguientes categorías están excluidos:

- a. aquellos servicios para enfermedades contraídas o lesiones sostenidas como resultado de una guerra, declarada o no declarada, o cualquier acto de guerra;
- b. aquellos para lesiones o enfermedades que el Secretario de Asuntos de los Veteranos encontró que fueron incurridas o agravadas durante la prestación del servicio en los servicios uniformados;
- c. aquellos que ocurran porque Usted participó en un motín o acto de desobediencia civil;
- d. aquellos que ocurran porque Usted cometió o trató de cometer un delito grave.
- e. para tratar a cualquier Afiliado detenido en una institución correccional y que haya sido juzgado y condenado por el delito que causó la detención.

6. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, Operaciones, suministros, tratamiento o gastos relacionados con, o Complicaciones de lo que se detalla a continuación:

- a. rinoplastia;
- b. servicios de blefaroplastia identificados con los códigos CPT 15820, 15821, 15822, 15823; de ptosis de ceja identificado con el código CPT 67900; o cualesquiera otros códigos revisados o equivalentes;
- c. ginecomastia;
- d. aumento o reducción de los senos, excepto por los servicios de reconstrucción de los senos, como se establece específicamente en este Plan de Beneficios;

- e. implantación, extracción o reimplantación de implantes de seno y servicios, enfermedades, afecciones, complicaciones o tratamiento en relación con, o como resultado de, implantes de seno, excepto por los servicios de reconstrucción de seno especificados en este Plan de Beneficios;
 - f. diástasis del recto;
 - g. biorretroalimentación;
 - h. clínicas o programas para el cambio de estilo de vida o hábitos, excepto aquellos que la ley Nos exija que cubramos o aquellos que ofrecemos, respaldamos, aprobamos o promovemos como parte de Su cobertura médica bajo este Plan de Beneficios. Algunos de estos programas pueden ofrecerse como programas de valor añadido y pueden estar sujetos a un costo adicional mínimo. Si es clínicamente apto para participar, Usted elige voluntariamente si desea participar en los programas;
 - i. Los programas para la prevención de la diabetes, a menos que se apruebe por Nosotros, se limitarán a una vez cada treinta y seis (36) meses;
 - j. los campamentos o programas de la naturaleza, excepto cuando los proporciona un Centro de Tratamiento Residencial calificado y aprobado por Nosotros como Médicamente Necesarios para el tratamiento de afecciones de salud mental o trastornos por consumo de sustancias tóxicas;
 - k. tratamiento relacionado con disfunciones sexuales, trastorno de bajo deseo sexual u otras deficiencias sexuales;
 - l. Los servicios de Disfunción Eréctil prestados a los Afiliados que no tengan dieciocho (18) años o más;
 - m. pruebas industriales o programas de autoayuda, incluidos los programas para el tratamiento del estrés, programas de refuerzo laborales o evaluación de capacidad funcional exámenes de conducir, etc., excepto los servicios que la ley exige que Nosotros cubramos;
 - n. terapia recreativa;
 - o. Programas de rehabilitación del dolor y de control del dolor para pacientes hospitalizados; y
 - p. con el objetivo principal de mejorar la capacidad atlética.
7. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, Operaciones, suministros, tratamiento o gastos relacionados con:
- a. exámenes de la vista de rutina (excepto para los diabéticos que se muestran en la sección de Beneficios), anteojos o lentes de contacto o exámenes o exámenes(excepto para el par inicial y el ajuste de anteojos o lentes de contacto necesarios tras la Cirugía de cataratas), a menos que se indiquen como cubiertos en este Plan o en el *Esquema de Beneficios*;
 - b. ejercicios de la vista, entrenamiento visual u ortóptica;
 - c. audífonos o exámenes para recetar o ajustar audífonos, excepto por lo especificado en este Plan;
 - d. postizos, pelucas, crecimiento del cabello o implantes capilares;
 - e. corrección de errores de refracción del ojo, inclusive, entre otros, la queratotomía radial y la cirugía con láser; 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 de los costos originados por la donación de un órgano o tejido para trasplante cuando Usted es el donante a excepción de lo estipulado en este Plan;
 - b. procedimientos de trasplante de cualquier órgano o tejido humano que no estén específicamente mencionados como cubiertos. Servicios o suministros relacionados, que incluyen la administración de quimioterapia en altas dosis para acompañar los procedimientos de trasplante;
 - c. el trasplante de cualquier órgano o tejido no humano; o
 - d. los trasplantes de médula ósea y el rescate de células madre (autólogo y alogénico) no están cubiertos, excepto según lo dispuesto en este Plan.
 - e. Terapia Génica o Inmunoterapia Celular si no se obtiene una Autorización previa o si los servicios se realizan en un Centro administrativo que no ha sido aprobado por escrito por la Compañía antes de que se presten los servicios.
9. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por cualquiera de los siguientes, excepto según lo dispuesto específicamente en este Plan o en el Esquema de Beneficios:
- a. programas de reducción 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 Plan de Beneficios.
11. Se excluyen Beneficios para los Medicamentos con Receta que Nosotros decidamos que no son Medicamento Necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Su Plan no cubre lo siguiente a menos que el *Esquema de Beneficios* indique que están cubiertos:
- a. Medicamentos para mejorar el estilo de vida incluyendo entre otros, medicamentos utilizados con fines cosméticos (p. ej., 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 (p. ej., 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 efectivo 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 pares 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 EE. UU.; Los alimentos bajos en proteínas y la leche materna humana de donante por prescripción están cubiertos tal y como se describe en este Plan de Beneficios;
- 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. algunos Medicamentos con Receta para los que existe un equivalente o una alternativa similar entre los medicamentos de venta libre (OTC);
- j. Repeticiones de medicamentos que excedan el número especificado por el Médico o el límite de despacho que se describe en este Plan, 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) los medicamentos compuestos que contienen fármacos o componentes de dichos fármacos que se han retirado o eliminado del mercado por razones de seguridad; o
 - (5) Recetas compuestas cuyos únicos ingredientes no requieran receta;
- l. medicamentos con Receta seleccionados que tengan más de un ingrediente activo (algunas veces conocidos como «medicamentos combinados»);
- m. Medicamentos con Receta que incluyen, o están empacados con, medicamentos o productos que no necesitan receta;
- n. Equipos para la preparación de Medicamentos con Receta compuestos;
- 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 Su Fecha de entrada en vigor o después que Su cobertura finalice;
- s. reemplazo de Medicamentos con receta extraviados o robados, o de aquellos que se echan a perder por mal manejo, daño o rotura;
- t. Los Medicamentos con Receta, equipos o sustancias para tratar disfunciones sexuales, trastorno de bajo deseo sexual (Addyi®) u otras deficiencias sexuales;
- u. Medicamentos con receta, equipos o sustancias para tratar la disfunción eréctil (por ejemplo, Viagra®, Cialis®, Levitra®) para Afiliados que sean menores de dieciocho (18) años;
- v. Medicamentos, fármacos o sustancias que sean ilegales para venta, tenencia, consumo o uso, de acuerdo con las leyes de los Estados Unidos o de cualquiera de sus estados, o que se entreguen o usen ilegalmente;
- w. terapia con hormonas de crecimiento, excepto para tratar la insuficiencia renal crónica, descenso de peso por SIDA, síndrome de Turner, síndrome de Prader-Willi, síndrome de Noonan, curación de heridas en pacientes quemados, retraso del crecimiento en pacientes con quemaduras graves, síndrome de intestino corto, baja estatura por insuficiencia de gen que contiene homeobox (SHOX) o insuficiencia de hormona de crecimiento cuando un Médico la confirma con una prueba de estimulación provocativa con resultados anormales;
- x. Medicamentos con receta para tratar estatura baja idiopática;
- y. La cobertura de Medicamentos con Receta para Fármacos Peligrosos Regulados podría estar limitada o excluida cuando dichas Fármacos Peligrosos Regulados han sido prescritos por varios médicos de manera simultánea, cuando un médico esté de acuerdo en que las recetas se obtuvieron a través de la tergiversación del afiliado a ese médico. La limitación podría incluir, pero no se limita a, requerir que en el futuro las Sustancias Peligrosas Controladas se obtengan de un solo médico y de una farmacia;
- z. preparados de Medicamentos con Receta de aplicación tópica que estén aprobados por la FDA como dispositivos médicos;
- aa. Medicamentos con Receta sujetos al programa de Terapia Escalonada cuando dicho programa no se utilizó o porque el medicamento no fue aprobado por Nosotros o por Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia;
- bb. Medicamentos con Receta aprobados para la administración propia (por ejemplo, medicamentos orales o autoinyectables) están sin cobertura cuando se obtienen de un Médico o de otro Proveedor, a menos que esté contratado por Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia;
- cc. Los medicamentos antihemofílicos cubiertos, inmunoglobulinas, medicamentos recomendados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA), información de prescripción que debe administrar un profesional de atención médica, o medicamentos cuya vía de administración incluya, entre otras, el bolo endovenoso e infusión intravenosa, administración intramuscular, implantable, intratecal, intraperitoneal, intrauterina, gránulos, bombas y otras vías de administración según lo establecido por Nosotros, están cubiertos bajo el Beneficio Médico y están excluidos bajo el Beneficio de Farmacia; y
- dd. El impuesto o interés sobre la venta, que incluya el impuesto sobre la venta de Medicamentos con Receta. Cualquier impuesto aplicado a la venta de los medicamentos con receta se incluirá en el costo del Medicamento cuando calculemos Su Coaseguro y cuánto paguemos Nosotros. Pagaremos el impuesto sobre las ventas de los Medicamentos de Venta con Receta autorizados, a menos que el Costo total del Medicamento de Venta con Receta sea inferior a su Copago. En ese caso, Usted debe pagar el costo de los Medicamentos con receta y el impuesto a las ventas.

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 para hacer ejercicios, equipos personales para el acondicionamiento físico o modificaciones en Su domicilio o vehículo.
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 Médicamente 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. Incluso si Usted es fértil, Su Plan no paga por estos procedimientos.
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, Cirugía, Salud Mental, farmacia o médicos.
19. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para anestesia por hipnosis o cargos por anestesia de Servicios no Cubiertos.
20. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para Cirugía Estética, perforaciones, procedimientos, servicios, suministros o tratamiento con fines estéticos, a menos que sea debido a Anomalías Congénitas o Mastectomía. Las complicaciones que resulten de cualquiera de estos servicios u otros servicios no cubiertos están excluidos.
21. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para la acupuntura cuando se utiliza para proporcionar tratamiento para una afección o servicio que está excluido de la cobertura de este Plan de Beneficios.
22. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por Tratamiento y Atención Dental y dispositivos dentales, excepto los señalados específicamente en este Plan bajo la sección de Beneficios de Cirugía Bucal. Esta exclusión no se aplica a la cobertura de Labio Leporino y Paladar Hendido.
23. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por diagnóstico, tratamiento o cirugía de anomalías dentofaciales, incluyendo, entre otros, maloclusión, hiperplasia o hipoplasia mandibular o maxilar y cualquier otra afección ortognática, excepto cuando lo exija la ley. Esta exclusión no se aplica a la cobertura de 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 Plan.
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 Participante del Plan, excepto según lo dispuesto específicamente en este Plan de Beneficios, o según lo aprobado por Nosotros.
26. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, No se cubre la repatriación de los restos mortales desde una ubicación en el extranjero hasta los Estados Unidos. El transporte aéreo o marítimo, privado o comercial no está cubierto. Los Participante del Plan 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 diagnosticar, pruebas o tratar la recuperación de la lectura, dislexia y otros trastornos del aprendizaje. Esto incluye los servicios de Análisis de Comportamiento Aplicado que no son tratamientos de habilitación y que se enfocan específicamente en metas académicas o educativas; y los servicios paraprofesionales o de supervisión utilizados como ayuda de mantenimiento o la Asistencia de un Cuidador para apoyar en las oportunidades de aprendizaje en un contexto académico. Esta exclusión de servicios educativos y suministros no se aplica a la formación y la educación acerca de la diabetes o a ninguna de las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos que la ley requiera que lo cubramos.
28. Los Beneficios se excluyen para el Análisis de Comportamiento Aplicado que Nosotros hayamos determinado que no es Médicamente 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 Habilitación 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 los cargos del Hospital para un recién nacido sano.
32. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los servicios de orientación que incluyen, entre otros, orientación profesional, terapia de pareja, terapia de divorcio, terapia de pérdida y duelo, asesoría para padres y orientación laboral. Esta exclusión no se aplica a los servicios de asesoramiento que deban estar cubiertos como parte de la Atención Médica de Prevención o del Bienestar o cuando la ley así lo exija.
33. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para el tratamiento médico y quirúrgico para los ronquidos en ausencia de apnea obstructiva del sueño, incluyendo la uvulopalatoplastia asistida por láser (LAUP, por sus siglas en inglés).

34. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para la reversión de un procedimiento de esterilización voluntaria.
35. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para cualquier Equipo Médico Duradero, equipo médico desechable, artículos y suministros que sobrepasen los límites de cantidad razonables, según Nosotros decidamos. Su Plan no paga por desfibriladores portátiles. Su Plan cubre desfibriladores implantables y desfibriladores portátiles cuando Nosotros los autorizamos.
36. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, operaciones, suministros, tratamiento o gastos de un Afiliado relacionados con:
- Pruebas genéticas, a menos que los resultados sean requeridos específicamente para tomar una decisión sobre el tratamiento médico Suyo o según lo exija la ley;
 - Diagnóstico genético preimplantacional;
 - Prueba de detección antes de la concepción; y
 - Pruebas prenatales de detección, excepto aquellas para la detección de fibrosis quística.
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.
38. **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 a domicilio o denegamos un estudio del sueño, entonces Su Plan no paga el estudio ni ninguna Reclamación profesional asociada a él.

Artículo 18. DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA

A. El Cónyuge Superviviente Puede Continuar con la Cobertura

Si la Cobertura de Grupo finaliza cuando el Suscriptor fallece y Usted es un Cónyuge superviviente que tiene 50 años o más, Usted tiene 90 días a partir de la fecha en que fallece el Suscriptor para notificarnos que desea continuar con la misma cobertura para Usted y si ya están cubiertos, para Sus hijos Dependientes.

La cobertura es automática durante los 90 días del período de elección. Usted debe pagar Sus Primas por dicha cobertura. Si Usted no elige continuar o si Nosotros no recibimos Su Prima por la cobertura automática, Su cobertura automática finaliza retroactivamente al final del ciclo de facturación en el que falleció el Suscriptor.

Si Usted escoge la continuación de cobertura dentro del período de 90 días, la cobertura continuará sin interrupción. Usted es responsable de la Prima que se adeuda desde la última fecha en que se pagó la Prima. No se requerirán exámenes físicos. Su Prima para la continuación de la cobertura no será mayor que la prima cobrada para cada Suscriptor según la clase de cobertura bajo el Plan.

El Grupo deberá notificar al Cónyuge sobre su derecho de continuar con la cobertura, y de facturar y cobrar las Primas. Sin Embargo, si Nosotros tenemos la dirección del domicilio del Cónyuge superviviente cuando el Suscriptor fallece y el Grupo Nos ha notificado de manera aceptable, Nosotros le notificaremos al Cónyuge superviviente el derecho a continuar con la cobertura.

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

- la fecha en que venza la prima y no se pague a tiempo; o
- la fecha en que el Cónyuge superviviente o un hijo Dependiente reúne los requisitos para recibir cobertura de Medicare; o

- la fecha en que el Cónyuge superviviente o un hijo Dependiente pasan a cumplir los requisitos para participar en otro plan médico de Grupo; o
- la fecha en la que el Cónyuge superviviente vuelve a contraer matrimonio o fallece; o
- la fecha en la que este Plan de Beneficios de Grupo finaliza; o
- la fecha en la que el hijo Dependiente deja de cumplir con los requisitos.

B. Continuación Estatal

Esta sección está disponible únicamente si el Grupo no está sujeto a la Continuación de la Cobertura conforme a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 y cualquier de sus enmiendas.

El Suscriptor o Dependiente cubierto cuya cobertura bajo este Plan finalice debido a:

- el Suscriptor fallece; o
- termina el empleo activo del Suscriptor; o
- del divorcio del Suscriptor o un Afiliado, puede tener derecho a continuar esta cobertura.

El Suscriptor o el Dependiente que solicite la continuación de cobertura debe haber estado cubierto ininterrumpidamente por este Plan (o cualquier otra póliza grupal que este Plan haya reemplazado) durante los 3 meses consecutivos inmediatamente antes de la fecha en que esta cobertura hubiese terminado.

Un Suscriptor o Dependiente no puede continuar con la cobertura si:

- dentro de los 31 días siguientes a la rescisión de la cobertura, la Persona Cubierta está o podría haber estado cubierta por otra cobertura Grupal o un plan médico patrocinado por el gobierno como Medicare o Medicaid, o Grupo; o
- la cobertura del Suscriptor o del Afiliado según este Plan finaliza debido a fraude o falta de pago de la contribución obligatoria de la prima; o
- la Persona cubierta cumple con los requisitos para la continuación de la cobertura conforme a la ley COBRA.

Para elegir la continuación de la cobertura conforme a esta sección, el Usted es el Suscriptor o el Afiliado debe notificar por escrito al Grupo que Usted quiere continuar esta cobertura médica Grupal y Usted debe pagar toda contribución necesaria al Grupo por adelantado. Usted debe pagar la contribución inicial antes de finalizar el mes posterior al mes en que sucedió el hecho que provocó que Usted cumpliera con los requisitos. (Si el Dependiente cumple con los requisitos a causa de un divorcio, se considerará que el evento ocurrió en la fecha de la sentencia de divorcio). Para obtener el formulario para continuar con la cobertura, comuníquese con el Grupo.

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

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

C. Continuación de Cobertura conforme a la ley COBRA

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

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

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

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

La continuación de cobertura COBRA no es la única alternativa que Usted pudiera tener cuando pierde cobertura bajo este Plan. Usted y Su familia pueden tener otras opciones de cobertura.

Por ejemplo, Usted podría calificar para adquirir cobertura individual a través del Mercado de Seguros Médicos. La pérdida de la cobertura de este Plan de Beneficios le brinda a Usted la oportunidad de inscripción especial en el Mercado de Seguros Médicos, incluso cuando ocurra fuera del período de apertura de inscripción del Mercado de Seguros. Desde que pierde la cobertura de este Plan de Beneficios, tiene 60 días para solicitar una inscripción especial a través del Mercado de Seguros. En el Mercado de seguros médicos, Usted podría calificar para un nuevo crédito fiscal que reduzca Sus primas mensuales inmediatamente y puede ver cuáles serán Sus primas, deducibles y desembolsos antes de tomar la decisión de inscribirse. El hecho de cumplir con los requisitos para COBRA no limita Su capacidad para obtener cobertura o para obtener un crédito fiscal a través del Mercado de Seguros Médicos. Sin embargo, es importante que sepa que si Usted o cualquiera de Sus Dependientes elige la continuación de cobertura COBRA en vez de obtener cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos, Usted perderá la oportunidad de inscripción especial para el Mercado de Seguros Médicos y Usted no podrá inscribirse hasta que abra el próximo período de inscripción regular del Mercado o Su continuación de cobertura COBRA se agote.

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

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

¿Qué sucede si escojo la continuación de cobertura COBRA?

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

¿Qué son los eventos calificados?

Un evento calificado es cualquiera de los siguientes eventos:

- finalización del contrato de trabajo de un Empleado con cobertura por una razón que no sea por una falta grave;

- pérdida de los requisitos necesarios de un Empleado con cobertura debido a una reducción en las horas de trabajo del empleado;
- muerte de un Suscriptor cubierto;
- divorcio o separación legal entre los Suscriptores y sus Cónyuges;
- el Suscriptor adquiere el derecho a los Beneficios de Medicare resultando en la pérdida de cobertura para los Dependientes;
- un hijo Dependiente deja de ser un Dependiente que cumple con los requisitos conforme a los términos de este Plan de; o
- el Empleador presenta la solicitud para quiebra conforme al Capítulo 11, pero solo para los antiguos Empleados cubiertos que se jubilaron del Empleador en cualquier momento.

Aviso: Aplican reglas especiales para ciertos jubilados y sus Dependientes que pierdan cobertura porque el Empleador se acogió a una quiebra conforme al Capítulo 11. En ese caso, ciertos jubilados pueden elegir la cobertura COBRA de por vida. Los Dependientes que cumplen los requisitos de los jubilados podrán continuar con la cobertura hasta que el jubilado fallezca. Cuando el jubilado muere, los Dependientes pueden elegir continuar la cobertura por treinta y seis (36) meses más a partir de la fecha de la muerte del jubilado. En todos los casos, los beneficiarios calificados deberán pagar por la cobertura que hayan elegido. Bajo estas circunstancias, la cobertura de COBRA finalizará antes debido a varios motivos, incluyendo: el Empleador deja de ofrecer un plan grupal a sus Empleados o los beneficiarios calificados no pagan las primas requeridas o reciben cobertura de un plan grupal de otro Empleador que no excluye ni limita los Beneficios de las Condiciones Preexistentes de un beneficiario calificado. Los derechos de continuación de cobertura COBRA conforme a los procedimientos de quiebra del Capítulo 11 serán decididos por el tribunal de quiebras, y la cobertura que los beneficiarios que cumplan con los requisitos podrían recibir podría no ser igual a la que tenían bajo el plan para jubilados antes de que el Empleador se declarara en quiebra conforme al Capítulo 11.

¿Tengo que notificar cualquier evento calificado?

Dentro de los sesenta (60) días posteriores al evento, el beneficiario calificado debe notificar al Grupo lo siguiente:

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

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

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

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

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

Cada beneficiario calificado tiene un derecho independiente de elegir la continuación de cobertura. Por ejemplo, el Cónyuge del Empleado puede elegir la continuación de cobertura, incluso si el Empleado decide no hacerlo. Se puede elegir la continuidad de la cobertura para uno, varios o todos los hijos Dependientes que sean

beneficiarios calificados. Uno de los padres puede elegir la cobertura de continuación en nombre de los hijos Dependientes. El empleado o el Cónyuge del Empleado puede elegir la continuación de cobertura en nombre de todos los beneficiarios calificados.

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

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

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

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

- Dieciocho (18) meses tras el evento calificado en caso de la finalización del contrato de trabajo o la reducción del horario laboral. Cuando el empleado adquiera el derecho a recibir los Beneficios de Medicare a menos de dieciocho (18) meses antes de la finalización del contrato de trabajo o la reducción del horario laboral, la continuación de la cobertura para beneficiarios calificados que no sean el Empleado se extenderá durante el período más largo de treinta y seis (36) meses a partir de la fecha de adquisición de Medicare o de dieciocho (18) meses a partir del evento calificado; o
- Treinta y seis (36) meses tras el evento calificado cuando dicho evento no sea la finalización del contrato de trabajo o de la reducción del horario laboral; o
- La fecha en que el Empleador deje de tener un plan médico para grupos para sus Empleados; o
- La fecha en que finaliza la cobertura a causa de la falta de pago de las primas cuando están vencidas; o
- La fecha en que el beneficiario calificado recibe cobertura primero de otro plan médico grupal y los Beneficios bajo ese otro plan no están excluidos ni limitados con respecto a una Afección Preexistente (Avisos: Existen limitaciones en planes que imponen exclusiones por Afecciones Preexistentes y tales exclusiones quedaron prohibidas a partir de 2014 bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio); o
- La fecha en que el beneficiario calificado adquiere el derecho para recibir Medicare (ya sea Parte A, Parte B o ambas).

¿Puedo extender mi continuación de cobertura COBRA?

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

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

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

- el Empleado o Exempleado fallece;

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

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

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

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

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

D. Informe al Grupo Sobre los Cambios de Dirección

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

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

Los Empleados que se van en una licencia militar para prestar servicio en los servicios uniformados de los Estados Unidos (como se describe el término en la USERRA) pueden elegir continuar con la cobertura bajo este Plan por hasta 24 meses a partir de la fecha en que el Empleado se ausenta para prestar el servicio. Solo los Empleados con cobertura pueden elegir la continuación de cobertura conforme la ley USERRA para ellos mismo y para los Dependientes que cumplan los requisitos y que estaban cubiertos por el Plan inmediatamente antes de fueran a prestar el servicio militar. Los dependientes no pueden elegir independientemente la cobertura de continuación de USERRA.

Para reclamar la continuación de cobertura USERRA, los Empleados deben notificar debidamente a sus Empleadores que se ausentarán para prestar «servicio en los servicios uniformados» y solicitar una continuación de cobertura, según lo soliciten los Empleadores.

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

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

- Usted no paga las primas requeridas a tiempo, o

- El día después de la fecha en que la ley exige que Usted solicite o regrese a un puesto de trabajo y Usted no cumple con ello.

Los Empleadores sujetos a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés) pueden optar por proporcionar los derechos de continuación de cobertura USERRA al mismo tiempo que la cobertura de continuación de COBRA, según lo permita la ley. Cada Empleador actúa independientemente al elegir cómo aplicar esta disposición y no refleja ninguna de Nuestras pautas. En todos los casos, consulte a Su Empleador sobre cómo se aplica esta disposición a Su Plan.

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

Artículo 19. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

A. Aplicabilidad

Esta sección se aplica cuando el Afiliado tiene cobertura de atención médica en más de un Plan se define a continuación.

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 Plan de Beneficios)*

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 Plan de Beneficios que proporciona prestaciones de atención médica que pueden verse reducidas a causa de los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del Plan de Beneficios que proporcione Beneficios de atención médica está separada de este Plan de Beneficios. Este Plan de Beneficios puede aplicar una provisión de Coordinación de Beneficios para ciertos Beneficios, tales como los Beneficios dentales, coordinando solo con Beneficios similares y puede aplicar otra provisión de Coordinación de Beneficios 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 Plan de Beneficios es un Plan principal o un Plan secundario cuando un Afiliado no tiene cobertura de atención médica con más de un Plan. Cuando este Plan de Beneficios 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 Plan de Beneficios 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 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 Coordinación de Beneficios 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 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 el 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 Plan de Beneficios nunca pagará más de lo que hubiese pagado si hubiese sido el Plan Principal.

D. Efectos en los Beneficios de este Plan de Beneficios

1. Cuando este Plan de Beneficios 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 Plan de Beneficios 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 Plan de Beneficios cualquier importe que hubiéramos acreditado al Importe deducible en ausencia de otra cobertura de atención médica. En cualquier caso, este Plan de Beneficios 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 según el Plan de Beneficios;
 - b. determinaremos si una reserva de beneficios se ha registrado para usted y 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 y de su familia cubierta para pagar hasta el cien por ciento (100 %) del total de los Gastos Permitidos incurridos 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?Sfvrn=24e14b52_0.

E. Resumen

Este es un resumen de solo algunas de las disposiciones de Su Plan de Beneficios 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 integrantes 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 integrantes 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 Beneficio Plan es el Principal

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 que está cubierto por este Plan de Beneficios 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 Plan de Beneficios, como si no tuviera otra cobertura de atención médica bajo ningún otro plan.
- b. Seremos Secundarios cuando las reglas no requieran que seamos 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 permiten los planes, 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 un importe que el Plan principal no haya cubierto porque usted no haya seguido 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 integrante de su familia cubierto por este Plan de Beneficios 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 Coordinación de Beneficios. 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 informar u obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Toda persona que reclame sus Beneficios dentro de este Plan de Beneficios deberá facilitarnos todos los datos que necesitemos para abonar la Reclamación.

G. Facilidad de pago

Un pago realizado dentro de cualquier otro Plan podría incluir una cantidad que debió haberse pagado en este Plan de Beneficios. Nosotros podremos pagar esa cantidad a la organización que realizó el pago. Entonces, la cantidad se tratará como si fuese un Beneficio pagado por este Plan de Beneficios. En la medida en que se realicen dichos pagos, eso Nos exime de cualquier responsabilidad. 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 20. DISPOSICIONES GENERALES - GRUPO O TITULARES DE LA PÓLIZA Y AFILIADOS

Las siguientes disposiciones generales se aplican al titular de la póliza del Grupo y a todos los afiliados.

El Grupo suscribe este Plan en nombre de las personas cualificados que se inscriben en él. Si el Grupo acepta este Plan, quienes se inscriben como Suscriptores y Dependientes también lo aceptan y están sujetos a él.

A. El Plan de Beneficios

1. Este Plan, que incluye el formulario de inscripción y cambios del empleado y el Esquema de Beneficios, que indican todo el dinero y las modificaciones o anexos, constituyen la totalidad del contrato entre las partes.
2. Excepto lo específicamente provisto en este Plan, este Plan de no nos hará responsables por cualquier deber u obligación que las leyes o normas federales o estatales impongan sobre el Empleador. En la medida en que este Plan sea un plan de beneficios para el bienestar del empleado, como se define en la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés), y sus enmiendas, el Grupo será el administrador del plan de beneficios para el administrador del empleado y será el únicamente responsable de cumplir con todas las obligaciones que impongan la ley o las normas que imponga al administrador, excepto sobre aquellas realizadas específicamente aquí. En la medida en que este Plan pague Beneficios para el tratamiento de ciertas lesiones, las exclusiones a los beneficios cubiertos no se aplican si son incompatibles con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), según enmendada. Su Plan cubrirá enfermedad o lesión corporal que resulten de un acto de violencia doméstica o una afección médica (incluyendo condiciones de salud física y mental); o para servicios médicos de emergencia. En la medida en que este Plan esté sujeto a COBRA, el Grupo, o quien este designado por contrato, será el administrador a los fines de COBRA. El Grupo debe establecer y seguir todos los procedimientos COBRA requeridos que puedan aplicarse. El Grupo nos indemnizará y nos exonerarán de responsabilidad si Nosotros incurrimos en alguna responsabilidad porque el Grupo no lo hace.
3. 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 o tenga que ver con Su atención médica o tratamiento.
4. Tenemos plena autoridad para decidir si reúne los requisitos para recibir los Beneficios o para interpretar los términos de este Plan. Los Afiliados que no estén de acuerdo con la resolución de la Compañía pueden seguir cualquier procedimiento pertinente que esté disponible según los términos de este Plan de Beneficios y la ley.
5. Nosotros podemos celebrar acuerdos contractuales con subcontratistas, proveedores de atención médica o terceras partes en relación con este Plan. Cualquier función que Nosotros debamos llevar a cabo según este Plan podrán ser realizadas por Nosotros o cualquiera de Nuestras filiales, sucursales, subcontratistas o personas designadas.

B. Sección 1557 Procedimiento de Quejas Formales

No discriminamos en función de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Contamos con un procedimiento interno de quejas para resolver rápidamente 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 Nuestros esfuerzos para 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. Es ilegal que Nosotros tomemos 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. En la queja, indique el problema o la acción que se alega es discriminatoria y el remedio o la protección que Usted busca.

El Coordinador de la Sección 1557 investigará la queja. Puede que la investigación sea informal, pero se hará a conciencia. Le sugerimos que envíe evidencias relacionadas con Su queja. El Coordinador de la Sección 1557 conservará Nuestros archivos y registros 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 relacionados 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 después de recibirlo.

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 debe responder por escrito a más tardar 30 días después de recibirla.

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 de discriminación en función de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad ante un tribunal o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Usted debe presentar quejas en un plazo de ciento ochenta (180) días desde la fecha de la presunta discriminación.

Para los formularios de quejas, vaya a: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Usted puede presentar una Queja 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 teléfono al:

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

Nosotros tomaremos 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. Los 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 al Plan de Beneficios

Sujeto a todas las leyes y normativas que apliquen, Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Plan con al menos sesenta (60) días de aviso al Grupo. Ninguna modificación o renuncia a cualquier disposición del Plan será efectiva hasta que sea aprobada por Nuestro presidente ejecutivo.

D. Tarjetas de identificación y planes de beneficio

Prepararemos tarjetas de identificación para los Suscriptores. Proporcionaremos un Plan al Grupo e imprimiremos una cantidad suficiente de copias para los Suscriptores del Grupo. Según las indicaciones del Grupo, entregaremos todos los materiales del Grupo para su distribución a los Suscriptores, o entregaremos los materiales directamente a cada Suscriptor. La copia del Plan del Suscriptor servirá como certificado de cobertura.

A menos que se acuerde lo contrario entre el Grupo y Nosotros, el Grupo es el único responsable de distribuir documentos a los Suscriptores.

E. Beneficios a los que tiene derecho el Afiliado

1. Nuestra responsabilidad se limita a los Beneficios especificados en este Plan.
2. Su Plan paga por los Servicios Cubiertos especificados en este Plan. El Plan pagará únicamente por los servicios y suministros prestados a partir de Su Fecha de entrada en vigor por un Proveedor especificado en este Plan y regularmente incluido en los cargos de Su Proveedor.
3. 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 Preferred Care PPO. Si es un paciente que requiere atención médica continuada, puede seguir recibiendo los Servicios Cubiertos hasta la finalización del curso del tratamiento o hasta noventa (90) días después de que le notifiquemos que el Proveedor ha abandonado la Red de Proveedor PPO, lo que ocurra primero.
 - b. Un paciente que requiere atención médica continuada es aquel que:
 - (1) Está siguiendo un curso de tratamiento para una Afección médica grave y compleja;
 - (2) Está siguiendo un curso de atención institucional o a un curso como paciente hospitalizado;
 - (3) Tiene programada una operación no selectiva por parte del proveedor, y se incluye el recibir cuidados postoperatorios;
 - (4) Está embarazada y se somete a un curso de tratamiento para el embarazo; o
 - (5) Tiene una enfermedad terminal, lo que significa que el pronóstico médico es una esperanza de vida de 6 meses o menos, y está recibiendo tratamiento para la enfermedad terminal por parte del Proveedor.
 - c. Las disposiciones de continuidad de la atención no se aplican si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:
 - (1) La razón para finalizar el 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 de 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 Preferred Care PPO.
 - (5) Su afección médica no cumple los requisitos para ser considerada una afección grave y compleja.

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

1. El Grupo debe proveernos la información que necesitamos para inscribir a Afiliados bajo este Plan, procesar terminaciones y hacer cambios del estatus familiar y de membresía. La aceptación de los pagos de las personas que ya no cumplen con los requisitos para recibir la cobertura no Nos obligará a proporcionar Beneficios.

2. Todas notificación de membresía o cambios en la cobertura deberán realizarse en los formularios aprobados por Nosotros y deberán incluir toda la información que necesitamos para realizar los cambios.
3. El Grupo debe notificar a nuestro Departamento de Membresía y Facturación sobre la rescisión de la cobertura de los Afiliados completando un formulario de cancelación (u otro formulario de notificación aceptable para nosotros). Para el Suscriptor, debemos recibir el formulario de cancelación al final del ciclo de facturación que le sigue inmediatamente al ciclo de facturación en el que finaliza el empleo del Suscriptor en el Grupo o al finalizar su derecho para recibir cobertura (o cualquier otro período descrito en el Esquema de Beneficios). Para los Dependientes, Nosotros debemos recibir el formulario de cancelación al final del ciclo de facturación inmediatamente después del ciclo de facturación en el que el Dependiente ya no cumple con los requisitos para recibir la cobertura (o cualquier otro período descrito en el *Esquema de Beneficios*). El Grupo debe presentar evidencia a Nuestro Departamento de Membresía y Facturación de que los Afiliados eligen continuar la cobertura después de esa terminación, dentro de los 3 días laborables luego que el Grupo recibe los formularios de continuación firmados por parte del Afiliado. No tenemos que reembolsar ninguna prima que el Grupo o cualquier Afiliado pague si ese pago fue realizado porque el Grupo no Nos notificó a tiempo que la cobertura del Afiliado finalizó.

Sólo aceptaremos las solicitudes de terminación de la cobertura que se presenten después del periodo indicado anteriormente de manera provisional después de la fecha de recepción; el Grupo deberá pagar todas las primas correspondientes hasta la fecha de terminación definitiva. Todas las solicitudes de la rescisión de cobertura sean oportunas o no estarán sujetas a otros términos, condiciones, y requisitos legales que puedan aplicarse. Siempre que el Grupo Nos presente una solicitud para finalizar Su cobertura o la cobertura de Sus Dependientes, consideramos que el Grupo asume que ni Usted ni Su Dependiente han realizado pagos a fin de cubrir el costo de las Primas para cualquier período de cobertura después de la fecha en que el Grupo desea que se termine la cobertura, y que no se proporcionó información o se hizo una declaración a Usted o Su Dependiente para generar una expectativa de que Usted continuaría la cobertura más allá de esa fecha, a excepción de las divulgaciones que exige la ley con respecto a cualquier derecho de COBRA u otra cobertura de continuación obligatoria. En el caso en que la persona tenga derecho a continuar la cobertura conforme a la ley COBRA u otro mandato similar, el Grupo debe solicitar a tiempo la rescisión de la cobertura de la persona bajo el proceso regular que Nosotros creamos para tal fin, y enviar la elección de la persona para que continúe la cobertura en un proceso por separado.

4. El Grupo garantiza la precisión de la información que nos envíe a Nosotros y entiende que Nosotros confiaremos en dicha información. Si lo solicitamos, el Grupo se compromete a facilitarnos o permitirnos inspeccionar los registros de personal para verificar los requisitos.
5. Además, el Grupo acepta indemnizarnos por todos los gastos en los que podamos incurrir debido al incumplimiento del Grupo de no enviar la información correcta cuando sea necesario. La indemnización incluye, los pagos por Reclamaciones realizadas en nombre de personas que no tienen derecho a recibir los Beneficios. Alternativamente, podemos, a nuestra entera discreción, hacer responsable al Grupo de todos los pagos de las Primas de los Afiliados a los que no se les rescinda la cobertura a tiempo porque el Grupo no nos notificó los ceses o cambios en los requisitos.

G. Terminación de su Cobertura

1. Podemos optar por rescindir lo terminar Su cobertura si Usted comete fraude o da una declaración falsa intencional de un hecho relevante bajo los términos de este Plan La emisión de esta cobertura depende de las representaciones y declaraciones en la solicitud y la inscripción. Todas las representaciones realizadas son de importancia para emitir esta cobertura. Cualquier información omitida intencionalmente de la solicitud o del formulario de inscripción, con respecto a cualquier Suscriptor propuesto o Afiliado, constituirá una declaración falsa intencional de un hecho relevante. Podemos rescindir Su cobertura retroactivamente a la fecha de entrada en vigor de la cobertura o finalizarla dentro de los 3 años posteriores a Su Fecha de entrada en vigor, por causa de fraude o por una tergiversación intencional de los hechos materiales. Le informaremos por escrito sesenta (60) días antes de rescindir o terminar la cobertura conforme a esta sección. Si Usted se inscribió y no cumplen los requisitos para recibir la cobertura, esto se considerará un acto de fraude o tergiversación intencional de los hechos materiales.
2. A menos que la Continuación de Cobertura esté disponible y se seleccione como se estipula en este Plan, Su cobertura finaliza tal como se indica a continuación:

- a. Su cobertura y la de Sus Dependientes finaliza automáticamente, y sin previo aviso, al final del ciclo de facturación en el que Usted ya no cumple los requisitos.
 - b. La cobertura de su Cónyuge se cancelará automáticamente, y sin previo aviso, al final del ciclo de facturación por el cual se han pagado las primas cuando se presente un decreto final de divorcio u otra terminación legal del matrimonio.
 - c. La cobertura de los Dependientes finalizará automáticamente y sin previo aviso, al final del ciclo de facturación en que el Dependiente no cumple los requisitos para ser Dependiente, si se han pagado las primas durante ese período.
 - d. Cuando el Suscriptor fallece, la cobertura de todos los Dependientes finalizará automáticamente y sin previo aviso al final del ciclo de facturación en el que haya ocurrido el fallecimiento si se han pagado las primas durante ese período. Sin embargo, el Cónyuge o Dependiente que le sobreviva puede elegir la continuación de cobertura como se describe en otra sección de este Plan.
3. En el caso en que el Grupo cancele este Plan o que Nosotros terminemos este Plan debido a la falta de pago oportuno o debido a que el Grupo no cumple con ninguna obligación, dicha cancelación o rescisión por sí sola pondrá fin a todos Sus derechos sobre los Beneficios de este Plan a partir de la Fecha de entrada en vigor de dicha cancelación o rescisión. El Grupo debe notificarle a Usted, a los participantes y a los Beneficiarios sobre dicha cancelación o rescisión. Nosotros no tenemos que notificarle.
 4. Si las disposiciones de los párrafos a., b., c., o d mencionadas anteriormente ocurren, si Usted es un Paciente Hospitalizado en un Hospital en la fecha de finalización de la cobertura, los Beneficios médicos para Su Admisión cesarán cuando finalice la Hospitalización, o cuando Usted alcance las limitaciones de Beneficios establecidas en este Plan, lo que ocurra primero.
 5. Excepto que se estipule lo contrario en este Plan, Su Plan no paga por los Servicios Cubiertos proporcionados después de la fecha de cancelación o terminación de Su cobertura.
 6. Cuando no se cubren más a los hijos o nietos por este Plan, Nosotros podemos cambiar automáticamente la clase de cobertura del Suscriptor.
 7. La cancelación o rescisión entrará en vigor a la medianoche del último día del ciclo de facturación. Los ciclos de facturación van desde el 1.º día del mes o hasta el final del mes o desde el día 15 del mes hasta el día 14 del mes próximo.
 8. Cuando la cobertura del Grupo finaliza porque el plan deja de existir o la cobertura bajo la ley COBRA se ha agotado, los Afiliados pueden solicitar cobertura individual a través de Nosotros o al Mercado de Seguros Médicos.

H. Presentación de Reclamaciones

1. Usted debe presentar todas las Reclamaciones dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que se prestaron los servicios, a menos que no sea posible hacerlo dentro de ese período. En ninguna circunstancia una Reclamación se presentará más tarde de quince (15) meses a partir de la fecha en que se prestaron los servicios.
2. La mayoría de los 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 para el Afiliado. Sin embargo, si el Afiliado debe presentar una Reclamación para acceder a su Beneficio de Medicamentos con Receta, deberá utilizar el Formulario de Reclamaciones de Medicamentos con Receta. Los Afiliados pueden obtener un *Formulario de Reclamación de Medicamentos con receta* en la sección de farmacia de Nuestro sitio web, es.bcbsla.com/pharmacy. El Formulario de Reclamación de Medicamentos con Receta o un documento adjunto que Nos resulte aceptable, deberá estar firmado por el farmacéutico que despache el medicamento. El formulario de Reclamaciones debe enviarse a nuestro administrador de beneficios de farmacia, cuyo número figura en la tarjeta de identificación

I. Legislación vigente y política de conformidad

Este Plan se registrará e interpretará de acuerdo con las leyes y reglamentos del Estado de Luisiana excepto cuando sea precedido por una ley federal. Este Plan no está sujeto a la normativa de parte de ningún otro estado. Si alguna disposición de este Plan entra en conflicto con alguna ley del Estado de Luisiana o de los Estados Unidos de América, el Plan 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.

J. Acciones legales

1. Ninguna demanda relacionada con una Reclamación puede ser presentada más tarde de doce (12) meses después de que se solicite la presentación de esta.
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.

K. Divulgación de la información

Podemos pedirle a Usted o a Su Proveedor que nos brinde cierta información sobre Su Reclamación. Nosotros mantendremos la confidencialidad de esa información, registros, o copias de los registros a menos que debamos divulgarla a discreción Nuestra.

L. Cesión

1. Sus derechos y Beneficios bajo este Plan son Suyos. Usted no puede asignarlos en su totalidad o en parte a nadie más. Reconoceremos las asignaciones de Beneficios a los Hospitales si tanto este Plan como el del Proveedor están sujetos a La. R.S. 40:2010. Si ambos no están 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 hace al plan médico o a Nosotros responsables antes un tercero a quien Usted deba el costo de la atención médica, tratamiento o servicios.
2. Nos reservamos el derecho de pagar directamente a los Proveedores y Hospitales PPO y a los Proveedores y Hospitales de Nuestra Red de Proveedores Participantes, en lugar de pagarle a Usted.

M. Relación entre el Afiliado y el Proveedor

1. La elección del Proveedor es exclusiva del Afiliado.
2. La Compañía y los Proveedores de la Red son contratistas independientes entre sí y no se consideran agentes, representantes ni empleados el uno del otro, para ningún fin. La Compañía no presta Servicios Cubiertos sino que únicamente paga los Servicios Cubiertos que recibe el Afiliado. La Compañía no será responsable de ningún acto u omisión de ninguno de los Proveedores, ni de ninguna Reclamación o demanda originada por daños provenientes de ellos, y de ninguna manera está relacionada con ninguna lesión sufrida por el Afiliado mientras recibía atención de cualquier Proveedor o en sus instalaciones. La Compañía no tiene ninguna responsabilidad por el incumplimiento o la negativa de un Proveedor a prestar Servicios Cubiertos al Afiliado.
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.

N. Este Plan de Beneficios y Medicare

1. Para los Empleadores con veinte (20) o más Empleados activos, las leyes y reglamentos federales requieren que cada Empleado activo y cada Cónyuge del Empleado activo — que tengan sesenta y cinco (65) años o más —puedan elegir tener cobertura bajo este Plan o Medicare.
 - a. Si esos Empleados o Cónyuges eligen la cobertura de este Plan, este será el pagador primario de Beneficios. El programa de Medicare será el pagador secundario.
 - b. Este Plan no proporcionará Beneficios para complementar los pagos de Medicare por gastos admisibles de Medicare para aquellos Empleados o Cónyuges que elijan el programa de Medicare como el pagador primario.

2. Según la ley federal, si un Empleado activo menor de sesenta y cinco (65) años o un Dependiente de un Empleador activo menor de sesenta y cinco (65) años está cubierto por un Plan de Beneficios Grupal de un Empleador con cien (100) o más Empleados y también tiene cobertura de Medicare debido a una incapacidad de la Seguridad Social, este Plan es el pagador principal y Medicare es el pagador secundario.
3. Si Usted es menor de sesenta y cinco (65) años, está cubierto por este Plan y también está cubierto por Medicare por motivo de tener una enfermedad renal en etapa terminal, Medicare será el pagador primario. Este Plan será el pagador secundario, excepto durante el período de los primeros 30 meses en que Usted cumple los requisitos para recibir los Beneficios de Medicare solo debido a esa enfermedad, este Plan será el pagador primario y Medicare será el pagador secundario.
4. Cuando este Plan es el pagador primario, pagará Beneficios regulares por los Servicios Cubiertos. Cuando este Plan es el pagador secundario, pagará Beneficios según el importe aprobado por Medicare o Nuestro Cargo Permitido, lo que sea menor. Cuando Medicare no requiere que un Médico o Proveedor Asociado acepte el importe aprobado por Medicare como pago total, basamos los Beneficios en lo que consideremos sea menor: el importe aprobado por Medicare más el cargo límite de Medicare, si corresponde, o Nuestro Cargo Permitido.

O. Aviso

Cualquier aviso requerido bajo este Plan debe ser por escrito. Enviaremos los avisos al Grupo a la dirección del Grupo que figura en la *Solicitud para Cobertura Grupal*. Se nos enviará un aviso a Nuestra dirección indicada en la *Solicitud para Cobertura de Grupo*. Consideraremos cualquier aviso requerido que se nos envíe cuando se deposite en el correo de EE. UU., con franqueo pagado, dirigida a Usted en la dirección que Nosotros tenemos de Usted en Nuestros registros, o a la dirección en Nuestros registros del grupo. Nosotros, el Grupo, o Usted podemos cambiar la dirección en Nuestros registros notificándonos por escrito.

P. Lesión o enfermedad relacionada con el trabajo

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

Q. Subrogación

1. En la medida en que los Beneficios por los Servicios Cubiertos se paguen conforme a este Plan, Nosotros seremos subrogados y conseguiremos Su derecho de recuperar el importe pagado según este Plan contra cualquier persona, organización u otra compañía aseguradora, aun cuando dicha compañía aseguradora brinde Beneficios directamente a Usted que es su asegurado. Aceptar tales Beneficios es subrogación. Nuestro derecho de recuperación estará subordinado a Su derecho a «ser compensado». Nosotros aceptamos que pagaremos Nuestra parte proporcional de los honorarios y costos razonables de abogados y los costos que Usted pagó para procurar su recuperación.
2. Usted Nos reintegrará todos los importes recuperados por una demanda, acuerdo o de algún otro modo de parte de cualquier persona, organización u otra compañía aseguradora, aun cuando dicha compañía aseguradora le pague a Usted directamente, según el alcance de los Beneficios proporcionados o pagados conforme a este Plan. Nuestro derecho de recuperación estará subordinado a Su derecho a «ser

compensado». Nosotros aceptamos que pagaremos Nuestra parte proporcional de los honorarios y costos razonables de abogados y los costos que Usted pagó para procurar su recuperación.

3. Usted tomará medidas, brindará tal información y asistencia, y ejecutará dichos documentos de la manera en que se lo solicitemos a fin de ayudar a hacer cumplir Nuestros derechos, y no llevará a cabo acciones que perjudiquen Nuestros derechos e intereses conforme a este Plan. Nosotros y Nuestros designados tienen el derecho de obtener y revisar Sus registros médicos y de facturación, si Nosotros determinamos, que dichos registros podrían ser útiles a procurar Nuestro derecho de subrogación o reembolso. Ninguno de los puntos incluidos en esta disposición se considerará como cambios, modificaciones o variaciones de los términos del artículo Coordinación de Beneficios de este Plan.
4. Usted debe notificarnos de cualquier Lesión Accidental.

R. Derecho de reembolso

Siempre que Nosotros hayamos pagado más de lo máximo disponible de Beneficios por los Servicios Cubiertos conforme a este Plan o más del Cargo Permitido, o siempre que Nosotros hayamos realizado por error un pago por Servicios No Cubiertos, Nosotros podemos recuperar de Su parte o por parte del Proveedor ese pago, si es apropiado. Como alternativa, Nosotros podemos deducir de cualquier Reclamación pendiente cualquier importe que Usted o el Proveedor os deba.

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

En el caso en que el Departamento de Asuntos de los Veteranos proporcione a un veterano atención o servicios por una discapacidad no relacionada con el servicio, los Estados Unidos tendrán el derecho de recuperar o cobrarnos el costo razonable de dicha atención o servicios, en la medida que el veterano cumpla con los requisitos para recibir Beneficios por dicha atención o servicios 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.

T. Responsabilidad de los afiliados al Plan

En representación de sí mismo y de sus participantes, el Grupo reconoce explícitamente que este Plan es un contrato solo entre el Grupo y Nosotros, que somos una corporación independiente que funciona bajo una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield, y que la «Asociación» nos permite usar las Marcas de Servicio de Blue Cross and Blue Shield en el Estado de Luisiana, y que Nosotros no realizamos el contrato como agente de la asociación.

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

U. Servicios fuera del área

Tenemos una variedad de relaciones con otros Planes de 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 recibía servicios de atención médica fuera del área geográfica que Nosotros atendemos, la Reclamación para esos servicios puede ser procesada a través de uno de estos Acuerdos Entre Planes. Los Acuerdos Entre Planes se describen a continuación.

Cuando Usted reciba atención médica fuera de Nuestra área de servicio, Usted la recibirá de uno de estos dos tipos de Proveedores: Proveedor Participante o Proveedor No Participante. La mayoría de los «*Proveedores Participantes*» contratan con los Licenciarios locales de Blue Cross o Blue Shield en esa área geográfica (*Host Blue*). Los «*Proveedores No Participantes*» no contratan con el Host Blue. Explicamos cómo Nosotros pagamos a ambos tipos de Proveedores.

Requisitos para los Acuerdos entre Planes - Tipos de Reclamaciones

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

1. Programa BlueCard®

Con el programa BlueCard®, cuando Usted recibe Servicios Cubiertos dentro del área geográfica en la que presta servicio un Host Blue, Nosotros haremos lo que acordamos con Nuestras obligaciones del Plan. 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.

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

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

A menudo, dicho “*precio negociado*” es un simple descuento que refleja un precio real que el Host Blue le paga a Su Proveedor. En ocasiones, es un precio estimado que tiene en cuenta acuerdos especiales con Su Proveedor o grupo de Proveedores y que puede incluir tipos de acuerdos, pagos de incentivo y/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 después de tener en cuenta los mismos tipos de transacciones que con un precio estimado.

Los precios estimados y promedio, a futuro, también toman en cuenta los ajustes para corregir cálculos altos o bajos por modificaciones de precios antiguos por las clases de modificación de transacciones mencionadas más arriba. Sin embargo, dichos ajustes no afectarán el precio que Nosotros utilizamos para Su Reclamación porque no serán aplicados una vez que una Reclamación ya ha sido pagada.

2. Caso Especial: Programas basados en la calidad prestada

a. Programa BlueCard®

Si Usted recibe Servicios cubiertos por un Programa basado en la calidad prestada dentro del área de servicio de un Host Blue, Usted no será responsable de pagar ninguno de los Incentivos de Proveedor, compartir riesgos o de los Honorarios de Coordinador de la atención médica que forman parte de dicho acuerdo, a excepción de cuando un Host Blue nos pase a Nosotros esos cargos a través de los precios promedio o de los ajustes de la tarifa.

b. Acuerdos Negociados de Cuentas Nacionales (Programas ajenos a BlueCard®)

Si Nosotros hemos firmado un Acuerdo Negociado con un Host Blue para proporcionar Programas basados en la calidad prestada al Grupo en Su nombre, Nosotros seguiremos los mismos procedimientos para la administración de los Programas basados en la calidad prestada y los Honorarios del Coordinador de la atención médica como para el Programa BlueCard®.

3. Programas Entre planes: Impuestos y Recargos o Tarifas Federales y Estatales

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 otra tarifa como parte del cargo de la Reclamación que se le transmitió a Usted.

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

a. Cálculo de la Responsabilidad del Afiliado

Cuando sale de Nuestra área de servicio a Proveedores No Participantes para Servicios Cubiertos, normalmente basaremos el importe que Usted paga en el pago local del Proveedor No Participante de Host Blue o en los acuerdos de precios que requiere la ley estatal. En estas situaciones, es posible que Usted tenga que pagar la diferencia entre el importe que factura el Proveedor No Participante y el pago que Nosotros realizaremos por los Servicios Cubiertos, tal como se establece en este párrafo. Las leyes federales o estatales regirán los pagos de Servicios Médicos de Emergencia que No Pertenece a la Red.

b. Excepciones

En algunas situaciones, Nosotros podemos utilizar otros métodos de pago, como los cargos facturados por Servicios Cubiertos, el pago, que Nosotros haríamos si los servicios de atención medica se hubieran obtenido dentro de Nuestra área de servicio, o un pago acordado especial para determinar el importe que Nosotros pagaremos por los servicios de Proveedores No Participantes. En estas situaciones, es posible que Usted tenga que pagar la diferencia entre el importe que factura el Proveedor No Participante y el pago que realizaremos Nosotros por los Servicios Cubiertos, tal como lo establece Su Plan.

5. 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 (*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 Programa BlueCard® en ciertas formas. Por ejemplo, aunque Blue Cross Blue Shield Global® Core le ayuda a acceder a una red de Proveedores de Pacientes Hospitalizados, Ambulatorios y profesionales, Host Blue no presta servicios a la red. Cuando Usted acude a Proveedores fuera del área de servicio de BlueCard®, generalmente será Usted que tendrá que abonarles y presentar las Reclamaciones.

Para servicios de asistencia médica fuera del área de servicio de BlueCard® (incluida la búsqueda de un médico u Hospital) llame al:

Centro de servicio de Blue Cross Blue Shield Global® Core
24 horas al día, 7 días a la semana
1-800-810-BLUE
1-800-810-2583).

o llame a cobro revertido

1-804-673-1177

Trabajando con un profesional médico, un coordinador de asistencia organizará una cita con el Médico o una hospitalización, si 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 ayuda, los Hospitales no le exigirán que Usted pague por los servicios cubiertos de Hospitalización, excepto por Su Deducible y Coaseguro. 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 de recibir los servicios, Usted debe presentar una Reclamación para recibir un reembolso. Debe ponerse en contacto con nosotros para

que le autoricemos los servicios de Paciente hospitalizado que no sean de Emergencia, tal y como se explica en el artículo de Administración de la Atención.

b. Servicios para Pacientes Ambulatorios

Si Usted acude a Médicos, Centros de Atención de Urgencia y otros Proveedores Ambulatorios fuera del área de servicio de BlueCard® , normalmente requerirá que Usted pague en su totalidad al momento del servicio. Para recibir un reembolso, Usted debe presentar una Reclamación.

c. Cómo presentar una Reclamación a Blue Cross Blue Shield Global® Core

Cuando Usted paga por los Servicios Cubiertos fuera del área de servicio de BlueCard®, debe presentar una Reclamación para obtener el reembolso. Para Reclamaciones institucionales y profesionales, llene un *Formulario de Reclamación de Blue Cross Blue Shield Global® Core* Envíe el formulario con las facturas detalladas del Proveedor al centro de servicio de Blue Cross Blue Shield Global® Core en la dirección que se muestra en el formulario.

Asegúrese de seguir las instrucciones en el formulario. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Nosotros o con el centro de servicio de Blue Cross Blue Shield Global® Core, o visite www.bcbsglobalcore.com.

Para obtener ayuda para presentar Su Reclamación, llame al:

Centro de servicio de Blue Cross Blue Shield Global® Core
24 horas al día, 7 días a la semana
1-800-810-BLUE
1-800-810-2583).

o llame por cobrar:

1-804-673-1177

V. Certificados de Cobertura Válida para HIPAA

Le emitiremos un certificado de Cobertura Acreditada o un documento similar, si Usted lo solicita dentro de los veinticuatro (24) meses luego de que cese la cobertura de este Contrato.

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

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

1. El primer requisito de divulgación es proporcionar anualmente un aviso de divulgación por escrito a todos los Afiliados que califican para Medicare que estén cubiertos por su plan de Medicamentos con Receta, antes del 15 de octubre de cada año y en diferentes momentos según lo establecido en las normativas, incluso a un Afiliado calificado para Medicare cuando se une al Plan. Esta divulgación se debe proporcionar a los Afiliados activos que cumplen los requisitos de Medicare y sus Dependientes, a los Afiliados de COBRA y a sus Dependientes que cumplen los requisitos de Medicare, a los afiliados discapacitados que cumplen los requisitos de Medicare y que están cubiertos por su plan de Medicamentos con Receta y a los Jubilados y sus Dependientes. La ley MMA impone una multa por inscripción tardía a los Afiliados que no mantengan la Cobertura Acreditada durante un período de sesenta y tres (63) días o más, después de su período de inscripción inicial para el Beneficio de Medicamentos con Receta de Medicare. Por consiguiente, esta

información es esencial para la decisión de un Afiliado de inscribirse en un plan de Medicamentos con Receta de la Parte D de Medicare.

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

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

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

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

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

1. La Compañía mantendrá la cobertura del Suscriptor durante todo periodo de ausencia por licencia que el Grupo esté obligado a brindar de acuerdo con las leyes federales o estatales correspondientes, inclusive la Ley de Licencia Médica y Familiar de 1993 (FMLA), la Ley de Americanos con Discapacidades o La Ley de Discriminación por Embarazo y toda enmienda o disposición posterior, siempre que se sigan cumpliendo todos los demás criterios requeridos por la ley. Si la cobertura del Suscriptor finaliza durante una licencia conforme a la Ley de Licencia Médica y Familiar, cuando el Suscriptor regrese al empleo activo de tiempo completo, tendrá derecho a volver a inscribirse para recibir cobertura siempre que el Grupo mantenga la cobertura con la Compañía. Si el Suscriptor no se reincorpora al empleo activo de tiempo completo al finalizar la ausencia por licencia, dejará de cumplir con los requisitos y al final del período de facturación en el que vence el período de licencia se finalizará la cobertura para él y todos sus Dependientes o bien sucederá lo descrito en el apartado Rescisión de la Cobertura de un Afiliado. Es posible que el Suscriptor y sus Dependientes tengan derecho a continuar con su cobertura de acuerdo con el artículo de Derechos de Continuación de Cobertura incluido en este plan.

Cuando el Grupo/Empleador otorga al Suscriptor una licencia para ausentarse documentada y aprobada, y dicha licencia no se debe a razones de salud del Suscriptor, la Compañía mantendrá la cobertura para el Suscriptor y sus Dependientes Cubiertos durante un período que no supere los noventa (90) días. Durante el período de ausencia aprobado se deben pagar las primas y el Suscriptor debe seguir siendo un Empleado de buena fe del Grupo. El Grupo le brindará a la Compañía prueba de la licencia documentada, si así lo solicita. Si el Grupo da por finalizado el empleo del Suscriptor, el Suscriptor ya no cumple con los requisitos y la

cobertura se dará por finalizada para el Suscriptor y los Dependientes, como se describe en Terminación de la Cobertura de un Afiliado. Es posible que el Suscriptor y sus Dependientes tengan derecho a continuar con su cobertura de acuerdo con el artículo de Derechos de Continuación de Cobertura incluido en este plan.

Y. Nuestro derecho a ofrecer incentivos a las primas

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

1. Animar a los afiliados o suscriptores a participar en programas Quality;
2. Garantizar que los afiliados o suscriptores estén en mejores condiciones de pagar los paquetes de beneficios;
3. Reducir y aliviar los determinantes sociales de la salud;
4. Reducir los costes de transición para los Afiliados o suscriptores que han cambiado de aseguradora o han finalizado la cobertura autoasegurada y han adquirido una cobertura completa;
5. Premiar a los afiliados o suscriptores por elegir proveedores de asistencia médica de calidad, pero que les resulta en un menor costo;
6. Premiar a los afiliados o suscriptores por elegir productos de asistencia médica de calidad, pero que les resulta en un menor costo;
7. Premiar a los afiliados o suscriptores por utilizar formularios digitales y otras maneras de comunicación de información en la que se evita los documentos impresos, incluidos, entre otros, los programas y materiales del plan; y
8. Reducir los costes de inscripción, tecnología o administración de los afiliados o Titulares de la póliza, cuando dichos costos estén relacionados con la realización o el mantenimiento de la cobertura.

Artículo 21. PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES

Deseamos saber cuándo un Afiliado no está conforme con la atención o los servicios que recibe de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana o de alguno 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 médica, 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 riesgo 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 presentar una Queja. Intentaremos resolver la Queja del Afiliado durante la llamada.

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

2. Para Presentar una Queja Formal

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

Envíe las Quejas por escrito a:

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
Appeals and Grievance Unit
P. O. Box 98045
Baton Rouge, LA 70898-9045

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

3. Reconsideración Informal

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 denegación o la determinación de Revisión Concurrente. Llevaremos a cabo la Reconsideración Informal dentro de un (1) día hábil a partir de la fecha de recepción de la solicitud.

B. Procedimientos de Apelación Estándar

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

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

El Afiliado debe comunicarse con su Empleador, administrador del plan, patrocinador del plan, o con Nuestro Departamento de Servicio al Cliente en el 1-800-599-2583 o el 1-225-291-5370, si el Afiliado no está seguro de si le corresponden los procesos ERISA.

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

C. Proceso de Apelación Estándar

Distinguiremos si una Apelación del Afiliado es una Apelación administrativa o médica. El procedimiento de Apelación tiene dos (2) niveles, en el segundo nivel de una Apelación administrativa se incluye una revisión por

parte del comité y en una apelación médica una revisión por parte de una Organización de revisión independiente (IRO) externa.

Se 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, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente a su Determinación Adversa de Beneficios.

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

1. Apelaciones Administrativas

Las Apelaciones Administrativas se refieren a problemas contractuales, Rescisión, 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:

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
Appeals and Grievance Unit
P. O. Box 98045
Baton Rouge, LA 70898-9045

a. Apelaciones Administrativas de Primer Nivel

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

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

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

b. Apelaciones Administrativas de Segundo Nivel

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

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

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

No se aplica a la Apelaciones Administrativas de segundo nivel a la Rescisión, la cual sigue a las vías de Apelación externa.

2. Apelaciones Médicas

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

Nosotros le ofrecemos al Afiliado dos (2) niveles estándar de Apelaciones Médicas, incluyendo una revisión interna de la Determinación de Beneficios Adversos inicial, y posteriormente una revisión externa.

Las Apelaciones Médicas deben enviarse a:

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
Apelaciones Médicas
P. O. Box 98022
Baton Rouge, LA 70898-9022

a. Apelaciones Médicas Internas

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

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

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

La decisión sobre la Apelación médica interna se les enviará por correo al Afiliado, su 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.

b. Apelación Médica Externa y Rescisiones

Para las Apelaciones Médicas y las Rescisiones, 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.

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 Organización de Revisión Independiente. **Las apelaciones sometidas por su Proveedor no serán aceptadas sin el formulario completado con Su firma.**

Brindaremos a la Organización de Revisión Independiente 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 Organización de Revisión Independiente 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 Organización de Revisión Independiente se considera una decisión final y vinculante para el Afiliado y, también, para Nosotros con el propósito de determinar la cobertura bajo un Plan 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 Medicamente Necesario o En Investigación, excepto en la medida en que otros recursos estén disponibles bajo la ley Estatal o Federal.

D. Apelaciones Aceleradas

Ofrecemos un proceso de Apelación Acelerada para revisar una Determinación Adversa de Beneficios en una situación en la que los plazos de una Apelación médica estándar pondrían en grave peligro la vida, la salud o la recuperación máxima de las funciones del Afiliado. Incluye situaciones en las que, según la opinión del Médico que le atiende, el Afiliado 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:

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
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 médicas Aceleradas Externas a la Organización de Revisión Independiente, para que la revisión pueda completarse dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a 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:

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

E. 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 cree que no hemos cumplido con las medidas de protección contra las facturas médicas sorpresa y el reparto de los costos o con la continuidad de la atención de Ley contra las facturas médicas inesperadas, 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 las facturas médicas sorpresa. 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:

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
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:

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
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, 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 este Plan de Beneficios. 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 22. DERECHOS DE LA LEY ERISA

Siempre que este plan se trate de un plan ERISA, Usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones de acuerdo con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA). Para esta disposición, el Grupo es el Administrador del Plan y estará sujeto a las disposiciones que se mencionan a continuación.

Según ERISA, Usted tiene derecho a:

A. Usted puede Recibir información sobre el Plan y los Beneficios

1. Usted puede analizar, sin cargo, ya sea en la oficina del Administrador del Plan o en otras ubicaciones especificadas, como lugares de trabajo y sindicatos, todos los documentos que rijan al Plan, entre ellos, contratos de seguros y acuerdos de negociación colectivos y una copia del informe anual más reciente (Formulario serie 5500) que haya presentado el Plan al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y que esté disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.
2. Si Usted solicita por escrito al Administrador del Plan, Usted podrá obtener copias de los documentos sobre cómo funciona el Plan, entre ellos contratos de seguros y acuerdos de negociación colectivos, así como también copias del informe anual más reciente (Formulario serie 5500) y un resumen actualizado de la descripción del plan. El Administrador del Plan cobra un costo razonable por las copias.
3. Usted podrá recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. Por ley, el Administrador del Plan debe entregarle una copia de este informe anual resumido.

B. Usted puede continuar con la Cobertura del Plan Médico Grupal

Usted puede continuar con la cobertura de atención médica para sí mismo, su Cónyuge o sus Dependientes, si Usted pierde la cobertura como resultado de un evento calificado. Pueda que Usted o Sus Dependientes tengan que pagar por esa cobertura. Además, Usted también puede revisar este documento y el Resumen de la Descripción del Plan que lo rige, respecto de las normas sobre los derechos de continuación de cobertura de COBRA.

C. Los Fiduciarios del Plan deben actuar con prudencia

Además de crear Sus derechos, la ley ERISA impone obligaciones a las personas responsables del funcionamiento Plan de Beneficios del Empleado. Se denominan fiduciarios. Los fiduciarios tienen la obligación de operar el Plan con prudencia y en Su interés y el de otros Beneficiarios. Ninguna persona, incluido su empleador, el sindicato o cualquier otra persona, podrán despedirlo ni discriminarlo para evitar que obtenga un beneficio del plan o que ejerza sus derechos en virtud de la ley ERISA.

D. Usted puede Imponer sus Derechos

Si Su Reclamación es denegada o ignorada, total o parcialmente, Usted tiene derecho a saber la razón de esta determinación, a obtener copias, sin cargo, de los documentos relacionados con la decisión y a Apelar toda denegación, dentro de ciertos plazos.

Según ERISA, Usted puede tomar medidas para imponer los derechos mencionados. Usted debe agotar todos los procedimientos disponibles de Reclamaciones y Apelaciones antes de presentar cualquier demanda.

Por ejemplo, si Usted solicita una copia de los documentos del Plan o el informe anual más reciente y no los recibe dentro del plazo de treinta (30) días, podrá iniciar una demanda en un tribunal federal. En dicho caso, el tribunal podrá solicitar al Administrador del Plan que aporte los materiales y le pague hasta ciento diez dólares (\$110.00) por día hasta que Usted reciba los materiales, a menos que no se hayan enviado por motivos que estén fuera del control del Administrador del Plan.

Si Nosotros ignoramos o denegamos su Reclamación, total o parcialmente, Usted puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal.

Si Usted no está de acuerdo con la decisión del Plan, o la falta de ella, sobre el estado calificado de una orden de relaciones domésticas o una orden de asistencia médica a niños, podrá iniciar una demanda en un tribunal federal.

En caso de los fiduciarios del Plan utilizaran incorrectamente el dinero del Plan, o si el participante es discriminado por defender Sus derechos, Usted puede solicitar ayuda del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o podrá iniciar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos y los honorarios legales. Si Usted tiene éxito, el tribunal podrá ordenar que la persona a la que Usted ha demandado pague dichos costos y honorarios. Si Usted es quien pierde, el tribunal podrá ordenar que sea Usted quien pague dichos costos y honorarios, por ejemplo, si se decide que Su reclamación carece de fundamentos.

E. Obtenga Ayuda con sus Preguntas

Si Usted tiene alguna pregunta con respecto a Su plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan.

Si Usted tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre Sus derechos en virtud de la ley ERISA, o si Usted necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan, comuníquese con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de EE. UU., que figura en el directorio telefónico:

Division of Technical Assistance and Inquiries
Employee Benefits Security Administration
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20210

Para ciertas publicaciones acerca sus derechos y responsabilidades bajo ERISA, llame a la línea de asistencia de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

Artículo 23. CAMBIOS EN EL PLAN Y PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

Continuamos actualizando acceso en línea para Usted. Ahora puede realizar muchas funciones descritas a continuación sin ponerse en contacto con el Servicio al Cliente. Visite es.bcbsla.com para estos servicios.

Para todos los formularios mencionados es esta sección, comuníquese con la oficina de personal de Su Empleador, una de Nuestra oficinas de servicio locales, o Nuestra oficina principal. Nuestra oficinas de servicio locales están ubicadas en Baton Rouge, Nueva Orleans, Lake Charles, Lafayette, Alexandria, Houma, Monroe y Shreveport.

Para enviarnos documentación, puede dirigirla a Nuestra oficina central a:

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
P.O. Box 98029
Baton Rouge, LA 70898-9029

o:

5525 Reitz Avenue
Baton Rouge, LA 70809

Si Usted tiene alguna pregunta sobre la información de esta sección, Usted puede contactar a Su Empleador o llamar al Servicio de Atención al Cliente al número telefónico que figura en la tarjeta de identificación.

A. Cómo efectuar cambios de los integrantes de la familia en Su Plan

El *Esquema de Requisitos* le indica cuando Usted puede agregar más integrantes de la familia a Su Plan.

Usted debe realizar todos los cambios de la póliza a través del agente o a través de Nosotros. Nosotros debemos recibir un *Formulario de inscripción y Cambios del Empleado* para inscribir a integrantes de la familia que no estaban originalmente en Su *Solicitud de Cobertura Grupal*. Complete el *Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado* para agregar niños recién nacidos, recién nacidos adoptados, un Cónyuge u otros Dependientes.

Debido a que Usted está cubierto bajo un Plan de seguro para Grupo, es extremadamente importante que Usted siga las normas de los plazos que figuran en el artículo *Esquema de Requisitos*. Si Usted no completa y Nos envía el *Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado* dentro de los plazos estipulados en el artículo *Esquema de Requisitos*, es posible que la cobertura de Su seguro no incluya a otros familiares. Es muy importante completar y enviar el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado cuando Usted ya no tiene Dependientes que dejan de cumplir con los requisitos.

B. Cómo presentar las Reclamaciones de Beneficios

La mayoría de los Proveedores han firmado contratos que eliminan la necesidad de que sea Usted que presente personalmente la Reclamación de los Beneficios. Los Proveedores Preferidos o Participantes serán quienes presenten las Reclamaciones por Usted, ya sea por correo o por vía electrónica.

En algunas situaciones, el Proveedor puede solicitar que sea Usted quien presente la Reclamación. Si el 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 Reclamación.

Su tarjeta de identificación muestra la forma en que el nombre del suscriptor (Afiliado al Grupo) aparece en Nuestros registros. (Si tiene cobertura para Dependientes, los nombres se registran como se indica en la información de inscripción que recibimos). La tarjeta de identificación también incluye Su Número del contrato (N.º de ID). Dicho número identifica Sus registros de membresía y se nos debe proporcionar cada vez que se presente una Reclamación.

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

- se utilice un formulario de Reclamación adecuado
- El número del contrato (N.º de ID) que se muestra en el formulario sea idéntico al número en Su Tarjeta de identificación
- figure la fecha de nacimiento del paciente
- esté correctamente señalada la relación del paciente con el Suscriptor
- todos los cargos estén enumerados en la declaración del Proveedor
- la declaración detallada del Proveedor incluya el nombre del Proveedor, su dirección, y el número de identificación fiscal (Tax ID), y se adjunta al formulario de Reclamación,
- la fecha de servicio (fecha de admisión a un hospital u otro proveedor) o la fecha de tratamiento sean correctas;
- el Proveedor indique un código de diagnóstico y código de procedimiento por cada servicio o tratamiento (los indicadores del código de diagnóstico deben coincidir con el formulario de Reclamación)
- tanto Usted como Su Proveedor completen y firmen la Reclamación.

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 muestre la tarjeta de identificación a un Farmacéutico 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*.

Para obtener un Formulario de Reclamación de Medicamentos con receta, visite es.bcbsla.com/pharmacy. Es posible que necesitemos la firma del farmacéutico dispensador en el Formularios de Reclamación de Medicamentos con receta o en cualquier otro anexo que aceptemos. El formulario de reclamaciones debe enviarse a Nuestro administrador de Beneficios de farmacia, cuyo número figura en la tarjeta de identificación.

Se le pagarán los Beneficios según el Cargo Permitido 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 Preferred o es un Proveedor Participante. De ser así, será el Proveedor quien nos presente Su Reclamación. En algunas situaciones, es posible que los Proveedores exijan el pago y le pidan que Usted presente la Reclamación. Si esto ocurre, asegúrese de que el formulario de Reclamación esté completo antes de enviarnoslo.

Si es Usted quien presenta la Reclamación, allí deberán 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.

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

- nombre completo del paciente,
- fechas de servicio,
- descripción del servicio y código del procedimiento,
- código de diagnóstico,
- cargo por el servicio, y nombre y dirección del Proveedor.

E. Reclamaciones por Servicios de Enfermería

Usted debe obtener un recibo por los servicios de enfermería por cada enfermero. El recibo debe indicar el nombre del paciente y la cantidad de días que cubre el 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 equipo médico duradero (DME)

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. La factura debe mostrar el artículo alquilado o comprado, la fecha, el importe 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. Reclamaciones por Trastornos de Salud Mental y por el Consumo de Sustancias Tóxicas

Para obtener ayuda al presentar una Reclamación por Salud Mental o por trastornos por consumo de sustancias tóxicas, llame al Servicio de Atención al Cliente al número que se muestra en la tarjeta de identificación.

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.

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
P. O. Box 98029
Baton Rouge, LA 70898-9029

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.

Nuestras oficinas de servicio locales están ubicadas en Baton Rouge, Nueva Orleans, Lake Charles, Lafayette, Alexandria, Houma, Monroe y Shreveport.

Artículo 24. DISPOSICIONES GENERALES - SOLO PARA EL GRUPO O TITULARES DE LA PÓLIZA

ADEMÁS DEL ARTÍCULO DE LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA DEL GRUPO O TITULARES DE LA PÓLIZA Y LOS AFILIADOS, LAS SIGUIENTES DISPOSICIONES GENERALES TAMBIÉN SE APLICAN AL GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA.

A. Fecha de vencimiento de los pagos de las primas del Grupo

1. Antes de que Usted pueda estar cubierto, el Titular de la Póliza del Grupo debe pagar las primas cuando vencen. Las primas vencen e a partir de la Fecha de entrada en vigor de este Plan de y, a partir de entonces, en la misma fecha cada mes posterior. Esa será la fecha de vencimiento de la prima.
2. El Titular de la Póliza del Grupo debe pagar las primas. Las primas no deben pagarse por terceros, como, entre otros, Hospitales, Farmacias, Médicos, compañías aseguradoras de automóviles u otras compañías aseguradoras. Nosotros no aceptaremos el pago de las primas por parte de terceros, a menos que la ley así nos lo exija. No se base en el hecho de que hayamos aceptado primas por parte de un tercero no relacionado como una indicación de que lo aceptaremos en el futuro.
3. Si una prima no es pagada a su vencimiento, Nosotros podríamos acordar aceptar una prima tardía. No estamos obligados a aceptar el pago tardío de la prima. El hecho de que podamos haber aceptado antes un pago tardío de la prima no quiere decir que en el futuro se acepten pagos tardíos de las primas. Usted no puede confiar en el hecho de que es posible que hayamos aceptado previamente una prima tardía como indicio de que lo haremos en el futuro.
4. Las primas deben pagarse en dólares estadounidenses. Al titular de la póliza del grupo se le cobrará una tarifa de veinticinco dólares (\$25.00) por fondos insuficientes si el banco devuelve un cheque de prima por insuficiencia de fondos. Si el banco devuelve múltiple cheques, tenemos el derecho de rehusar a restablecer la cobertura.

B. Cambio en el importe de la Prima

1. Las primas de este Plan pueden aumentar tras los primeros doce (12) meses de cobertura del Grupo y cada seis (6) meses a partir de entonces, excepto cuando las primas puedan aumentar con mayor frecuencia, como se describe en el siguiente párrafo. Excepto por lo dispuesto en el párrafo siguiente, le daremos al Grupo un plazo de cuarenta y cinco (45) días a partir de la notificación por escrito sobre todo cambio en las tasas de las primas (noventa [90] días de notificación por escrito para los grupos de Empleadores que tienen más de 100 Empleados inscritos). Enviaremos la notificación a la dirección más reciente del Grupo que tengamos en Nuestros registros. Todo aumento de prima entrará en vigor en la fecha especificada en el aviso de cambio de tarifa. Si el Grupo continúa pagando las primas, significa que el Grupo acepta el cambio.
2. En cualquier momento durante la vigencia del Plan, podemos aumentar las primas más a menudo de lo indicado anteriormente, debido a un cambio en el alcance o naturaleza de riesgo que no se consideró previamente cuando calculamos las tarifas. Este riesgo incluye el derecho a aumentar el importe de la prima por:
 - a. la adición de una nueva Persona Cubierta;
 - b. la adición de una nueva entidad cubierta;
 - c. un cambio en la edad o ubicación geográfica de cualquier individuo asegurado o Titular de la Póliza;
 - d. un cambio en el nivel de Beneficios del plan de lo que estaba en vigor en el momento de la última determinación de tarifas.

El aumento en la prima entrará en vigor en el siguiente ciclo de facturación después de la fecha de entrada en vigor del cambio realizado al riesgo. Si el Grupo continúa pagando las primas, significa que el Grupo acepta el cambio.

C. El Grupo deberá distribuir y dar en cuenta del Reintegro de Primas

En el caso en que las leyes federales o estatales exijan que Nosotros hagamos un reintegro parcial del pago anual de la prima, deberemos pagar al Titular de la Póliza del Grupo el reintegro total que aplica al Plan, y el Grupo, en nombre Nuestro, distribuirá de dicho reintegro una parte prorrateada de este entre los Suscriptores (incluidos,

entre otros, Empleados, jubilados y representantes designados que reciban cobertura del Plan de Beneficios del Grupo) de acuerdo con su contribución a la prima reintegrada. El Grupo debe garantizar una notificación adecuada a las agencias impositivas federales y estatales y que cada uno de los pagos a los Suscriptores esté acompañado por la documentación federal y estatal correspondiente, por ejemplo, el Formulario 1099. El Grupo creará y mantendrá los registros y la documentación lo que demuestra de la distribución precisa de todo reintegro y deberá brindarnos dichos registros, cuando lo solicitemos.

Estos registros deben incluir el importe de:

1. la prima que cada Suscriptor pagó;
2. la prima que el Grupo pagó;
3. El reintegro otorgado a cada Suscriptor;
4. el importe del reintegro retenido por el Grupo; y
5. todo reintegro no reclamado y cómo y cuándo será o fue distribuido.

El Grupo deberá garantizar que cualquier importe de reintegro no reclamado se informará de acuerdo con las leyes de propiedad sin reclamar del estado o residencia del Suscriptor. El Grupo nos indemnizará en caso de que se nos apliquen multas, sanciones o gastos, incluidos los honorarios razonables de abogados, debido a la falta de cumplimiento del Grupo con sus obligaciones conforme a esta Sección del Plan de Beneficios de Salud Grupal.

D. Derecho que tiene el Grupo de cancelar el Plan

1. Esta Plan se garantiza renovable a elección del Grupo. Al pagar las primas de forma oportuna, el Grupo muestra su deseo de continuar la cobertura.
2. El Grupo puede cancelar este plan por cualquier motivo.
3. Al cancelar el plan, **el Grupo debe escribirnos sobre su intención de cancelar. El Grupo no podrá cancelar verbalmente esta cobertura. La notificación de cancelación por escrito del Grupo se nos debe presentar antes o en la fecha de entrada en vigor de la cancelación y debe estar acompañada de la devolución del Plan.** Si la notificación por escrito del Grupo a Nosotros sobre su intención de cancelar no está acompañada por el plan a la que se renuncia, se considerará que la notificación de cancelación del Grupo a Nosotros incluye la declaración del Grupo acerca de que realizó un intento de buena fe por encontrar su plan y que no se entrega porque se ha extraviado o destruido.

E. Nuestro Derecho de Terminar el Plan por Falta de Pago de Primas

1. Antes de recibir la cobertura, se deben pagar las Primas. El Grupo se considera en mora si las primas no se pagan en la fecha de vencimiento.
2. Ofrecemos un período de gracia (*período de morosidad*) de treinta (30) días a partir de la fecha de vencimiento de la prima. Si Nosotros no recibimos la prima durante el período de gracia, la cobertura permanece vigente durante dicho período conforme a las disposiciones del Plan de Beneficios. Si Nosotros no recibimos la prima durante el período de gracia, Nosotros enviaremos a la dirección registrada del Grupo una notificación de morosidad o terminación. Podemos rescindir automáticamente el plan sin previo aviso al Grupo si no recibimos la prima del Grupo en nuestra oficina central dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de vencimiento (durante el periodo de gracia). Si rescindimos este Plan de Beneficios por falta de pago de la prima, la rescisión será efectiva a partir de la medianoche del último día por el cual se haya pagado la prima. No seremos responsables de ningún Beneficio por servicios que se presten una vez pasada la última fecha por la que se han pagado las primas.
3. El grupo 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 Plan de Beneficios, incluyendo, entre otros, la prima impagada.

F. Nuestro Derecho de Rescindir el Plan por Razones Distintas a la Falta de Pago de la Prima

1. Podemos finalizar este Plan con sesenta (60) días de anticipación por escrito al grupo, proporcionando la razón por la terminación, si se presenta alguna de las siguientes situaciones.

- a. El Grupo comete fraude o realiza una tergiversación intencionada.
- b. El Grupo no cumple con una disposición relevante del plan, como, entre otras, las disposiciones relacionadas con los requisitos para la aceptación, las contribuciones del empleador o las reglas de participación del Grupo. Si el único motivo de la finalización es que la participación del Grupo se reduce a menos de un (1) empleado (sólo queda el propietario en el plan), la finalización de la cobertura del Grupo será efectiva en la siguiente fecha de aniversario del Grupo. De lo contrario, la rescisión por un motivo mencionado en este párrafo será efectiva después de que el Grupo reciba una notificación por escrito y con sesenta (60) días.
- c. En el caso de los planes de la Red, ya no hay ningún inscrito al Plan de Beneficios del Grupo que viva, resida o trabaje en el área de servicio de la Compañía o en el área en la cual la Compañía está autorizada a operar.
- d. La cobertura del Grupo es proporcionada a través de una asociación de buena fe y la membresía del empleador a la asociación finaliza.
- e. Si la compañía deja de ofrecer este producto o cobertura en el mercado, se avisará por escrito con noventa (90) días de antelación al Grupo, Afiliados y Beneficiarios.

Se le dará una notificación por escrito anticipada al Grupo de acuerdo con el plazo requerido por la ley.

G. Votos por Representación de Apoderados

Una votación por la mayoría de los Titulares de las Pólizas elige a La Junta Directiva del Plan y determinan ciertas transacciones corporativas significativas, a menos que la ley o que los Estatutos o Reglamentos del Plan requieran un voto diferente. Por medio de la *Solicitud de Cobertura Grupal*, un Titular de la Póliza designa a los miembros de la Junta Directiva del Plan como apoderados para votar en estos asuntos importantes.

El pago de cada prima extiende la efectividad del apoderado a menos que se revoque por parte del Titular de la Póliza. Este apoderado puede ser revocado si el Titular de la Póliza lo notifica por escrito. Esta revocación puede presentarse en cualquier forma de escritura, ya sea para revocar al apoderado o para designar a uno distinto, y debe enviarse al Plan a:

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
P.O. Box 98029
Baton Rouge, Louisiana 70898-9029

En lugar de otorgar un apoderado en la Solicitud para Cobertura Grupal, el Titular de la Póliza podrá designar a cualquier otro Titular de la Póliza como apoderado, por vía escrita y que incluya el nombre y el número de póliza del Titular, enviado al Plan del modo ya explicado. Las notificaciones de reuniones que reciba el apoderado es la notificación que los titulares de las pólizas les dan a sus apoderados. Además, la reunión anual del Plan se celebra en el mes de febrero, notificándose la fecha de dicha reunión tal y como exige la ley y los artículos y estatutos de la Louisiana Health and Service Indemnity Company. Sin embargo, enviaremos otro aviso de reuniones a cualquier Titular de Póliza o apoderado cuando el Titular de la Póliza le comunique por escrito a Nuestra secretaria pidiendo que se le notifique.

H. Servicios fuera del área

Contamos con una variedad de relaciones con otros Licenciarios de Blue Cross o Blue Shield llamados generalmente *Acuerdos Entre Planes*. Estos Acuerdos Entre Planes se basan en las reglas y procedimientos emitidos por Blue Cross and Blue Shield Association (La Asociación). Al salir fuera del área geográfica para recibir Servicios Cubiertos, es posible que Nosotros procesemos la Reclamación a través de un Acuerdo Entre Planes, y el otro Licenciario de Blue Cross o Blue Shield (Host Blue) contratará y se hará cargo de todas las interacciones con sus Proveedores Participantes. Las condiciones financieras del programa BlueCard® se describen de forma general a continuación.

1. Método de Cálculo de Responsabilidad del Programa BlueCard® por Reclamación

A menos que esté sujeto a un Copago específico, Nosotros calcularemos cuánto debe por los Servicios cubiertos según los cargos facturados del Proveedor participante por tales Servicios o el precio negociado que el Host Blue haya puesto a nuestra disposición, lo que sea menor.

Host Blues determina un precio negociado, que se refleja en los términos de los contratos de cada Proveedor de atención médica de Host Blue. El precio negociado puesto a nuestra disposición por el Host Blue puede ser representado por uno de los siguientes:

- a. Un precio exacto. Un precio real es una tasa de pago negociada en vigor cuando se procesa una Reclamación sin ningún otro aumento o disminución, o
- b. Un precio estimado. Un precio estimado es una tasa de pago negociada en vigor cuando una Reclamación se procesa y se reduce o aumenta por un porcentaje para tener en cuenta ciertos pagos negociados con el Proveedor y otras transacciones relacionadas o no con las Reclamaciones. Entre dichas transacciones pueden incluirse, entre otras, recuperaciones contra fraude y abuso, reembolsos al Proveedor no incluidos en la base de una Reclamación específica, acuerdos retrospectivos y bonificaciones o incentivos relacionados con el rendimiento; o
- c. Un precio promedio. Un precio promedio es un porcentaje de cargos facturados por Servicios Cubiertos vigentes en el momento en que se procesa una Reclamación que representa los pagos totales negociados por el Host Blue con todos sus Proveedores o con una clasificación similar de sus Proveedores y otras transacciones relacionadas o no con las Reclamaciones. Dichas transacciones pueden incluir las mismas que se mencionaron anteriormente para un precio estimado.

Host Blues decide si utilizar un precio real, estimado o promedio Host Blues que utilicen un precio estimado o un precio promedio pueden aumentar o reducir los precios para corregir cálculos altos o bajos de precios anteriores (p. ej., el ajuste a futuro puede significar que un precio actual refleje importes adicionales o créditos por Reclamaciones ya pagadas a los Proveedores o que se espera que se paguen o que reciban de los Proveedores). Sin embargo, el Programa BlueCard® requiere que el importe pagado por el Afiliado sea un precio final; un ajuste de precios futuro no aumentará o disminuirá el precio de las Reclamaciones pasadas. El método de pago de Reclamaciones por Host Blues es tomado en cuenta por Nosotros en la determinación de las primas del Grupo/Titular de la póliza.

2. Casos Especiales: Programas basados en la calidad prestada

Hemos incluido un factor para las distribuciones a gran escala de Host Blues en la prima del Grupo para aquellos Programas Basados en la Calidad Prestada cuando corresponda bajo este Plan.

3. Programas Entre planes: Impuestos y Recargos o Tarifas Federales y Estatales

En algunos casos, las leyes o reglamentos federales o estatales pueden imponer un recargo, impuesto u otra tarifa que se aplique a las cuentas aseguradas. Si corresponde, Nosotros incluiremos esa cantidad como parte del cargo de la Reclamación que se utilizará para calcular cuánto Usted debe y lo utilizaremos para calcular la prima del Grupo.

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

Si desea una explicación sobre cómo calculamos la responsabilidad de las reclamaciones de los Proveedores No Participantes fuera de nuestra área de servicio, consulte la sección Servicios fuera del área de servicio en el artículo Disposiciones generales - Grupo/Titulares de la póliza y Afiliados de este Plan de Beneficios.

I. Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Privacidad y Seguridad)

1. Para esta disposición, las siguientes definiciones tienen el mismo significado como se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPPA):
 - a. Plan médico grupal como se define en 45 CFR Parte 160, Sec. 160.103.
 - b. Información médica protegida (PHI) como se define en 45 CFR Parte 164, Sec. 164.501.

c. Información médica resumida como se define en 45 CFR Parte 164, Sec. 164.504(a).

2. Divulgación de Información al Grupo

a. Compartir información médica resumida con el Grupo:

Nosotros podemos divulgar al Grupo Información Médica Resumida si este la requiere, a los fines de obtener ofertas por primas de aseguradoras de salud, HMO u otros terceros pagadores dentro del Plan Médico Grupal; o a los fines de modificar, enmendar o rescindir el Plan Médico de Grupo.

b. Compartir PHI con el Grupo:

Nosotros podemos divulgar la PHI al Grupo para permitirle llevar adelante las funciones de administración del plan únicamente cuando Nosotros recibimos una certificación por parte del Grupo que:

(1) los documentos del plan incluyan todos los requisitos establecidos en 45 CFR Parte 164, Sec. 164.504(f)(2)(i), (ii) y (iii);

(2) ha notificado aquellos individuos con los cuales se relaciona la PHI y que cumplen con los requisitos establecidos en 45 CFR Parte 164, Sec. 164.520 (B)(1)(iii)(C); y

(3) que dicha PHI no se utilizará para presentar acciones o decisiones relacionadas con el empleo ni con ningún otro Beneficio o plan de Beneficios para Empleados del Grupo.

c. El Grupo acuerda cumplir con Nuestras políticas de reconocimiento y Autorización, con respecto al intercambio la PHI mediante vía electrónica. Por ejemplo, si Nosotros le brindamos datos al Grupo en un disco compacto, es posible que solicitemos el reconocimiento de que el Grupo recibió los datos y el nombre del representante del Grupo que los recibió.

J. Cumplimiento de las Leyes Estadounidenses para Sanciones Económicas

El Grupo acepta cumplir totalmente con todas sanciones económicas, y leyes y normas de control de exportaciones vigentes, inclusive las normas que mantiene la Oficina para el Control de Activos Extranjeros (OFAC), dependiente del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos.

El Grupo comprende que Nosotros no autorizamos la extensión de la cobertura a ninguna persona a la cual la disposición de dicha cobertura implicaría la recepción de cobertura de esta u otras de nuestras Pólizas, inclusive Suscriptores y sus Dependientes, contra toda lista de personas relevantes para el Gobierno de los Estados Unidos y que estén sujetas a sanciones comerciales, de exportación, financieras o de transacciones, entre ellas la versión más actualizada de la lista de ciudadanos especialmente designados y personas bloqueadas de la OFAC, antes de disponer o acordar la cobertura para cualquier persona.

El Grupo acuerda que cuando acepta cobertura, eso nos indica que el Grupo cumplió con todas las leyes y normativas que aplican y que la cobertura no se brinda a ninguna persona denegada.

Cualquier extensión de cobertura que no cumpla con lo establecido anteriormente causará la finalización inmediata de este Plan de Beneficios y denegará los Beneficios por cualquier Reclamación realizada bajo esa cobertura, y nos dará derecho a una indemnización del Grupo por cualquier costo, pérdida, daño, responsabilidad o gasto que Nosotros hayamos incurrido como consecuencia. Esta disposición se mantiene luego de que este Plan finalice o se cancela.

K. Servicios de valor añadido

La Compañía cada cierto tiempo, puede proporcionar Servicios de Valor Añadido al Grupo. Estos Servicios de Valor Añadido pueden ser ofrecidos al Grupo directamente por la Compañía, o indirectamente por una compañía afiliada de seguros de vida, de salud o de discapacidad o por una compañía externa. Los Servicios de Valor Añadido no se consideran Beneficios bajo este Plan o ninguna otra póliza de seguros. El Titular de la póliza nunca tiene la obligación de aceptar los Servicios de Valor Añadido y la Compañía puede dejar de ofrecer y pagar los Servicios de Valor Añadido en cualquier momento.

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 algunos 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
1. 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:
 - a. cumple los requisitos para la protección según las leyes de otro estado;
 - b. 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。听障客户请拨打 1-800-711-5519 (TTY 711)。

الخدمات اللغوية متاحة مجاناً. يرجى، إذا اقتضى الأمر، الاتصال برقم خدمة العملاء المدون على ظهر بطاقة التعريف الخاصة بك. إذا كنت تعاني من إعاقة في السمع، فيرجى الاتصال بالرقم 1-800-711-5519 (TTY 711).

Magagamit ang mga libreng serbisyo sa wika. Kung kinakailangan, pakitawagan ang numero ng Customer Service sa likod ng iyong ID kard. Para sa mga may kapansanan sa pandinig tumawag sa 1-800-711-5519 (TTY 711).

무료 언어 서비스를 이용하실 수 있습니다. 필요한 경우 귀하의 ID 카드 뒤에 기재되어 있는 고객 서비스 번호로 연락하시기 바랍니다. 청각 장애가 있는 분은 1-800-711-5519 (TTY 711)로 연락하십시오.

Oferecemos serviços linguísticos grátis. Caso necessário, ligue para o número de Atendimento ao Cliente indicado no verso de seu cartão de identificação. Caso tenha uma deficiência auditiva, ligue para 1-800-711-5519 (TTY 711).

ພວກເຮົາມີບໍລິການແປພາສາໃຫ້ທ່ານພຣີ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການນັ້ນ, ກະລຸນາໂທຫາພະແນກບໍລິການລູກຄ້າຕາມເບີໂທທີ່ຢູ່ທາງຫຼັງຂອງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຫຼຸບໍ່ດີ, ຂໍໃຫ້ໂທເບີ 1-800-711-5519 (TTY 711).

無料の言語サービスをご利用頂けます。あなたのIDカードの裏面に記載されているサポートセンターの電話番号までご連絡ください。聴覚障害がある場合は、1-800-711-5519 (TTY 711)までご連絡ください。

زبان سے متعلق مفت خدمات دستیاب ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو، براہ کرم اپنے آئی ڈی کارڈ کی پشت پر موجود کسٹمر سروس نمبر پر کال کریں۔ سمعی نقص والے کسٹمرز 1-800-711-5519 (TTY 711) پر کال کریں۔

Kostenlose Sprachdienste stehen zur Verfügung. Falls Sie diese benötigen, rufen Sie bitte die Kundendienstnummer auf der Rückseite Ihrer ID-Karte an. Hörbehinderte Kunden rufen bitte unter der Nummer 1-800-711-5519 (TTY 711) an.

خدمات رایگان زبان در دسترس است. در صورت نیاز، لطفاً با شماره خدمات مشتریان که در پشت کارت شناسایی تان درج شده است تماس بگیرید. مشتریانی که مشکل شنوایی دارند با شماره 1-800-711-5519 (TTY 711) تماس بگیرند.

Предлагаются бесплатные переводческие услуги. При необходимости, пожалуйста, позвоните по номеру Отдела обслуживания клиентов, указанному на оборотной стороне Вашей идентификационной карты. Клиенты с нарушениями слуха могут позвонить по номеру 1-800-711-5519 (Телефон с текстовым выходом: 711).

มีบริการด้านภาษาให้ใช้ได้ฟรี หากต้องการ โปรดโทรศัพท์ติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าตามหมายเลขที่อยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวประชาชนของท่าน สำหรับลูกค้าที่มีปัญหาทางการได้ยิน โปรดโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-711-5519 (TTY 711)

