



# Visión

CONTRATO GRUPAL DE BENEFICIOS LIMITADOS



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

40XX1663S R01/22





¡Gracias por elegirnos!

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

Con mis mejores deseos,

Dr. I. Steven Udvarhelyi  
Presidente y Director Ejecutivo



**PLAN DE BENEFICIOS LIMITADOS DE LA VISIÓN PARA GRUPOS**

**ESTE ES UN PLAN DE BENEFICIOS LIMITADOS - LEA CUIDADOSAMENTE**

proporcionado por



P.O. Box 98029 • Baton Rouge, Louisiana • 70898-9029

**[es.bcbsla.com](http://es.bcbsla.com)**

## AVISOS

Basamos Nuestros pagos de Beneficios por los servicios cubiertos del Miembro en una cantidad conocida como el Cargo Permitido. El Cargo Permitido depende del Proveedor Médico específico del cual un Miembro recibe los servicios cubiertos.

***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.***

**CONTRATO DE BENEFICIOS LIMITADOS DE LA VISIÓN PARA GRUPOS**

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>ARTÍCULO I.</b>	<b>CONOZCA LOS FUNDAMENTOS DE SU COBERTURA.....</b>	<b>4</b>
<b>ARTÍCULO II.</b>	<b>DEFINICIONES .....</b>	<b>6</b>
<b>ARTÍCULO III.</b>	<b>ESQUEMA DE REQUISITOS .....</b>	<b>13</b>
<b>ARTÍCULO IV.</b>	<b>BENEFICIOS DE LA VISIÓN CUBIERTOS .....</b>	<b>19</b>
<b>ARTÍCULO V.</b>	<b>DESCUENTOS .....</b>	<b>22</b>
<b>ARTÍCULO VI.</b>	<b>IMPUESTOS SOBRE LA VENTA DE ARTÍCULOS CUBIERTOS O CON DESCUENTO</b>	<b>22</b>
<b>ARTÍCULO VII.</b>	<b>EXCLUSIONES .....</b>	<b>22</b>
<b>ARTÍCULO VIII.</b>	<b>BENEFICIOS NO TRANSFERIBLES .....</b>	<b>24</b>
<b>ARTÍCULO IX.</b>	<b>DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA .....</b>	<b>24</b>
<b>ARTÍCULO X.</b>	<b>DISPOSICIONES GENERALES - GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA Y MIEMBROS...</b>	<b>30</b>
<b>ARTÍCULO XI.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES.....</b>	<b>38</b>
<b>ARTÍCULO XII.</b>	<b>DERECHOS DE LA LEY ERISA.....</b>	<b>42</b>
<b>ARTÍCULO XIII.</b>	<b>CAMBIOS EN EL PLAN Y PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES .....</b>	<b>43</b>
<b>ARTICLE XIV.</b>	<b>DISPOSICIONES GENERALES - SOLO PARA EL GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA</b>	<b>45</b>





## ARTÍCULO I. CONOZCA LOS FUNDAMENTOS DE SU COBERTURA

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana (Compañía) ofrece este Plan de Beneficios al Grupo o Titular de la póliza que figura en el Esquema de Beneficios de la Visión. Se proporciona a los Suscriptores una copia de este Plan de Beneficios que cumple la función de certificado de cobertura del Suscriptor.

Los beneficios para la visión disponibles según este Plan de beneficios se describen en el Artículo IV. El Esquema de Beneficios de la Visión determina qué Beneficios están cubiertos, la frecuencia con la que se cubren y los costos compartidos aplicables a cada Beneficio, entre otras cosas. El Suscriptor debe cumplir con el período de espera para la afiliación del empleador antes de que la cobertura sea efectiva en este Plan de Beneficios. El Grupo puede solicitar a la Compañía que cambie los beneficios cubiertos en la fecha de aniversario del Grupo. Los beneficios ofrecidos pueden ser limitados.

A partir de la fecha que sea más tarde, la de entrada en vigor original del Plan de Beneficios o de la entrada en vigor modificada del Plan de Beneficios que se muestra en el Esquema de Beneficios de la Visión del Grupo, nos comprometemos a proporcionar los Beneficios de la Visión especificados en este documento a los Suscriptores del Grupo y sus Dependientes inscritos. Este Plan de Beneficios reemplaza cualquier otro emitido previamente al Grupo/Titular de la póliza. Una palabra que se utiliza en el género masculino también se aplica al género femenino, salvo que se indique lo contrario.

Excepto en el caso de términos técnicos necesarios, Nosotros utilizamos palabras de uso común para describir los Beneficios provistos conforme a este Plan de Beneficios. «Nosotros», «Nos» y «Nuestro» se refieren a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. Las palabras en mayúscula son términos definidos en el Artículo II «Definiciones».

### LA RED DAVIS VISION

Davis Vision, Inc. (en lo sucesivo «Davis Vision») es la red de la Compañía y el administrador de Reclamaciones para este Plan de Beneficios, y está encargado de administrar la red Davis Vision, gestionando y pagando reclamaciones y proporciona servicios de atención al cliente a los Miembros que cumplen los requisitos para recibir cobertura según este Plan de Beneficios.

La red Davis Vision está integrada por un grupo selecto de Proveedores que han contratado a Davis Vision para brindar servicios a los Miembros con unas tarifas de descuento. **El resto de los Proveedores se consideran como No Participantes. ESTE PLAN DE BENEFICIOS CUBRE Los servicios o materiales recibidos de Proveedores No Participantes con los beneficios reducidos ESPECIFICADOS en el Esquema de Beneficios de la visión.**

**Para recibir todos los Beneficios según esta sección, el Miembro debe verificar que el Proveedor es un Proveedor Participante de la Red Davis Vision antes de recibir cualquier servicio.** Para encontrar un Proveedor Participante y verificar que sigue participando en la Red Davis Vision o para realizar consultas relacionadas con Beneficios o Reclamaciones, visite el sitio web en [es.bcbsla.com](http://es.bcbsla.com), o comuníquese con un representante de atención al cliente al [1-800-247-9368].

### CÓMO DETERMINA LA COMPAÑÍA LO QUE PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

La Compañía determina el pago de los Beneficios por los Servicios Cubiertos de un Miembro en relación con una cantidad conocida como el «Cargo Permitido». El Cargo Permitido se determina según el programa de cargos

de Davis Vision para cada Beneficio cubierto. Si el importe facturado por el Proveedor Participante del Plan por los Servicios Cubiertos es inferior al importe que Davis Vision ha negociado por el Servicio Cubierto, el importe facturado es el Cargo Permitido y el pago de la Compañía se calculará en función del importe facturado.

**AVISO: LA PORCIÓN QUE EL MIEMBRO PAGARÁ POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS SE BASARÁ EN EL ACUERDO ENTRE EL PLAN DEL MIEMBRO Y EL PROVEEDOR DEL MIEMBRO. BAJO CIERTAS**

**CIRCUNSTANCIAS, ESTE ACUERDO PUEDE PERMITIR QUE EL PROVEEDOR DEL MIEMBRO FACTURE AL MIEMBRO CANTIDADES QUE NO SUPEREN LOS HABITUALES CARGOS FACTURADOS.**

## ARTÍCULO II. DEFINICIONES

Acuerdo de Proveedor: Un acuerdo de pago contratado por Davis Vision con los Proveedores Participantes. Estos acuerdos establecen los pagos reales que se realizarán al Proveedor Participante. Los pagos pueden reflejar un descuento o una fórmula de pago contratado entre Davis Vision y el Proveedor Participante.

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

Apelación: una solicitud por escrito de un Miembro o de su representante autorizado para modificar una Determinación Adversa de Beneficios hecha por Davis Vision.

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, puede que el Miembro sienta dolor que no pueda controlarse adecuadamente mientras espera una decisión sobre una Apelación medica estándar.
- C. La decisión de no Autorizar una Admisión, la disponibilidad de atención médica, la permanencia en el Hospital, o el servicio de atención médica para el Afiliado que se encuentra en ese momento en la sala de emergencias, en observación, o recibiendo atención como Paciente Hospitalizado.

Armazones de nivel Diseñador: un nivel de la Colección de armazones Davis Vision disponible exclusivamente en los proveedores concertados de consultas privadas con un valor de venta al público de entre \$125.00 y \$175.00.

Armazones de nivel Moda: un nivel de la Colección de armazones Davis Vision disponible exclusivamente en los proveedores concertados de consultas privadas con un valor de venta de hasta \$125.00.

Armazones de nivel Premier: un nivel de la Colección de armazones Davis Vision disponible exclusivamente en los proveedores concertados de consultas privadas con un valor de venta al público de entre \$175.00 y \$225.00.

Autorización (autorizado): una resolución de Davis Vision que, según la información proporcionada, un Beneficio cumple con el requisito de los criterios de revisión clínica para la necesidad médica, la idoneidad del entorno de atención médica o el nivel de atención y eficacia. Una Autorización no es una garantía de pago.

Beneficios: la cobertura de las prestaciones descritas en el artículo IV y en el Esquema de Beneficios de la Visión. Los beneficios proporcionados por la Compañía se basan en el Cargo Permitido.

Cargo permitido: la cantidad más baja de entre los cargos facturados y el importe que Davis Vision establece como la cantidad máxima permitida para todos los servicios del Proveedor que están cubiertos de acuerdo con este Plan de Beneficios.

Cirugía o Tratamiento Estético: 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, enfermedad o trastorno o una Operación cubierta.

Cobertura Acreditada: la cobertura previa prestada por un Plan beneficios de la vista similar a la cobertura de este Plan de Beneficios según un plan de salud individual o de grupo, incluyendo, entre otros, Medicare, Medicaid, Plan gubernamental, Plan de la iglesia, ley COBRA, Plan militar. La Cobertura Acreditada no incluye pólizas para

enfermedades específicas (p. ej., pólizas para el cáncer), cobertura complementaria (p. ej., Complemento de Medicare, Medigap) o 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, 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.

Colección de Armazones Davis Vision: Se refiere a los armazones de anteojos ofrecidas a los Miembros por algunos Proveedores Participantes privados a un costo de desembolso nulo o muy bajo. Existen tres niveles en la Colección de Armazones: Moda, Diseñador y Premier, cualquiera de los cuales se puede seleccionar en lugar de utilizar el gasto cubierto para los armazones. Otros proveedores de la red que no tienen un acuerdo con Davis Vision para ofrecer la Colección de Armazones deben ofrecer una selección similar de armazones con un valor de venta al público similar.

Compañía: Blue Cross and Blue Shield of Louisiana (constituida como Louisiana Health Service & Indemnity Company), o Davis Vision, Inc., con respecto a los servicios que ofrece en representación de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana.

Cónyuge: El Cónyuge legal del Suscriptor.

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

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

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

- D. la Necesidad Médica, la idoneidad, el entorno de la atención médica, el nivel de atención, la eficacia o la determinación de que el tratamiento es experimental o está en investigación;
- E. los requisitos que cumple el Miembro para participar en el Plan de Beneficios; o
- F. cualquier determinación de revisión prospectiva o retrospectiva.

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

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

- B. Si el tratamiento, procedimiento, medicamento, dispositivo o producto biológico para la visión requiere estudios adicionales o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, efectividad o eficiencia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico, de acuerdo con el consenso de opinión entre expertos como lo demuestra la evidencia confiable, que incluye lo siguiente:
1. consulta con el programa de evaluación de tecnología (TEC, por sus siglas en inglés) de Blue Cross and Blue Shield Association u otro(s) centro(s) de evaluación de tecnología no afiliado(s);
  2. pruebas científicas acreditadas publicadas en literatura médica o visual revisadas por homólogos generalmente reconocidas por la comunidad del cuidado de la vista correspondiente; o
  3. referencia a las regulaciones federales.

Evaluación y Ajuste: Se refiere al ajuste profesional personalizado de los Lentes de Contacto y a la evaluación profesional para verificar que la prescripción es correcta y que no hay irritación en los ojos.

Examen de Salud Visual de Rutina: Un nivel de servicio en el que se realiza una evaluación general del sistema visual completo del cuerpo humano. Este incluye lo siguiente:

- Historia clínica (queja principal, antecedentes de la vista y los ojos, historial médico)
- Agudeza de entrada a distancia y de cerca, con y sin los lentes actuales
- Evaluación ocular externa
- Examen ocular interno
- Tonometría
- Refracción (objetiva y subjetiva)
- Evaluación de la coordinación binocular y la motilidad ocular
- Evaluación de la función pupilar
- Biomicroscopía
- Campos visuales generales
- Evaluación y plan
- Consejos al paciente respecto de cuestiones relacionadas con el cuidado de la vista
- Llenado de formularios (por ejemplo, para la escuela, para conducir un automóvil)
- Examen de Fondo de Ojos con Dilatación (DFE, por sus siglas en inglés) cuando lo indique el profesional (procedimiento de diagnóstico utilizado para la detección y el tratamiento de la diabetes, el glaucoma, la hipertensión y otras enfermedades oculares o sistémicas)

Fecha de entrada en vigor: La fecha en que comienza la cobertura del Afiliado en virtud de este Plan de Beneficios según lo determina el Esquema de Requisitos. Los Beneficios comenzarán a las 12:01 a. m. de esta fecha.

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 la que el Grupo acuerda comenzar a proporcionar beneficios para los servicios cubiertos a los miembros de este Plan de Beneficios.

Grupo: Cualquier empresa, sociedad, corporación u otra entidad legal que haya solicitado la cobertura del presente y haya aceptado cumplir con todos los términos y requisitos de este Plan de Beneficios. Para los propósitos de este Plan de Beneficios, el Grupo es el titular de la póliza.

Lentes: Dispositivos que corrigen errores de refracción en la vista que están diseñados para montarse sobre Armazones de Anteojos y para utilizarse de forma externa, y que comprenden un medio transparente unido por dos superficies geoméricamente descriptibles de las cuales una debe ser curva, es decir, esférica, cilíndrica, toroidal o asférica.

Lentes Bifocales: Lente que contiene dos potencias diferentes: una para visión lejana y otra para visión cercana. Los Lentes Bifocales pueden o no tener una línea. Los Lentes Bifocales con línea son aquellos en los que ambas graduaciones pueden distinguirse fácilmente por una línea en medio de estas. Los Lentes Bifocales sin línea son aquellos en los que ambas graduaciones no se distinguen fácilmente.

Lentes de Alto Índice: Material que permite obtener lentes más delgadas (casi un tercio) que con el plástico normal. No tienen las mismas propiedades de resistencia ante impactos que el policarbonato.

Lentes de alto índice estándar: Material con un índice de refracción más alto que el plástico, que se utiliza para crear lentes más delgadas (en casi un tercio) y más planas de lo que es posible con el plástico normal.

Lentes de Alto Índice Premium: el material con un índice de refracción mayor que el plástico y que los de alto índice estándar que se suelen usar para prescripciones de correcciones de la visión de más importancia.

Lentes de Anteojos Fotocromáticos: Lentes oftálmicos de cristal que se oscurecen cuando se exponen a los rayos ultravioletas del sol.

Lentes de Contacto: Dispositivos que corrigen los errores refractivos en la vista y que son formados por un lente pequeño con forma de ostra que se utiliza en la parte externa, colocado directamente sobre el ojo. Se incluyen lentes blandos, de uso diario, desechable o de reemplazo planificado, de uso prolongado, de gas permeable, rígidos, médicamente necesario, monovisión, carcasa escleral y tóricos.

Lentes de contacto médicamente necesarios: Lentes de contacto que se determinan como médicamente necesarios en el tratamiento de las siguientes afecciones: Queratocono, Anisometropía, trastornos de la córnea, Miopía patológica, Aniseiconía, Trastornos postraumáticos, Afaquia, Aniridia y Astigmatismo irregular. En general, se pueden prescribir Lentes de Contacto Médicamente Necesarios en lugar de los anteojos convencionales, cuando ello resulte en una mayor agudeza visual o una mejor función binocular, que incluye la prevención de la diplopía o la supresión.

Lentes de Contacto Tipo Especial: Lentes de Contacto que son más recientes en el mercado que los Lentes de Contacto Tipo Estándar y requieren un ajuste especial. Estos tipos de lentes incluyen, entre otros, tóricos, multifocales y de gas permeable.

Lentes de Contacto Tipo Estándar: Tipos de lentes de contacto común definidos como lentes de contacto esféricos transparentes. Estos incluyen lentes de contacto desechables, lentes con fecha de reemplazo y otros.

Lentes de Gran Tamaño: Un tipo de lentes más grande que el estándar que requiere monturas especiales y equipos para fabricar los anteojos.

Lentes de Plásticos Fotosensibles: Lentes plásticos que se oscurecen cuando se exponen a los rayos ultravioletas del sol.

Lentes de Policarbonato: Lentes fabricados con un material resistente de alto impacto usado para la seguridad para el uso de los niños, para la práctica de deportes y otros propósitos estéticos. Los lentes son entre un 20 y un 25 % más delgados que el «plástico regular».

Lentes de segmento combinado: Lentes que contienen dos potencias diferentes, una para lejos y otra para cerca. El segmento para ver de cerca es invisible.

Lentes de Sol graduadas color Cristal Gris n.º 3: Lentes que se vuelven grises cuando se exponen a los rayos ultravioletas del sol.

Lentes de Visión Intermedia: Un lente trifocal que se diseñó para corregir la visión en rangos intermedios para ver objetos distantes y cercanos.

Lentes Lenticulares: Lentes, normalmente con alto poder refractivo, en los que la graduación recetada se aplica solo sobre una región central limitada de los lentes, llamada porción lenticular.

Lentes polarizados: Lentes de anteojos que bloquean la luz reflejada en superficies horizontales, como el agua, para reducir el deslumbramiento.

Lentes progresivos de tecnología de superficie digital: Un lente que está diseñado para proporcionar corrección para más de un rango de visualización, en el que la potencia cambia continuamente en lugar de discretamente. La tecnología de superficie digital se refiere a una técnica de fabricación que utiliza software privado para definir lentes progresivos únicos completamente personalizados sobre la base de la prescripción del usuario, ajustándose a la geometría y a la información sobre la montura antes de adaptar este diseño al lente.

Lentes Progresivos Estándar: Lentes con zonas de graduación variables y corrección de gran distancia a corta distancia con un diseño de lente progresivo de marca reconocida y más clásico.

Lentes Progresivos Seleccionados: Lentes con zonas de graduación continuamente variables y corrección de gran distancia a corta distancia con un diseño de lente progresivo, exclusivo y más moderno.

Lentes trifocales: Un lente multifocal con tres potencias diferentes en tres posiciones diferentes. Normalmente, la parte superior (más extensa) es para ver de lejos, la parte central es para distancias intermedias y la parte inferior para ver de cerca. Los Lentes Trifocales pueden o no tener una línea. Los Lentes Trifocales con línea son aquellos en los que las diferentes graduaciones pueden distinguirse fácilmente por una línea en medio de estas. Los Lentes Trifocales sin línea son aquellos en los que las diferentes graduaciones no se distinguen fácilmente.

Medicamento Necesario (o «Necesidad Médica»): servicios, tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos, elementos o suministros para el cuidado de la vista que un Proveedor, aplicando su juicio clínico prudente, proporcionaría a un paciente con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que son:

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

Para estos propósitos, los «estándares de práctica médica aceptados a nivel nacional» se refieren a los estándares que se basan en pruebas científicas acreditadas publicadas en literatura médica u oftalmológica revisada por homólogos y generalmente reconocidas por las recomendaciones pertinentes de la comunidad de servicios de salud visual y las opiniones de los oftalmólogos u optometristas que ejercen en las áreas clínicas relevantes y cualquier otro factor pertinente.

Miembro: Un Suscriptor o un Dependiente inscrito.

Montura para Anteojos: Estructura de plástico o metal para sostener los Lentes.

Paciente Monocular: Se refiere a una paciente que ve de un solo ojo.

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

Período de Espera para la Afiliación: el período establecido por el empleador que debe transcurrir antes de que una persona tenga derecho para estar cubierta por este Plan de Beneficios. Si una persona se inscribe como un Afiliado Especial, cualquier período anterior a esa Inscripción Especial no es un período de espera. El Suscriptor debe cumplir con cualquier Período de Espera para la Afiliación establecido por el Grupo antes de que la cobertura para la visión sea efectiva

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

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

Plan de Beneficios: Este acuerdo, incluida la solicitud de cobertura grupal de la vista, el Esquema de Beneficios de la vista y las enmiendas o endosos, si los hubiere, dan derecho al Suscriptor y a los Dependientes inscritos a Beneficios específicos.

Plan de Protección Antirrayas: Un plan opcional que reemplaza los lentes rayados por unos nuevos del mismo material, estilo y graduación, sin cargo durante un período de un año desde la fecha original de adquisición. El Plan de Protección Antirrayas puede estar disponible para lentes monofocales solamente, para lentes de visión multifocal solamente o para ambos.

Proveedor: Un oftalmólogo, optometrista, oculista, médico o una tienda minorista de anteojos y lentes de contacto legalmente autorizada, con licencia donde sea necesario, que se desempeña dentro del alcance de la licencia y aprobada por la Compañía. Si un Proveedor no se encuentra sujeto a una licencia estatal o federal, tenemos el derecho de definir todos los criterios bajo los que pueden ofrecerse los servicios de un Proveedor a Nuestros Miembros, de forma que los Beneficios se apliquen a una Reclamación del Proveedor. Las Reclamaciones sometidas por Proveedores que no cumplan con estos criterios serán denegadas.

- A. Proveedor Participante: Un Proveedor que tiene un Acuerdo de Proveedor con Davis Vision respecto del pago por Servicios Cubiertos proporcionados a un Afiliado. Este Proveedor también puede ser definido como un «Proveedor de la Red».
- B. Proveedor No Participante: Un Proveedor que no tiene un acuerdo de Proveedor con Davis Vision respecto del pago por Servicios Cubiertos que son proporcionados a un Afiliado. Este Proveedor también puede ser definido como de un Proveedor «Que No Pertenece a la Red» o «Fuera de la Red»

Queja: expresión oral de insatisfacción con el plan de la visión o con los servicios del Proveedor.

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

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

Revestimiento Estándar Antirreflejo: Un revestimiento claro de los lentes contra el resplandor que limita el reflejo de la luz, lo cual permite que pase la mayor cantidad de luz a través de los lentes y proporciona protección antirreflejo, como el Tratamiento Antirreflejo Aegis™ o equivalente.

Revestimiento Resistente a Rayas: Revestimiento aplicado a los lentes oftálmicos para incrementar la resistencia a rayas sobre la superficie de los lentes.

Revestimiento Ultravioleta: Un revestimiento para Lentes Oftálmicos que bloquea los rayos ultravioletas.



Revisión concurrente: una revisión de la Necesidad Médica, la adecuada atención o el nivel de atención médica realizada que se lleva a cabo durante el transcurso del tratamiento.

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

Suscriptor: Una Persona calificada que ha cumplido con las especificaciones del Esquema de Requisitos de este Plan de Beneficios y se ha inscrito para la cobertura, y a quien la Compañía ha emitido una copia de este Plan de Beneficios.

Tintas Gradientes: Un revestimiento de los lentes que es más oscuro en la parte superior y se aclara hacia la parte inferior.

Tintes de Moda: Tintes que se utilizan principalmente con fines estéticos.

## ARTÍCULO III. ESQUEMA DE REQUISITOS

### A. Requisitos para la afiliación

1. Suscriptor. Para ser candidato a inscribirse como Suscriptor, una persona debe ser:
  - a. Un empleado , que haya cumplido con cualquier criterio establecido por Nosotros, que haya cumplido cualquier Periodo de Espera para la Afiliación requerido por el Grupo, y que está trabajando el número de horas designado por la Compañía en la Solicitud de Cobertura del Grupo.
  - b. Un jubilado que cumple con cualquier norma designada por Nosotros, y si se muestra como cubierto en el Esquema de Beneficios de la Vista del Plan de Beneficios de este Grupo.
  - c. un representante electo que cumple con todos los criterios designados por nosotros y, si corresponde, como se establece en este Esquema de beneficios del Plan de Beneficios de la Visión del Grupo.
2. Dependiente. Para poder solicitar la condición de Dependiente, una persona debe cumplir con los siguientes criterios al momento de la inscripción. Para mantener los servicios de cobertura como Dependiente, la persona debe seguir cumpliendo con los requisitos. El incumplimiento continuo de las normas a partir de entonces puede dar lugar a que la Compañía determine que el Dependiente ya no califica para la cobertura y los Beneficios del Dependiente pueden cancelarse de la manera descrita en este Plan de Beneficios:
  - a. Cónyuge.
  - b. HIJOS: Un niño menor de veintiséis (26) años que sea uno de los siguientes:
    - (1) hijo del Suscriptor; o
    - (2) legalmente dado en adopción con el Suscriptor; o
    - (3) adoptado legalmente por el Suscriptor; o
    - (4) un niño del que el Suscriptor o su Cónyuge hayan obtenido la custodia legal o provisional por mandato, o un niño del que el Suscriptor o su Cónyuge sean el tutor o tutores designados por el tribunal; o
    - (5) un niño que el Suscriptor mantiene conforme con la Orden para la cobertura garantizada de la solicitud de asistencia médica infantil (QMCSO, por sus siglas en inglés) o la Orden Nacional de Manutención Médica (NMSN, por sus siglas en inglés); o
    - (6) un hijastro del Suscriptor; o
    - (7) un nieto que resida con el Suscriptor, siempre y cuando un mandato del tribunal le haya concedido al Suscriptor la custodia legal o la custodia provisional del nieto; o
    - (8) el hijo del Suscriptor después de cumplir los 26 años, o el nieto que estaba bajo la custodia legal del Suscriptor y residía con él antes de cumplir los 26 años, que no puede mantener un empleo por sí mismo debido a una discapacidad intelectual o física antes de cumplir los veintiséis años (26). El Suscriptor debe proporcionarnos una prueba periódica de discapacidad y dependencia continuas dentro de los treinta y un (31) días posteriores al cumpleaños número veintiséis (26) de su hijo. Podremos solicitar pruebas posteriores una vez al año tras el período inicial de dos años después de que su hijo cumpla veintiséis (26) años.

## **B. Solicitud de Cobertura**

1. Todas las Personas calificadas pueden inscribirse para obtener cobertura conforme a este Plan de Beneficios y pueden incluir a todos los Dependientes que califiquen en ese formulario de inscripción.
2. El Grupo proporcionará a la Compañía cualquier formulario de inscripción como requisito previo a la cobertura de este Plan de Beneficios.
3. Este Plan de Beneficios no cubrirá a ninguna persona a menos que la Compañía haya aceptado la solicitud de inscripción y emitido una tarjeta de identificación u otra notificación de aceptación. El pago de las primas realizado a la Compañía en nombre de una persona no hará efectiva la cobertura a menos y hasta que se haya emitido la tarjeta de identificación u otra aceptación por escrito de la Compañía y, cuando no se hayan emitido, la responsabilidad de la Compañía estará limitada a reembolsar el importe de las primas pagadas.
4. Este Plan de Beneficios de la Visión para Grupos y su cobertura no se emitirán ni renovarán a menos que se inscriba el porcentaje de Personas Calificadas especificado en la Solicitud de Cobertura de Grupo.

## **C. Clases de Cobertura disponibles según la Selección del Grupo**

1. Cobertura de Suscriptor Solo significa que la cobertura será únicamente para el Suscriptor.
2. Cobertura de Suscriptor y Cónyuge significa que la cobertura será para el Suscriptor y su Cónyuge.
3. Cobertura de Suscriptor y Familia significa que la cobertura será para el Suscriptor, su Cónyuge y uno o más hijos Dependientes.
4. La cobertura del Suscriptor y de sus hijos significa que el Suscriptor y uno o más hijos dependientes están cubiertos.
5. Cobertura de Suscriptor y Dependiente significa que la cobertura será para el Suscriptor y un Dependiente.

## **D. Fecha de entrada en vigor**

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

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

la solicitud de inscripción dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores al nacimiento, la fecha de nacimiento será la Fecha de entrada en vigor de la cobertura.

#### **E. Determinación Ordenada por un Tribunal**

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

#### **F. Inscripción especial**

##### **1. Inscripción especial debido a la pérdida de otras coberturas para la visión**

Los Derechos a la Inscripción Especial debido a la pérdida de otra cobertura para la visión están disponibles solo para los empleados activos, oficiales elegidos y sus Dependientes. Estos derechos no están disponibles para jubilados.

Las personas que pierden otra cobertura porque no pagan su prima o contribuciones requeridas o pierden otra cobertura por causa (como la presentación de reclamaciones fraudulentas o una tergiversación intencional de los hechos materiales en relación con el plan) no son afiliados especiales y no tienen derechos especiales de inscripción.

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

- a. La Persona Calificada debe cumplir con los requisitos para recibir cobertura bajo los términos de este Plan de Beneficios;
- b. La Persona Calificada debe haber rechazado la inscripción a este Plan de Beneficios cuando se ofreció.
- c. La Persona Calificada debe haber perdido la cobertura de un plan considerado como cobertura acreditada con fines de transferibilidad de HIPAA.
- d. La cobertura de la Persona Calificada descrita anteriormente en el apartado c.:
  - (1) ocurrió bajo una disposición de continuación conforme a la ley COBRA y el período de continuación de la ley COBRA se agotó por uno de los siguientes motivos:
    - (a) el período completo de continuación conforme a la ley COBRA se agotó;
    - (b) el empleador u otra entidad responsable no remitió las primas requeridas oportunamente;
    - (c) la persona cuya cobertura es a través de una Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO por sus siglas en inglés) ya no vive, reside o trabaja en el área de servicio en la que la HMO ofrece servicios, independientemente de que haya sido o no elección de la persona y no hay otra cobertura de COBRA disponible;
    - (d) la persona incurre en una Reclamación que alcanza o excede el límite de por vida de todos los Beneficios y no hay otra continuación de cobertura bajo la ley COBRA disponible para la persona; o
  - (2) no estaba acogido a la disposición de continuación de cobertura conforme a la ley COBRA y perdió otra cobertura para la visión debido a:

- (a) Pérdida de los requisitos para recibir cobertura. La pérdida de los requisitos para recibir cobertura incluye, pero no se limita a lo siguiente:
- (i) pérdida de los requisitos para recibir cobertura como resultado de separación legal, divorcio, pérdida del estatus de Dependiente, fallecimiento, finalización del contrato laboral o reducción de horas de trabajo;
  - (ii) en el caso de la cobertura ofrecida a través de una Organización 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 para grupos, pérdida de la cobertura debido a que la persona ya no vive, reside o trabaja en el Área de Servicio que la que HMO ofrece servicios, independientemente de que haya sido o no elección de la persona; y no hay otra cobertura médica disponible para la persona;
  - (iv) rescisión del contrato laboral o reducción de horas de trabajo; o
  - (v) un plan ya no ofrece ningún Beneficio para la clasificación de personas en situaciones similares.
  - (vi) finalización de las contribuciones del empleador para la otra cobertura.

Un Afiliado Especial conforme a 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 luego de que el empleador deje de contribuir con la otra cobertura que no pertenece a la ley COBRA). Si Blue Cross and Blue Shield of Louisiana recibe dicha inscripción dentro de los treinta (30) días posteriores a la pérdida de la otra cobertura, la cobertura entrará en vigor en la fecha en que se perdió la otra cobertura. Si la inscripción no se recibe dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de la pérdida de la otra cobertura, pero se recibe dentro de los sesenta (60) días a partir de la pérdida de la otra cobertura, la cobertura comenzará a más tardar el primer día del mes calendario que comienza después de que Nosotros recibamos la solicitud de inscripción especial.

La Cobertura no estará disponible si Blue Cross and Blue Shield of Louisiana no recibe el formulario de solicitud de inscripción dentro de los sesenta (60) días siguientes a partir de la pérdida de la otra cobertura.

Una Persona Calificada cuya cobertura no estaba bajo COBRA tiene treinta (30) días después de que una Reclamación sea negada debido a la operación de un límite de por vida en todos los Beneficios para inscribirse en la cobertura, y puede solicitar una inscripción especial desde la fecha en que dicha Reclamación es negada. Una Persona Calificada cuya cobertura no estaba bajo COBRA tiene treinta (30) días después de que la Reclamación es efectuada debido a la operación de un límite de por vida en todos los Beneficios para inscribirse para la cobertura.

2. Inscripción Especial de un Hijo Dependiente por pérdida de cobertura bajo el Programa de Seguro Médico para Niños o un Programa Medicaid
- a. Este Plan de Beneficios proporciona un Período de Inscripción Especial para un empleado o familiares Dependientes que (1) están cubiertos por un programa de Medicaid o un Programa de Seguro Médico Estatal para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) y pierden esa cobertura debido a la falta de requisitos necesarios; o (2) cumplen con los requisitos para la subvención de la prima prevista en el programa CHIP. Para cumplir con los requisitos, el empleado debe solicitar la cobertura en este plan médico de Grupo dentro de los sesenta (60) días tras la fecha en que terminó la cobertura con Medicaid o CHIP, o la fecha en que se determinó que el empleado o el Dependiente pasan a tener derecho a la asistencia para las primas. La solicitud de inscripción

especial en virtud de esta sección debe ser recibida por una oficina de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana dentro del período de sesenta (60) días posteriores a la pérdida de la cobertura o a la fecha en que se determine que el empleado o el Dependiente cumple con los requisitos para la subvención de la prima. Cuando la inscripción especial en virtud de esta sección se realice a tiempo y se recibe por la Compañía a tiempo, la cobertura entrará en vigor en la fecha de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP, o en la fecha en que el empleado o el Dependiente cumple con los requisitos para la subvención de la prima.

- b. El empleado puede anular la inscripción de un niño dependiente de esta cobertura e inscribir al niño a la cobertura CHIP el primer día de cualquier mes en el que el niño cumpla con los requisitos para recibir dicha cobertura CHIP. El Empleado debe notificar inmediatamente por escrito a la Compañía la baja del niño para evitar la Continuación de la cobertura bajo este Plan.

### 3. Inscripción Especial por Adquirir un Dependiente

- a. Este Plan de Beneficios deberá brindar un período de Inscripción especial durante el cual se pueda inscribir al dependiente de un empleado, jubilado o representante electo participante en el plan. Si aún no están afiliados, los empleados actuales o representantes electos deben inscribirse con el dependiente al transcurrir un Período de Espera para la Afiliación y siempre que no se haya inscrito durante un período de inscripción previo. (Los jubilados que en ese momento no participan no cuentan con estos derechos de inscripción especiales para inscribir Dependientes y es posible que no ingresen en el plan por este motivo).
- b. Una persona se convierte en Dependiente del Empleado con cobertura o que califica, jubilado o cargo electo a través de matrimonio, nacimiento, adopción o la entrega en adopción. En el caso del nacimiento, la adopción o entrega en adopción de un niño, el Cónyuge del empleado, jubilado o cargo electo puede ser inscrito como Dependiente, si esa persona cumple con los requisitos para recibir cobertura.
- c. Si el Grupo ofrece varias opciones para el plan de la visión, el empleado, jubilado o cargo electo puede escoger otra opción para sí mismo y para sus Dependientes cuando se aplique la condición de Afiliado Especial.
- d. Es posible que exista un período de treinta (30) días de cobertura automática para Recién Nacidos (por nacimiento biológico o adopción), como se describe a continuación. Cualquier período de cobertura automática coincide con el Período de inscripción especial para poder añadir esos bebés a este Plan de Beneficios.
- e. El Período de Inscripción Especial descrito en este apartado es un período de no menos de treinta (30) días y comenzará en la fecha que sea más tarde entre la fecha en que la cobertura del Dependiente esté disponible o la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. Si la solicitud para inscripción no se hace a tiempo, la solicitud se denegará y se dará por finalizado cualquier período de cobertura automática.
- f. En caso de un nacimiento, adopción o entrega en adopción, un empleado en activo podrá inscribirse a sí mismo, a su Cónyuge o al niño recién nacido o adoptado. La inscripción debe solicitarse 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 la oficina de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana recibe la solicitud de inscripción no más tarde de treinta (30) días a partir de la fecha del nacimiento, la adopción o entrega en adopción, la cobertura entrará en vigor en la fecha de nacimiento del hijo biológico Recién Nacido, y en la fecha de la adopción, entrega en adopción de un Recién Nacido. Un Suscriptor puede inscribir a su hijo natural antes de su nacimiento; sin embargo, la cobertura no entrará en vigor hasta la fecha de nacimiento. La cobertura de los niños adoptados no entrará en vigor en la fecha de nacimiento. Si no recibimos el formulario de inscripción firmado dentro de los treinta (30) días posterior al nacimiento, la adopción o la entrega en adopción, finalizará todo período de cobertura automática. Si Nosotros no recibimos la solicitud de inscripción firmada dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento, adopción o entrega para adopción pero se recibe dentro de los sesenta (60) días

siguientes al nacimiento, adopción o entrega para adopción, la cobertura comenzará no más tarde del primer día del mes calendario que comienza después de que recibamos la solicitud de inscripción especial. No habrá cobertura disponible si la solicitud de inscripción no se firma dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento, adopción o la entrega en adopción. La cobertura no estará disponible si no recibimos la solicitud de inscripción dentro de los sesenta (60) días posteriores al nacimiento, la adopción o la entrega en adopción.

- g. En el caso del matrimonio, un empleado actual puede inscribirse a sí mismo y a los nuevos dependientes resultantes del matrimonio. La inscripción debe solicitarse a través de la firma de un formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días posteriores al matrimonio. La cobertura entrará en vigor en la fecha del matrimonio si la oficina de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana recibe la solicitud de inscripción dentro de los treinta (30) días siguientes al matrimonio. Si Nosotros no recibimos el formulario de inscripción firmado dentro de los treinta (30) días siguientes al matrimonio, pero lo recibimos dentro de los sesenta (60) días siguientes al matrimonio, la cobertura comenzará no más tarde del primer día del mes calendario que comienza después de Nosotros recibamos la solicitud de inscripción especial. La cobertura no estará disponible si la solicitud de inscripción no se firma dentro de los treinta (30) días siguientes al matrimonio. La Cobertura no estará disponible si Blue Cross and Blue Shield of Louisiana no recibe la solicitud de inscripción dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de matrimonio.

#### 4. Período de Cobertura Automática para Recién Nacidos

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

- (1) Dicho niño recibirá cobertura automáticamente durante un mes desde al nacimiento o hasta que el niño sea dado de alta del hospital o la unidad de atención médica especial neonatal, el período que sea más largo. Este es el período de cobertura automática. La cobertura automática para el niño se proveerá a través del Plan de Beneficios de la madre, si la hubiera. Si la madre no tiene Plan de Beneficios, entonces la cobertura automática se proveerá a través del Plan de Beneficios del padre, siempre que este Nos haya notificado el nacimiento del niño. La cobertura del niño continuará en vigor de ahí en adelante, solo si Nosotros recibimos rellenado el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado antes de que expire el período de cobertura automática, y siempre que las primas requeridas para la cobertura del niño se paguen cuando se facturen.

- (2) Si el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado completado no es recibido durante este periodo, la cobertura para el niño finalizará cuando expire el periodo de cobertura automática. Cualquier solicitud posterior para añadir cobertura para el niño a la cobertura tendrá que hacerse durante el período de inscripción o conforme a la disposición de inscripción especial.

- b. Si un Suscriptor se convierte en padre y cuenta con una cobertura que incluye a niños dependientes (cobertura para el Suscriptor y la Familia o cobertura para el Suscriptor y sus Hijos), la fecha de entrada en vigor de la cobertura del bebé será la fecha de nacimiento. Usted debe notificarnos dentro de los ciento ochenta (180) días del nacimiento para actualizar Nuestros registros.

#### 5. Período de Cobertura Automática para Recién Nacidos Adoptados.

- a. Para Miembros que cuentan con una cobertura para Suscriptor Solo o Cobertura para Suscriptor y Cónyuge:

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

- (1) El niño estará cubierto automáticamente por un mes a partir de la fecha de entrega legal en el hogar del Suscriptor o de la orden de custodia, o si el recién nacido nace enfermo, a partir de la fecha en que hubiese sido entregado legalmente en el hogar del Suscriptor si no hubiese estado enfermo, hasta que el niño este lo suficientemente bien para ser dado de alta del Hospital o la Unidad neonatal de Atención Especial, lo que sea más tarde. El niño no estará cubierto desde el nacimiento. La cobertura del niño continuará en vigor a partir de entonces, solo cuando recibamos relleno un Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado antes del vencimiento del periodo de cobertura automática, siempre que las primas requeridas para la cobertura del niño se paguen cuando se facturen.
  - (2) Si no recibimos el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado correctamente relleno dentro de este período de cobertura automática, la cobertura del niño finalizará cuando expire el período de cobertura automática. Cualquier solicitud posterior para añadir cobertura para el niño tendrá que hacerse en el período de inscripción o conforme a una disposición de inscripción especial.
- b. Para los Miembros que tienen cobertura de Suscriptor y Familia o cobertura de Suscriptor e Hijo(s):

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

#### **ARTÍCULO IV. BENEFICIOS DE LA VISIÓN CUBIERTOS**

El Esquema de Beneficios de la Visión será determinante en cuanto a qué Beneficios descritos en este artículo están cubiertos por el plan del Miembro, con qué frecuencia, qué copagos o coaseguros se aplican y qué limitaciones se aplican a los mismos. Consulte el Esquema de Beneficios de la Visión para obtener más detalles.

##### **A. Beneficios de la Red**

Los Miembros tendrán cobertura para un Examen de la Vista de Rutina de acuerdo con los términos del Esquema de Beneficios de la Visión y como se describe a continuación. Además del Examen Rutinario de la Vista, los Miembros pueden tener cobertura para materiales o servicios de corrección de la vista con cirugía láser, como se describe a continuación. El Esquema de Beneficios de la Visión especificará si el afiliado tiene cobertura para materiales y servicios de corrección de la vista por cirugía láser.

##### **1. Examen de Salud Visual de Rutina**

Tras el pago por parte del Miembro de cualquier copago correspondiente indicado en el Esquema de Beneficios de la Visión, la Compañía cubrirá un Examen de Salud de la Vista de Rutina. Los Exámenes de Salud Visual de Rutina cubiertos incluirán la dilatación de las pupilas cuando lo indique el profesional. Los Examen de Salud de la Vista de Rutina se limitarán a la frecuencia indicada en el Esquema de Beneficios de la Visión.



## 2. Materiales

### a. Lentes graduadas para cada ojo del Miembro

Después de que el Miembro haya pagado cualquier copago aplicable, la Compañía cubrirá una lente graduada para cada uno de los ojos del Miembro, como se indica en el Esquema de Beneficios de la Visión. El tipo de material de las lentes cubiertas se explicará en el Esquema de Beneficios de la Visión. La cobertura de las lentes graduadas se limitará a la frecuencia indicada en el Esquema de Beneficios de la Visión.

El Miembro podrá aplicar mejoras a los lentes con cobertura que han sido descritos con anterioridad a unos precios inferiores. El Esquema de Beneficios de la Visión puede incluir precios reducidos para algunos tipos especiales de lentes y otras mejoras. Cualquier opción de mejora disponible no se considerará cubierta en este Plan de Beneficios.

### b. Armazones de anteojos

Después de que el Miembro haya pagado cualquier copago correspondiente indicado en el Esquema de Beneficios de la Visión, la Compañía cubrirá una montura de gafas, hasta cualquier gasto cubierto máximo especificada en el Esquema de Beneficios de la Visión. Algunos Proveedores Participantes de práctica privada cuentan con la Colección de Armazones Davis Vision, que el Miembro puede obtener con poco o ningún costo de desembolso, como se indica en el Esquema de Beneficios de la Visión. Para saber qué proveedores tienen la Colección de Armazones, visite nuestra página web en [es.bcbsla.com](http://es.bcbsla.com) para buscar los proveedores de Davis Vision más cercanos.

La cobertura de Armazones de Anteojos se limitará a la frecuencia indicada en el Esquema de Beneficios de la Visión.

### c. Lentes de contacto graduadas

Después de que el Miembro haya pagado cualquier copago correspondiente, la Compañía cubrirá una lente graduada para cada uno de los ojos del Miembro, hasta el gasto cubierto máximo indicada en el Esquema de Beneficios de la Visión.

El Esquema de Beneficios de la Visión también indicará si la cobertura de Lentes de Contacto es en lugar de o además de los anteojos. Si la cobertura de Lentes de Contacto es «en lugar de los anteojos», significa que, dentro del período de frecuencia indicado en el Programa, el Miembro sólo puede elegir uno de los Lentes graduados para anteojos y una montura para anteojos, o Lentes de Contacto, pero no ambos. Si por el contrario, la cobertura de Lentes de Contacto es «además de los anteojos», significa que el Miembro puede elegir Lentes graduados y una Montura de anteojos, y Lentes de Contacto dentro del mismo periodo de frecuencia.

## 3. Servicios de corrección de la vista por cirugía láser

Las correcciones de la vista con láser son procedimientos quirúrgicos para corregir problemas de visión como la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo. Las correcciones visuales con cirugía láser sólo estarán cubiertas si están incluidas en el Esquema de Beneficios de la Visión. Los miembros tendrán cobertura para los procedimientos específicos de corrección de la vista con cirugía láser indicados en el Esquema de Beneficios de la Visión, y sujetos al costo compartido especificado.

La autorización debe obtenerse antes de la cirugía. El Miembro o el Proveedor que lo atiende debe enviar una solicitud completa a Davis Vision antes de la evaluación inicial. Si no se obtiene la autorización requerida, el Miembro será responsable de todos los cargos por tales servicios.

La cirugía debe realizarse dentro del plazo de tiempo desde el examen preoperatorio indicado en el Esquema de Beneficios de la Visión. Si un Miembro no obtiene la cirugía dentro de este período de tiempo y es necesario otro examen preoperatorio, el coste de dicho examen no estará cubierto por este Plan de Beneficios.

Si de acuerdo con el Esquema de Beneficios de la Visión del plan del Miembro no se cubren los Servicios de Corrección de la Vista por Cirugía Láser, los Miembros podrían tener un descuento para dichos servicios a través de Davis Vision. Consulte a Davis Vision para obtener más detalles.

## **B. Limitaciones de los Beneficios de la Red**

### **1. Lentes de Contacto Medicamente Necesarios**

Los Lentes de Contacto Medicamente Necesarios están sujetos a la Autorización. Una vez autorizado, el Miembro podrá elegir cualquiera de las opciones de lentes de contacto disponibles en este Artículo, conforme a cualquier gasto cubierto y copago que correspondan. Los lentes de contacto Medicamente Necesarios que no se Autoricen debidamente no serán cubiertos.

### **2. Armazones de Anteojos de Colección y que no Pertenecen a la Colección**

Los Miembros pueden elegir un Armazón de Anteojos que pertenezca o no a la Colección dentro de su período de frecuencia, pero no ambos.

### **3. Coberturas de Armazones de Anteojos y Lentes de Contacto sujetas a un Gasto Cubierto**

Cuando, de acuerdo con el Esquema de Beneficios de la Visión, la cobertura de monturas o lentes de contacto está limitada a un gasto cubierto máximo, eso significa que esos artículos están cubiertos, después de su correspondiente copago, hasta su valor de venta al público indicado en el Esquema. Si el Miembro elige un artículo cuyo valor de venta al público supera la asignación, deberá pagar el exceso además del copago correspondiente. El Miembro puede recibir un descuento sobre el valor de venta al público del armazón o los lentes que exceda la asignación. Cualquier descuento sobre el valor de venta al público de un artículo que supere el gasto cubierto no estará disponible si el Miembro compra su artículo en un centro Costco, Walmart o Sam's Club. Los Armazones de Anteojos adquiridos en los centros de Visionworks pueden tener un gasto cubierto máximo más alta que si se adquieren en otros centros, si se indica en el Esquema de Beneficios de la Visión.

### **4. Evaluación, Ajuste y Seguimiento de los Lentes de Contacto**

La cobertura para la Evaluación, Ajuste y Seguimiento de los lentes de contacto se describe en el Esquema de Beneficios de la Visión. La evaluación, el ajuste y el seguimiento pueden no estar cubiertos para algunos tipos de lentes de contacto, estar cubiertos en su totalidad sujeto a un copago, o estar cubiertos hasta un valor de tarifa específico (el «gasto cubierto»). Los valores de las tarifas de evaluación, adaptación y de seguimiento que excedan el gasto cubierto requerirán que el Miembro pague la tarifa excedente además de los copagos aplicables y cualquier otra tarifa. Es posible que se apliquen descuentos sobre los gastos de evaluación y ajuste que superen cualquier gasto cubierto. Los descuentos no estarán disponible si el Miembro compra sus Lentes de Contacto en un centro Costco, Walmart o Sam's Club.

## **C. Beneficios Fuera de la Red**

Si están incluidos de acuerdo con el Esquema de Beneficios de la Visión, este Plan de Beneficios proporcionará cobertura limitada para ciertos servicios y materiales prestados por Proveedores no Participantes, hasta el reembolso máximo descrito en el Esquema. Cualquiera de los cargos facturados por Proveedores no Participantes para los servicios que superen los reembolsos máximos descritos en el Esquema de Beneficios de la Visión no se cubrirán y serán responsabilidad del Miembro.

Davis Vision reembolsará al Miembro los servicios y materiales prestados por Proveedores no participantes. El Miembro será responsable de pagar al Proveedor no Participante sus cargos en su totalidad, y luego presentar la reclamación a Davis Vision para su reembolso hasta los límites indicados en el Esquema de Beneficios de la Visión.

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

**ARTÍCULO V. DESCUENTOS**

Los Miembros pueden acceder a descuentos para servicios y materiales relacionados con la vista no cubiertos bajo este Plan de Beneficios. Todos los descuentos, incluidos los descritos en el Esquema de Beneficios de la Visión en relación con los Beneficios cubiertos, son administrados y proporcionados por Davis Vision en consideración a que el Miembro esté cubierto por este Plan de Beneficios. Los descuentos no se considerarán como una cobertura en este Plan de Beneficios. El Miembro puede tener acceso a más descuentos que los descritos en el Esquema de Beneficios para la Visión por ser cliente de Davis Vision. Davis Vision puede modificar o discontinuar los descuentos ofrecidos a sus clientes en el transcurso normal de las actividades comerciales sin previo aviso. Los Afiliados deben consultar a Davis Vision o a un Proveedor de Davis Vision para conocer los descuentos disponibles en cualquier momento.

**ARTÍCULO VI. IMPUESTOS SOBRE LA VENTA DE ARTÍCULOS CUBIERTOS O CON DESCUENTO**

Es posible que en algunas zonas se exija a los proveedores que cobren impuestos sobre las ventas por el valor de los artículos cubiertos o con descuento. En tal caso, esta Plan de Beneficios no cubrirá los impuestos sobre las ventas. El Miembro debe pagar cualquier impuesto sobre las ventas, además de cualquier copago aplicable, no cubiertos y los artículos con descuentos.

**ARTÍCULO VII. EXCLUSIONES**

Cualquiera de las limitaciones y exclusiones en este Plan de Beneficios puede ser revisada, eliminada o limitada, como se muestra en el Esquema de Beneficios de la Visión.

A menos que se indique lo contrario como cubierto en este Plan de Beneficios, no se proporcionarán Beneficios para lo siguiente:

**INDEPENDIENTEMENTE DE LA RECLAMACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA:**

1. Los servicios, suministros y tratamientos para servicios que no están específicamente indicados como cubiertos por este Plan de Beneficios, como también lo están las Complicaciones de los servicios, suministros y tratamientos que no están cubiertos por este Plan de Beneficios.
2. Servicios, tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos, artículos o suministros que no sean Medicamento Necesarios. 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 Medicamento Necesario.
3. Servicios o materiales de proveedores que no participen en la red Davis Vision.
4. Cualquier cargo que exceda el Cargo Permitido.
5. Cualquier servicio médico o quirúrgico que no esté cubierto específicamente por este Plan de beneficios.
6. Beneficios recibidos de un departamento médico o de visión o de un Proveedor mantenido por o en nombre de un Grupo o empleador, una asociación de beneficios mutuos, un sindicato, un fideicomiso o una persona o Grupo similar.
7. Servicios o gastos por los que el Miembro no tiene obligación de pagar, o por los que no se cobraría si el Miembro no tuviera cobertura para la visión.

8. Los servicios 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 prestados a un Miembro que posea el cincuenta por ciento (50 %) o más de la propiedad del Grupo (o un empleador, si el Grupo es una asociación de empleadores), si el Miembro ha optado legalmente por ser excluido de la cobertura de Compensación al Trabajador para el Grupo y ha proporcionado a la Compañía una verificación por escrito de su interés en la propiedad y la exclusión de la cobertura de Compensación al Trabajador en el momento de la inscripción o al adquirir el porcentaje de propiedad requerido.
9. Los servicios cuyo pago esté disponible en virtud de las leyes de los Estados Unidos, de cualquiera de sus estados o subdivisiones políticas o de la Administración de Veteranos, excepto cuando la aplicación de esta exclusión esté prohibida por la ley.

Servicios en las siguientes categorías:

- a. aquellos servicios para enfermedades contraídas o lesiones sostenidas como resultado de una guerra, declarada o no declarada o cualquier acto de guerra;
  - b. las correspondientes a lesiones o enfermedades que el Secretario de Asuntos de los Veteranos encontró que fueron incurridas o agravadas durante la prestación del servicio en los servicios uniformados;
  - c. aquellos que ocurran como resultado de haber participado en un motín o acto de desobediencia civil;
  - d. aquellos que ocurren como resultado de un Afiliado haber cometido o intentado cometer un delito. Esta exclusión no se aplica al punto de no coincidir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), junto con sus enmiendas. El Miembro tendrá a su disposición los Beneficios si sufre una enfermedad o lesión corporal provocadas por un acto de violencia doméstica o por una afección médica (tanto afecciones mentales como psicológicas o en caso de necesitar atención de emergencia, el examen clínico inicial de selección, el tratamiento y la estabilización de una afección médica de emergencia.
  - e. para el tratamiento de cualquier Miembro detenido en una institución correccional que haya sido juzgado y condenado por el delito que causó la detención.
10. servicios o materiales de la visión incurridos o recibidos antes de la fecha de entrada en vigor del Miembro
  11. Beneficios después de la terminación o cancelación del Plan de Beneficios, independientemente de la causa de la terminación o cancelación.
  12. Implantes, vías o cualquier tipo de lentes intraoculares.
  13. Tratamientos quirúrgicos para corregir la vista, a menos que se encuentren específicamente cubiertos bajo otra este Plan de Beneficios.
  14. Servicios o materiales que no sean los mencionados específicamente en el Esquema de Servicios para la Visión y descritos en el Artículo IV de este Plan de Beneficios.
  15. Servicios, materiales, suministros o cargos en la medida en que el pago se haya efectuado o esté disponible en virtud de cualquier otro contrato emitido por esta o cualquier otra Compañía de Blue Cross o Blue Shield, o en la medida en que esté previsto en cualquier otro plan de beneficios de grupo.
  16. Servicios o materiales que sean de naturaleza de investigación, excepto por lo provisto específicamente en este Plan de Beneficios.

17. Servicios, materiales, suministros, equipos o cargos en relación con Cirugía o Tratamiento Estético.
18. Cualquier impuesto sobre las ventas o interés.
19. Atención prestada por un Proveedor que sea el Cónyuge, hijo, hijastro, padre, padrastro o abuelo del Miembro.
20. Cargos por consultas telefónicas o por correo electrónico, por no acudir a una visita programada, por completar un formulario de Reclamación, para obtener registros médicos o información requerida para adjudicar una Reclamación, o para acceder o inscribirse en o con cualquier Proveedor.
21. Anestesia.
22. Servicios relacionados con fotos de diagnóstico (por ejemplo, Polaroid).
23. Servicios o suministros que la Compañía determine que no son médicamente necesarios.

## **ARTÍCULO VIII. BENEFICIOS NO TRANSFERIBLES**

Todas las prestaciones pagaderas por la Compañía en virtud de este Plan de Beneficios y de cualquier enmienda al mismo son personales, y el Miembro no podrá cederlos de forma total ni parcial. La Compañía no reconocerá el intento de cesión de un Miembro o la orden de pago a cualquier Proveedor. Nada de lo contenido en este Plan de Beneficios se interpretará como una responsabilidad de este plan de visión o de la Compañía frente a cualquier tercero ante el cual el Miembro pueda ser responsable de los servicios o materiales de visión proporcionados.

## **ARTÍCULO IX. DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA**

### **A. Continuación Estatal**

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

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

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

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

Para elegir la continuación de la cobertura en esta sección, el Suscriptor o Miembro deben notificar por escrito al Grupo sobre su elección de continuar esta cobertura médica Grupal y debe pagar toda contribución necesaria al Grupo por adelantado. La contribución inicial debe pagarse antes de finalizar el mes posterior al

meses en que sucedió el evento que hizo que el Suscriptor o Miembro cumpliera con los requisitos. (Si el Dependiente cumple con los requisitos a causa de un divorcio, se considerará que el evento ocurrió en la fecha de la sentencia de divorcio). El Grupo dispone de un formulario para continuar la cobertura.

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

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

## **B. Continuación de COBRA**

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

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

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

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

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

Por ejemplo, Usted podría calificar para adquirir cobertura individual a través del Mercado de Seguros Médicos. 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 inscripción abierta del Mercado de Seguros. Desde que pierde la cobertura de este Plan de Beneficios, tiene sesenta (60) días para solicitar una inscripción especial a través del Mercado de Seguros Médicos. En el Mercado de Seguros Médicos, Usted podría calificar para recibir un nuevo crédito contributivo que baje inmediatamente Sus primas mensuales y podrá ver cuáles serán sus primas, deducibles y costos que usted deberá pagar 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 grupal para el que Usted reúne los requisitos (como el plan de su Cónyuge), aun si el plan generalmente no acepta inscripciones tardías, si Usted solicita la inscripción dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que perdió la cobertura de este Plan de Beneficios.

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

#### ¿Qué sucede si escojo la continuación de cobertura COBRA?

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

#### ¿Qué son los «eventos calificados»?

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

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

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

### ¿Tengo que notificar cualquier evento calificado?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Dieciocho (18) meses tras el evento calificado en caso de la finalización del contrato de trabajo o la reducción del horario laboral. Cuando el empleado adquiera el derecho a recibir los Beneficios de Medicare a menos de dieciocho (18) meses antes de la finalización del contrato de trabajo o la reducción del horario laboral, la continuación de la cobertura para beneficiarios calificados que no sean el Empleado se extenderá durante el período más largo de treinta y seis (36) meses a partir de la fecha de adquisición de Medicare o de dieciocho (18) meses a partir del evento calificado; o



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

#### ¿Puedo extender mi continuación de cobertura COBRA?

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Mantenga a Su Plan informado de cualquier Cambio de Dirección

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

### **C. Derechos de los Empleados conforme a la Ley de los Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados (USERRA por sus siglas en inglés)**

Los Empleados que se van en una licencia militar para prestar «servicio en los servicios uniformados de los Estados Unidos» (como se describe el término en la USERRA) pueden elegir continuar con la cobertura bajo este Plan de Beneficios por hasta 24 meses a partir de la fecha en que el Empleado se ausenta para prestar el servicio. Solo un Empleado con cobertura puede elegir la continuación de cobertura bajo USERRA para sí mismo y para los Dependientes que cumplan con los requisitos y que estaban con cobertura por el Plan inmediatamente antes de este irse a prestar el servicio militar. Los Dependientes no tienen ningún derecho individual para elegir la continuación de cobertura USERRA.

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

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

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

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

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

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

## **ARTÍCULO X. DISPOSICIONES GENERALES - GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA Y MIEMBROS**

### **A. El Plan de Beneficios**

1. Este Plan de Beneficios, incluida la solicitud de cobertura para la visión de grupo, el Esquema de Beneficios de la visión y cualquier enmienda o endoso adjunto, constituyen el contrato completo entre las partes. En la medida en que este Plan de Beneficios no cumpla con cualquier ley federal o estatal promulgada después de su redacción, las disposiciones necesarias para dicho cumplimiento se considerarán incorporadas y el Plan de Beneficios se administrará en consecuencia.
2. Excepto lo aquí provisto específicamente, este Plan de Beneficios no hará responsable a la Compañía por cualquier deber u obligación que las leyes o normas federales o estatales impongan sobre el empleador. En la medida en que este Plan de Beneficios sea un Plan de Beneficios de asistencia social para el empleado, como se define en la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA), y sus enmiendas, el Grupo será el administrador del Plan de Beneficios de asistencia social del empleado y será el único responsable de cumplir con todas las obligaciones que impongan la ley o las normas sobre el administrador del plan, excepto sobre aquellas específicamente a cargo de la Compañía aquí mencionadas. En la medida en que este Plan de Beneficios esté sujeto a la ley COBRA, el Grupo, o quien este designe por contrato, será el administrador a los fines de la ley COBRA. El Grupo es responsable de establecer y cumplir todos los procedimientos obligatorios de la ley COBRA que puedan aplicarse al Grupo. El Grupo indemnizará y exonerará a la Compañía de toda responsabilidad en caso de que la Compañía incurriera alguna obligación como resultado de un incumplimiento del Grupo.
3. La Compañía no será responsable de incumplimientos, actos, omisiones, negligencias, cumplimiento irregular, acto ilícito o negligencia profesional de parte de cualquier proveedor o su representante, empleado u otra persona que participe de la atención o el tratamiento del Miembro o esté relacionado con ellos.
4. La Compañía plena autoridad discrecional para determinar los requisitos para recibir Beneficios o interpretar los términos de este Plan de Beneficios.
5. La Compañía tendrá el derecho de celebrar contratos con subcontratistas, Proveedores o terceras partes en relación con este Plan de Beneficios. Cualquiera de las funciones que deba llevar a cabo la Compañía según este Plan de Beneficios podrá ser realizada por Nosotros o cualquiera de nuestras filiales, sucursales, subcontratistas o personas designadas.

### **B. Sección 1557 Procedimiento de Quejas Formales**

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

Section 1557 Coordinator  
P. O. Box 98012  
Baton Rouge, LA 70898-9012  
225-298-7238  
800-711-5519 (TTY 711)  
Fax: 225-298-7240  
Correo electrónico: [Section1557Coordinator@bcbsla.com](mailto:Section1557Coordinator@bcbsla.com)

Si Usted considera que ha sido víctima de discriminación en función de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, puede presentar una queja conforme a este procedimiento. Es ilegal que Blue Cross and

Blue Shield of Louisiana tome represalias contra alguien que se oponga a la discriminación, presente una queja formal o participe en la investigación de una queja formal.

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

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

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

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

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

### **C. Cambios en el Plan de Beneficios**

La Compañía se reserva el derecho de modificar los términos de este Plan de Beneficios a través de una notificación al Grupo con al menos treinta (30) días de anticipación. Ningún cambio o exención a cualquier disposición del Plan de Beneficios será efectivo hasta que se haya aprobado por el director ejecutivo de la Compañía u otra persona autorizada a realizar cambios.

### **D. Tarjetas de Identificación y Planes de Beneficios**

Prepararemos una tarjeta de identificación para cada Suscriptor. Proporcionaremos un Plan de Beneficios al Grupo e imprimiremos una cantidad suficiente de copias del Plan de Beneficios para los Suscriptores del Grupo. Según las indicaciones del Grupo, entregaremos todos los materiales del Grupo para su distribución

entre sus Suscriptores, o entregaremos los materiales a los Suscriptores directamente. La copia del Plan de Beneficios del Suscriptor servirá como su certificado de cobertura. A menos que se acuerde lo contrario entre el Grupo y Nosotros, el Grupo es el único responsable de distribuir dichos documentos a los Suscriptores.

#### **E. Pago de Primas**

1. Nuestras primas para el Plan de Beneficios pueden aumentar después de los primeros doce (12) meses de cobertura del Grupo y cada seis (6) meses a partir de entonces, excepto cuando las primas aumenten con mayor frecuencia, como se describe en el párrafo siguiente. A excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo, la Compañía le dará 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. Enviaremos la notificación a la dirección más reciente del Grupo que tengamos en Nuestros registros. Todo aumento de prima entrará en vigor en la fecha especificada en el aviso de cambio de tarifa. Si sigue pagando la prima constituirá la aceptación del cambio.

Nos reservamos el derecho de aumentar las primas con mayor frecuencia que lo indicado anteriormente, debido a la incorporación de una nueva persona o entidad cubierta en el Grupo que no se había considerado previamente en el proceso de determinación de la tarifa en cualquier momento durante la vigencia del Plan de Beneficios. Además, la Compañía se reserva el derecho de aumentar el importe de la prima por: (1) cualquier cambio en la edad o ubicación geográfica de cualquier individuo asegurado o titular de la póliza; (2) un cambio en la extensión o la naturaleza del riesgo del Grupo; o (3) cualquier cambio en el nivel de Beneficios a partir de aquella que estaba vigente al momento de realizada la última determinación de tarifas. Este aumento de las primas entrará en vigor en la siguiente fecha de facturación posterior a la fecha efectiva del cambio. Si sigue pagando la prima constituirá la aceptación del cambio.

2. Las primas vencen y deben pagarse a partir de la Fecha de entrada en vigor de este Plan de Beneficios y, a partir de entonces, en la misma fecha cada mes posterior. Se considera que el Grupo está en falta si no se pagan las primas en la fecha del vencimiento.
3. Si el Grupo no realiza los pagos a la oficina central de la Compañía dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de vencimiento, este Plan de Beneficios se cancelará inmediatamente en la medianoche del último día en el que las primas deberían haberse pagado. La Compañía no será responsable de ningún Beneficio por servicios prestados después de la fecha de cancelación.

#### **F. Beneficios a los que tiene derecho el Miembro**

1. La responsabilidad de la Compañía se limita a los Beneficios especificados en este Plan de Beneficios.
2. Los Beneficios para los Servicios Cubiertos detallados en este Plan de Beneficios se prestarán únicamente para servicios y suministros prestados a partir de la Fecha de entrada en vigor del Miembro por un Proveedor incluido en este Plan de Beneficios y regularmente incluidos en los cargos de dicho Proveedor.

#### **G. Aviso de los Requisitos del Miembro - Datos del personal del Grupo**

1. El Grupo es el único responsable de brindar la información que requiere la Compañía a los fines de inscribir Miembros del Grupo en este Plan de Beneficios, procesar las bajas y efectuar cambios del estatus familiar y de la membresía. La aceptación de los pagos de las personas que ya no cumplen con los requisitos para recibir la cobertura no obligará a la Compañía a proporcionar los Beneficios de este Plan.
2. Todas las notificaciones de cambios en la membresía o cobertura deberán realizarse en los formularios aprobados por la Compañía y deberán incluir toda la información necesaria para que la Compañía realice los cambios.
3. El Grupo debe notificar al Departamento de Facturación y Membresía de la Compañía acerca de la finalización de la cobertura de un Miembro mediante la presentación de un formulario de cancelación

(u otro formulario de notificación aceptable para nosotros) y presentarlo en Nuestras oficinas antes del próximo ciclo de facturación inmediatamente posterior al ciclo de facturación en el que se rescinde el plan del Miembro o de cualquiera de sus Dependientes perteneciente al Grupo o al finalizar su derecho para recibir cobertura (o cualquier otro período descrito en el Esquema de Beneficios de la Visión). El Grupo también presentará pruebas ante el Departamento de Facturación y Membresía de la Compañía acerca de la elección del Miembro o su Dependiente de cualquier cobertura correspondiente de COBRA después de dicha rescisión dentro de los tres (3) días hábiles de la recepción por parte del Grupo de los formularios de continuidad firmados. La Compañía no tiene la obligación de reembolsar el importe de las primas pagadas por el Grupo o por cualquier Miembro, si el pago se hizo a la Compañía debido a que el Grupo no notificó a tiempo a la Compañía la rescisión de la cobertura de un Miembro o su Dependiente.

4. Las solicitudes de rescisión de la cobertura que se envíen después del período mencionado se cumplirán únicamente de manera provisional tras la fecha de recepción, y el Grupo será responsable de pagar todas las primas correspondientes hasta la fecha de finalización. Todas las solicitudes de rescisión de la cobertura, sean oportunas o no, estarán sujetas a otros términos, condiciones y requisitos legales que puedan aplicarse.

Cuando el Grupo presente una solicitud ante la Compañía para rescindir la cobertura de un Miembro o la de cualquiera de sus Dependientes, se considerará que el Grupo asume que ni el Miembro ni su Dependiente han realizado pagos a fin de cubrir el costo de las primas de cualquier período de cobertura más allá de la fecha en que el Grupo desea que se termine la cobertura, y que no se proporcionó información ni se hizo una declaración al Miembro ni a su Dependiente para generar una expectativa de que la cobertura de la persona continuaría más allá de esa fecha, a excepción de las divulgaciones que exige la ley con respecto a cualquier derecho de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) u otra cobertura de continuación obligatoria. En el caso de que el individuo tenga derecho a continuar su cobertura bajo COBRA o algún otro mandato similar, el Grupo deberá solicitar a tiempo la rescisión de la cobertura del individuo bajo el proceso regular creado por la Compañía para dicho propósito, y deberá presentar bajo un proceso separado cualquier elección de continuación de cobertura por parte del individuo.

5. El Grupo garantiza la precisión de la información que transmite a la Compañía y entiende que la Compañía confiará en dicha información. El Grupo acepta proporcionar o permitir la inspección de los expedientes del personal para verificar si cumple con los requisitos para recibir cobertura si así lo solicita la Compañía.
6. Además, el Grupo acepta indemnizar a la Compañía por todos los gastos en los que pueda incurrir, si corresponde, como resultado del incumplimiento del Grupo de transmitir información correcta y en el período requerido por la Compañía. La indemnización incluye, entre otros conceptos, los pagos por Reclamaciones realizadas en nombre de las personas que no tienen derecho a recibir los Beneficios. Como alternativa, la Compañía podrá, a su criterio exclusivo, hacer responsable al Grupo de todos los pagos de primas de los Miembros cuyas coberturas no fueron canceladas a tiempo a causa del incumplimiento del Grupo de notificar a la Compañía sobre la rescisión o los cambios en la elegibilidad.

#### **H. Rescisión de la cobertura de un Miembro**

1. La cobertura de un Miembro puede finalizar por fraude en cualquier momento. La cobertura de un Miembro puede finalizar en un plazo de tres (3) años a partir de la Fecha de entrada en vigor del Miembro si se cometió una tergiversación material en relación con la inscripción para la cobertura.
2. A menos que la Continuación de la Cobertura COBRA esté disponible y sea seleccionada según lo dispuesto en este Plan de Beneficios, la cobertura de un Miembro finaliza según lo dispuesto a continuación:
  - a. La cobertura del Suscriptor y la de todos sus Dependientes finaliza automáticamente, y sin previo aviso, al final del período en el que el Suscriptor deja de cumplir con los requisitos.

- b. La cobertura para el Cónyuge del Suscriptor se cancelará automáticamente, sin previo aviso, al final del período para el cual se hayan pagado las primas, cuando se presente un decreto final de divorcio u otra resolución legal de terminación del matrimonio.
  - c. La cobertura de un Dependiente terminará automáticamente, y sin previo aviso, al final del mes en que el Dependiente deja de ser un Dependiente cualificado, si las primas han sido pagadas hasta ese mes.
  - d. Tras el fallecimiento del Suscriptor, la cobertura de todos sus Dependientes que sobrevivan finalizará automáticamente y sin notificación al final del mes en el que haya ocurrido el fallecimiento, si se han pagado las primas durante ese mes. Sin embargo, el cónyuge o dependiente que lo sobrevivan pueden elegir la ley COBRA como continuación de cobertura tal como se describe en otra sección de este Plan de Beneficios.
3. En el caso en que el Grupo cancele este Plan de Beneficios o que la Compañía termine este Plan de Beneficios debido a la falta de pago oportuno o debido a que el Grupo no cumple con una obligación exigida por este Plan de Beneficios, dicha cancelación o rescisión por sí sola pondrá fin a todos los derechos del Miembro sobre los Beneficios conforme a este Plan de Beneficios, a partir de la fecha de entrada en vigor de dicha cancelación o rescisión. El Grupo tendrá la obligación de notificar a sus Miembros, participantes y beneficiarios sobre dicha cancelación o rescisión. No tenemos la obligación de notificar al nivel de Miembro.
  4. Excepto que se estipule lo contrario en este Plan de Beneficios, no hay Beneficios disponibles para un Miembro por servicios cubiertos prestados después de la fecha de cancelación o rescisión de la cobertura del Miembro.
  5. La Compañía se reserva el derecho de cambiar de forma automática el tipo de cobertura del Suscriptor para reflejar que no hay más hijos o nietos cubiertos bajo este Plan de Beneficios.

#### **I. Presentación de Reclamaciones**

los Miembros o Proveedores deben presentar todas las Reclamaciones en una manera aceptable dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que se prestaron los servicios, a menos que no sea razonablemente 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.

#### **J. Límite de tiempo para una acción legal**

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

#### **K. Divulgación de la información**

Podemos solicitar que el Afiliado o el Proveedor proporcionen cierta información en relación con la Reclamación de Beneficios del Afiliado. Mantendremos la confidencialidad de la información, los registros o las copias de ellos, excepto cuando, según el criterio exclusivo de la Compañía, deban divulgarse.

#### **L. Relación entre el Miembro y el Proveedor**

1. La elección de un Proveedor dentro de la red Davis Vision es exclusiva del Miembro.
2. La Compañía y todos los Proveedores de la red de la visión son contratistas independientes entre sí y no se consideran agentes, representantes ni Empleados el uno del otro, para ningún fin. Blue Cross and Blue Shield of Louisiana no presta Servicios Cubiertos, sino que únicamente paga los Servicios

Cubiertos que recibe el Miembro. La Compañía no será responsable de ningún acto u omisión de ninguno de los Proveedores, ni ninguna Reclamación o demanda originada por daños provenientes de ellos, y de ninguna manera está relacionada con ninguna lesión sufrida por el Miembro mientras recibía atención de cualquiera de los Proveedores de la red de la visión o en sus instalaciones. La Compañía no tiene ninguna responsabilidad por el incumplimiento o la negativa de un Proveedor a prestar los Servicios Cubiertos al Miembro.

3. Al referirse a un Proveedor, el uso o no de calificativos como «Participante» o «No Participante», no es indicativo de la capacidad del Proveedor.

## **M. Legislación vigente**

Este Plan de Beneficios estará regido y será interpretado de acuerdo con las leyes y normas del Estado de Luisiana, excepto cuando queden desplazadas por las leyes federales. Este Plan de Beneficios no está sujeto a la normativa de parte de ningún otro estado que no sea el de Luisiana.

Si cualquier disposición de este Plan de Beneficios entra en conflicto con cualquier ley vigente del Estado de Luisiana, la disposición se enmienda automáticamente para que cumpla con los requisitos mínimos del estatuto. Cualquier acción legal presentada contra el Plan debe presentarse en el tribunal correspondiente del Estado de Luisiana.

## **N. Aviso**

Todo aviso necesario en este Plan de Beneficios deberá realizarse por escrito. Las notificaciones enviadas al Grupo deberán remitirse a la dirección que figura en la solicitud de cobertura grupal. Las notificaciones enviadas a la Compañía deberán remitirse a la dirección que figura en la solicitud de cobertura grupal.

Toda notificación que deba enviarse se considerará entregada cuando se haya depositado en el servicio postal de los Estados Unidos, con el franqueo pagado, y dirigida al domicilio del Miembro (que figura en los registros de la Compañía) o a la dirección del Grupo (que figura en los registros de la Compañía). El Grupo, la Compañía o el Miembro podrán, mediante notificación por escrito, indicar una nueva dirección en la cual recibir las notificaciones.

## **O. Lesión o enfermedad relacionada con el trabajo**

El Grupo debe informar a la agencia gubernamental federal o estatal correspondiente cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo de un Suscriptor cuando así lo exijan las disposiciones de cualquier ley federal o estatal y/o programas relacionados. Este Plan de Beneficios excluye los servicios 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. En el caso de que los Beneficios sean extendidos inicialmente por la Compañía y una aseguradora de compensación, empleador, agencia o programa gubernamental, aseguradora o cualquier otra entidad realice algún tipo de liquidación con el Afiliado, con cualquier persona con derecho a recibir una liquidación cuando el Afiliado muera, o si se determina que la lesión o enfermedad del Afiliado es indemnizable conforme a las leyes o programas de compensación para trabajadores federales o estatales, el Grupo o el Afiliado deben reembolsar a la Compañía por los Beneficios extendidos o indicar a la compañía de compensación, empleador, agencia o programa gubernamental, asegurador, o cualquier otra entidad para realizar dicho reembolso. La Compañía tendrá derecho a dicho reembolso aún si el acuerdo no menciona ni excluye el pago por gastos de Beneficios de la visión.

## **P. Subrogación**

1. En la medida en que los Beneficios por Servicios Cubiertos estén provistos o abonados por este Plan de Beneficios, la Compañía se verá subrogada y pasará al derecho del Miembro de recuperar el importe pagado según este Plan de Beneficios a cualquier persona, organización u otra compañía



aseguradora, aun cuando dicha compañía aseguradora brinde beneficios directamente a un Miembro que es su asegurado. La aceptación de tales Beneficios en lo sucesivo constituirá la subrogación. Nuestro derecho de recuperar estará subordinado al derecho del Miembro de «ser compensado». La Compañía será responsable de su parte proporcional de los honorarios razonables de abogados y los costos en los que el Miembro haya incurrido para procurar su recuperación.

2. El Miembro reintegrará a la Compañía todos los importes recuperados por demanda, acuerdo o de algún otro modo y de parte de cualquier persona, organización u otra compañía aseguradora, aun cuando dicha compañía aseguradora otorgue beneficios directamente a un Miembro que es su asegurado, según el alcance de los Beneficios suministrados o pagados de acuerdo con este Plan de Beneficios. El derecho de la Compañía a obtener un reembolso estará subordinado al derecho del Miembro a «ser compensado». La Compañía acepta que será responsable de su parte proporcional de los honorarios razonables de abogados y los costos que el Miembro haya pagado para procurar la recuperación.
3. El Miembro deberá iniciar la acción, proveer información y asistencia y hacer cumplir dichos documentos ya que se podría solicitar a la Compañía que facilite el cumplimiento de sus derechos, y no llevará a cabo acciones que perjudiquen los derechos e intereses de la Compañía de acuerdo con este Plan de Beneficios. Ninguno de los puntos incluidos en esta disposición se considerará como cambios, modificaciones o variaciones de los términos de la sección Coordinación de Beneficios de este Plan.
4. El Miembro debe notificar a la Compañía sobre cualquier Lesión Accidental.

#### **Q. Derecho de reembolso**

Cuando la Compañía haya realizado un pago por los Servicios Cubiertos por un importe que supere los Beneficios máximos disponibles para dichos servicios, según este Plan de Beneficios, o cuando el pago exceda el Cargo Permitido o se haya realizado por error en concepto de Servicios no Cubiertos, la Compañía tendrá el derecho de recuperar ese pago del Miembro o, en su caso, del Proveedor.

Como alternativa, la Compañía se reserva el derecho de deducir de toda reclamación de pago pendiente en este Plan de Beneficios cualquier importe que el Miembro o el Proveedor le adeude.

#### **R. 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 cobrar de la Compañía el costo razonable de dicha atención o servicios, en la medida que el veterano cumpla con los requisitos para recibir Beneficios de la Compañía, si la atención o los servicios no se prestaron en un departamento o una agencia de los Estados Unidos.

El importe que los Estados Unidos pueda recuperar se verá descontado del deducible y de coaseguro o copago que correspondan. Los Estados Unidos tendrá derecho a cobrar a la Compañía el costo razonable de los servicios en el que se haya incurrido en nombre de un militar jubilado o de un Dependiente que sea militar, en un centro del servicio militar de los Estados Unidos, y en la medida en que la persona jubilada o el Dependiente tendría derecho a recibir un reembolso o una indemnización por parte de la Compañía si el jubilado o el Dependiente incurrieran en ese gasto en su propio nombre. A la cantidad que los Estados Unidos pueda recuperar se verá descontado del importe del deducible, el coaseguro y el copago que correspondan.

#### **S. Responsabilidad de los afiliados al Plan**

El Grupo, en representación de sus participantes y de sí mismo, reconoce explícitamente por medio del presente documento que este Plan de Beneficios constituye un contrato únicamente entre el Grupo y Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, que Blue Cross and Blue Shield of Louisiana es una corporación independiente que funciona con una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield (la «Asociación» permite a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana usar las marcas de servicio de Blue Cross and Blue Shield en el Estado de Luisiana), y que esta

no realiza el contrato como agente de la asociación. El Grupo, en representación de sus participantes y de sí mismo, también reconoce y acepta que no forma parte de este Plan de Beneficios por medio de la representación de terceros que no sea Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y que ninguna persona, entidad ni organización distinta de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana podrá ser considerada responsable frente al Grupo por ninguna de las obligaciones de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana frente al Grupo creadas en función de este Plan de Beneficios. Este párrafo no crea ninguna obligación adicional para Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, salvo las creadas en virtud de otras disposiciones del presente acuerdo.

#### **T. Continuación de Cobertura durante una Licencia de Ausencia**

Como se indica en el Esquema de Requisitos, el empleado debe trabajar activamente para su empleador o Grupo para tener derecho a la cobertura de este Plan de Beneficios. Cada una de las siguientes disposiciones son excepciones al requisito que indica que el empleado debe trabajar activamente para que se aplique la cobertura. Las siguientes disposiciones son independientes entre sí y únicamente una debe aplicarse para que el Suscriptor y sus Dependientes tengan derecho a la continuación de la cobertura de este Plan.

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

#### **U. 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 y titular de la póliza a participar en programas Quality;

2. Garantizar que los afiliados y titulares de la póliza estén en mejores condiciones de pagar los paquetes de beneficios;
3. Reducir y aliviar los determinantes sociales de la salud;
4. Reducir los costos de transición para los Afiliados y titulares de las pólizas que hayan cambiado de aseguradora o hayan cancelado la cobertura autoasegurada y hayan adquirido una cobertura totalmente asegurada;
5. Premiar los afiliados y titulares de las pólizas por elegir proveedores de asistencia médica de calidad, pero que les resulta en un menor costo;
6. Premiar a los afiliados y titulares de las pólizas por seleccionar productos de asistencia médica de calidad, pero que les resulta en un menor costo;
7. Recompensar a los afiliados y titulares de las pólizas 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 y titulares de las pólizas, cuando dichos costes estén relacionados con la realización o el mantenimiento de la cobertura.

## **ARTÍCULO XI. PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES**

Deseamos saber cuándo un Miembro no está conforme con la atención o los servicios que recibe de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, de Davis Vision o de alguno de Nuestros Proveedores. Si el Miembro desea presentar una Queja verbal o una Queja formal por escrito sobre Nuestros servicios, los de Davis Vision o los de un Proveedor, consulte los procedimientos que se detallan a continuación.

El Miembro puede estar disconforme con las decisiones tomadas respecto de los Servicios Cubiertos. Davis Vision considera que la solicitud del Miembro de cambiar nuestra decisión de cobertura es una Apelación. Definimos a Apelación como una solicitud escrita de un Miembro o un representante autorizado para modificar una decisión Nuestra con respecto a los servicios cubiertos. Sus derechos de Apelación se detallan más abajo, después de los procedimientos de Quejas y Quejas Formales.

Existe un proceso Acelerado de Apelaciones para las situaciones en las que el plazo de la Apelación de Necesidad Médica estándar pondría en grave peligro la vida o la salud de una persona cubierta, o bien, pondría en juego la capacidad de la persona cubierta para recuperar sus funciones al máximo.

### **A. Procedimientos de Reclamaciones y Quejas**

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 Nosotros, Davis Vision o los servicios de un Proveedor. Los Miembros pueden llamar a Nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-800-247-9368 para registrar una Queja. Intentaremos resolver la queja del Miembro durante la llamada.

#### **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 Miembro 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. El Departamento de Atención al Cliente de Davis Vision ayudará al Miembro en caso necesario.

El Miembro debe enviar la Queja formal por escrito a:

Davis Vision  
Quality Assurance Department  
P. O. Box 791  
Latham, NY 12110

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

## **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.

Davis Vision ofrece dos (2) niveles de Apelación tanto para Apelaciones administrativas como para Apelaciones de Necesidad Médica.

Si un Miembro es un Miembro ERISA, el Miembro 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 Miembro 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 Miembro.

El Miembro debe comunicarse con su Empleador, administrador del plan, patrocinador del plan, o con Nuestro Departamento de Servicio al Cliente en el 1-800-247-9368, si el Miembro no está seguro de si le corresponden los procesos ERISA.

El Miembro también puede llamarnos si tiene preguntas o necesita ayuda para redactar la Apelación. Los proveedores serán notificados sobre los resultados de las apelaciones únicamente si han sido ellos quienes presentaron la apelación.

## **C. Proceso de Apelación Estándar**

Davis Vision determinará si la Apelación de un Miembro es una apelación administrativa o una apelación médica. Se sugiere al Miembro que proporcione a Davis Vision toda la información disponible para ayudar a evaluar por completo la Apelación, por ejemplo, comentarios, documentos, registros escritos y otra información relacionada con la Determinación Adversa. Proporcionaremos al Miembro, a petición y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información pertinente a la Determinación Adversa.

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

Todas las Apelaciones, entre ellas las Apelaciones administrativas y las Apelaciones de Necesidad Médica deben enviarse por escrito a:

Davis Vision  
Quality Assurance Department  
P. O. Box 791  
Latham, NY 12110

## 1. Apelaciones Administrativas

Las Apelaciones administrativas se refieren a problemas contractuales que no son de Necesidad Médica tales como Determinaciones de Beneficios Adversos basadas en limitaciones o exclusiones.

### a. Apelaciones Administrativas de Primer Nivel

Si un Miembro no está conforme con la decisión original, deberá enviar una solicitud de Apelación por escrito dentro de los ciento ochenta (180) días de recibir la Determinación inicial Adversa de Beneficios para las Apelaciones administrativas de primer nivel. No se tendrán en cuenta las solicitudes que reciba Davis Vision una vez transcurridos los ciento ochenta (180) días posteriores a la Determinación Adversa de Beneficios inicial.

Davis Vision investigará las inquietudes del Miembro. Si se revoca la Apelación administrativa, Davis Vision volverá a procesar la Reclamación del Miembro, si corresponde. Si se ratifica la Apelación Administrativa, Davis Vision informará al Miembro sobre su derecho de comenzar el proceso de Apelación Administrativa de segundo nivel.

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

### b. Apelaciones Administrativas de Segundo Nivel

Después de la revisión de Nuestra decisión de Apelación de primer nivel, si el Miembro aún está disconforme, deberá presentar una solicitud de Apelación por escrito dentro de los sesenta (60) días siguientes a la decisión de Apelación de Primer Nivel Administrativo. No se tendrán en cuenta las solicitudes que reciba Davis Vision una vez transcurridos los sesenta (60) días desde la decisión de la Apelación Administrativa de primer nivel.

Las Apelaciones administrativas de segundo nivel serán revisadas por un Comité de Apelaciones del Miembro formado por personas que no hayan estado involucradas en las decisiones anteriores relacionadas con la Determinación de Beneficios inicial Adversa. La decisión del Comité es final y vinculante.

La decisión del Comité se enviará por correo al Miembro, a su representante autorizado, o a un Proveedor autorizado a actuar en nombre del Miembro, dentro de los treinta (30) días tras la reunión del Comité.

## 2. Apelaciones por necesidad médica

Las Apelaciones por Necesidad Médica implican la denegación total o parcial sobre la base de Médica Dental, adecuación, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia, o si se determina que algo es experimental o está en investigación.

### a. Apelaciones internas de necesidad médica de primer nivel

Si un Miembro no está conforme con la decisión original, deberá enviar una solicitud de Apelación por escrito de una Apelación de Necesidad Médica de primer nivel dentro de los ciento ochenta (180) días desde la Determinación inicial Adversa de Beneficios. No se tendrán en cuenta las solicitudes que reciba Davis Vision una vez transcurridos los ciento ochenta (180) días posteriores a la Determinación Adversa de Beneficios inicial.

Davis Vision investigará las inquietudes del Miembro. Si se revoca la Apelación de Necesidad Médica, Davis Vision volverá a procesar la Reclamación del Miembro, si corresponde. Si se ratifica la Apelación de Necesidad Médica, Davis Vision informará al Miembro sobre su derecho de comenzar el proceso de Apelación Administrativa de Necesidad Médica de segundo nivel.

La decisión de la Apelación de Necesidad Médica se enviará por correo al Miembro, a su representante autorizado, o a un Proveedor autorizado para actuar en nombre del Miembro, dentro de los treinta (30) días siguientes de recibir la solicitud del Miembro; a menos que acordemos mutuamente que se justifica una prórroga del plazo.

b. **Apelaciones de Necesidad Médica de Segundo Nivel**

Si el Afiliado aún está disconforme con la decisión de apelación de necesidad médica de primer nivel, se debe enviar una solicitud por escrito para apelarla dentro de los sesenta (60) días desde la decisión de la apelación de necesidad médica de primer nivel. No se tendrán en cuenta las solicitudes que reciba Davis Vision una vez transcurridos los sesenta (60) días tras la decisión de la Apelación de Necesidad Médica de primer nivel.

La Apelación de Necesidad Médica de segundo nivel será revisada por un Proveedor que tenga una licencia sin restricciones emitida en los Estados Unidos en la misma especialidad o en una similar que normalmente trate la afección, el procedimiento o el tratamiento que se somete a revisión. La decisión es final y vinculante.

La decisión se enviará por correo al Miembro, a su representante autorizado, o a un Proveedor autorizado a actuar en nombre del Miembro, dentro de los treinta (30) días de la revisión.

**D. Apelaciones Aceleradas por Necesidad Médica**

Se encuentra disponible un proceso de Apelación Acelerada para revisar una Apelación de Necesidad Médica que implique una reclamación de atención urgente. Una reclamación de atención de urgencia es una reclamación en el cual la aplicación de los plazos para tomar determinaciones de atención no urgente podría poner en grave riesgo la vida o la salud del solicitante para recuperar completamente sus funciones o que, según la opinión de un proveedor con conocimiento de la afección del solicitante, lo someta a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es el objeto de la reclamación.

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

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

Para realizar una Apelación Acelerada escrita, envíela por correo a:

Davis Vision  
Quality Assurance Department  
P. O. Box 791  
Latham, NY 12110

Davis Vision tomará una decisión en un plazo máximo de setenta y dos (72) horas a partir de la recepción de una apelación acelerada.

Puede ponerse en contacto directamente con el Comisario de Seguros para que le ayude con cualquier asunto relacionado con la Apelación en la siguiente dirección y números de teléfono:

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

## **ARTÍCULO XII. DERECHOS DE LA LEY ERISA**

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

### **A. Recepción de la información sobre el Plan y los Beneficios**

1. El Miembro 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. Mediante solicitud por escrito al Administrador del plan, el Miembro podrá obtener copias de los documentos que rigen el funcionamiento del plan, entre ellos contratos de seguros y acuerdos de negociación colectivos que puedan aplicarse, así como también copias del informe anual más reciente (Formulario serie 5500) y un resumen actualizado de la descripción del plan. El Administrador del plan podrá aplicar un cargo razonable por las copias.
3. El Miembro podrá recibir un resumen del informe financiero anual del plan. La ley exige al Administrador del Plan que otorgue a cada Miembro una copia de este resumen del informe anual.

### **B. Continuación de la Cobertura para la Visión del Grupo**

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

### **C. Medidas Prudentes de los Fiduciarios del Plan**

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

### **D. Hacer valer los derechos del Miembro**

1. Si la Reclamación de un Miembro por un Beneficio del plan es denegada o ignorada total o parcialmente, el Miembro 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.
2. Bajo la ley ERISA hay pasos que el Miembro puede seguir para hacer cumplir los derechos mencionados. El Miembro debe agotar todos los procedimientos disponibles de Reclamaciones y Apelaciones que tenga a su disposición antes de iniciar cualquier demanda. Por ejemplo, si el Miembro solicita una copia de documentos del plan o el informe anual más reciente del plan y no los recibe dentro del plazo de treinta (30) días, podrá iniciar una demanda en un Tribunal Federal. En dicho caso, el tribunal podrá solicitar al administrador del plan que aporte los materiales y pague al Miembro hasta ciento diez dólares (\$110.00) por día hasta que reciba los materiales, a menos que no se hayan enviado por motivos que estén fuera del control del administrador del plan. Si el Miembro

presentó una Reclamación de Beneficios que se denegó o ignoró, total o parcialmente, podrá iniciar una demanda en un tribunal estatal o Federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del plan, o la falta de ella, sobre el estado calificado de una orden de relaciones domésticas o una orden de asistencia médica a niños, podrá iniciar una demanda en un Tribunal Federal. En caso de que los fiduciarios del plan utilizaran incorrectamente el dinero del plan, o si el Miembro es discriminado por defender sus derechos, podrá solicitar asistencia del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o podrá iniciar una demanda en un Tribunal Federal.

3. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos y los honorarios legales. Si el Miembro tiene éxito, el tribunal podrá ordenar que la persona a la que él ha demandado pague dichos costos y honorarios. Si el Miembro es quien pierde, el tribunal podrá ordenar que sea él quien pague dichos costos y honorarios, por ejemplo, si determina que la reclamación carece de fundamentos.

## **E. Asistencia con las preguntas del Miembro**

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

Además, el Miembro podrá acceder a varias publicaciones acerca de sus derechos y responsabilidades conforme a la ley ERISA, llamando a la línea de asistencia de las publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

## **ARTÍCULO XIII. CAMBIOS EN EL PLAN Y PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES**

Todos los formularios que se mencionan en esta sección pueden obtenerse en la oficina de personal del empleador o en Nuestra oficina central. Si el Miembro necesita enviarnos documentación, puede hacerlo a Nuestra oficina central al:

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana  
P.O. Box 98029  
Baton Rouge, LA 98029-9029  
o a Nuestra dirección, 5525 Reitz Avenue, Baton Rouge, LA 70809.

Si el Miembro tiene alguna pregunta sobre la información de esta sección, puede hablar con su Empleador o llamar al Departamento de Atención al Cliente al número telefónico que se muestra en su Tarjeta de Identificación.

### **CAMBIO DE LOS FAMILIARES EN EL PLAN DEL MIEMBRO**

El Esquema de Requisitos le permite saber al Miembro si necesita solicitar cobertura para inscribir a otros familiares en el plan del Miembro. El Miembro debe leer el Esquema de Requisitos y esta sección, ya que contienen información importante.

El Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado es el documento que debemos recibir para inscribir a familiares que no figuren en el formulario original de solicitud e inscripción del Miembro. El Esquema de Requisitos le dirá al Miembro si necesitamos el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado o el cuestionario de salud. Como el Afiliado está cubierto por un plan de seguro Grupal, es extremadamente importante que el Miembro siga las normas acerca de los plazos del Esquema de Requisitos para hacer estos cambios en la póliza del Miembro. Si el Miembro no completa y envía el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado para que lo recibamos dentro de los plazos estipulados en el Esquema de Requisitos, es posible que la cobertura del seguro del Miembro no se amplíe para incluir a ningún familiar más. Es muy importante completar y enviar el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado es especialmente importante cuando la primera persona Dependiente del Miembro pasa



a tener derecho a la cobertura o cuando el Miembro ya no tiene ninguna persona Dependiente que cumpla los requisitos.

Si el Miembro presenta cualquier cambio en su familia, debe enviar un Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado. También se le puede solicitar al Miembro que sus familiares completen un cuestionario sobre salud. El Esquema de Requisitos explica cuándo entra en vigor la cobertura para los nuevos miembros de familia. Por lo general, el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado se utiliza para agregar a un niño recién nacido, un recién nacido adoptado, un cónyuge u otros dependientes que no estén mencionados en la solicitud original de cobertura del Miembro. Debemos recibir el formulario completo de parte del Miembro en nuestras oficinas centrales dentro de los treinta (30) días del nacimiento, de la entrega en adopción de un niño o del matrimonio del Miembro.

## **PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES DE SEGURO PARA BENEFICIOS**

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

Davis Vision  
P.O. Box 1525  
Latham, NY 12110

La tarjeta de identificación de Blue Cross and Blue Shield del Miembro muestra la manera en que el nombre del Suscriptor (Miembro del Grupo) aparece en los registros de la Compañía. (Si el Miembro tiene cobertura para dependientes, los nombres se registran como el Miembro los escribió en la solicitud de inscripción).

La tarjeta de identificación también incluye el número de identificación (N.º de ID) del Miembro. Dicho número es la identificación para acceder a los registros de membresía del Miembro, y debe proveerlo a Davis Vision cada vez que se presente una Reclamación.

Si el Suscriptor completa el formulario de reclamaciones y se trata de un plan de grupo: el Suscriptor es el Miembro empleado (si se trata de un plan grupal). Si el Suscriptor es el paciente, la relación es EL MISMO (SELF, en inglés). Si el paciente es la esposa o el esposo del Suscriptor, la relación es de CÓNYUGE.

Para que podamos tramitar rápidamente las Reclamaciones del Miembro, el Miembro debe asegurarse de que:

- a. se utilice un formulario de Reclamación de la visión adecuado
- b. La identificación del Miembro (N.º de ID) que aparece en el formulario es idéntico al número que figura en la tarjeta de identificación
- c. Figure la fecha de nacimiento del paciente
- d. esté correctamente señalada la relación del paciente con el Suscriptor
- e. todos los cargos estén enumerados, ya sea en el formulario de reclamaciones o en la declaración adjunta;
- f. la fecha de servicio o la fecha de tratamiento sean correctas;
- g. la Reclamación esté completa y firmada por el Miembro y el Proveedor.

**AVISO IMPORTANTE:** El Miembro debe asegurarse de verificar que la información sea correcta en todas las Reclamaciones. El número de identificación del Miembro (N.º de ID) debe ser correcto. Es importante que el Miembro conserve una copia de todas las facturas y Reclamaciones enviadas. Si Blue Cross and Blue Shield of

Louisiana es un pagador secundario, es posible que se le solicite al Miembro que presente su Explicación de Beneficios de su pagador primario.

### **SI UN MIEMBRO TIENE UNA CONSULTA SOBRE SU RECLAMACIÓN**

Si un Miembro tiene alguna pregunta sobre el procesamiento o el pago de una reclamación, puede escribir a Davis Vision a la dirección que figura más abajo o puede llamar a Davis Vision al 1-800-247-9368. Si el Miembro llama para pedir información sobre una reclamación, Davis Vision podrá ayudarlo mejor si tiene la información a mano, específicamente el número de identificación de este Miembro, el nombre del paciente y la fecha de servicio.

Davis Vision  
P.O. Box 1525  
Latham, NY 12110

Recuerde que el Miembro debe referirse SIEMPRE a su número de identificación de Miembro en toda la correspondencia.

### **ARTICLE XIV. DISPOSICIONES GENERALES - SOLO PARA EL GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA**

**ADEMÁS DE LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA EL GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA Y LOS MIEMBROS, LAS SIGUIENTES DISPOSICIONES GENERALES TAMBIÉN SE APLICARÁN AL GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA.**

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

1. Las primas vencen y deben pagarse por adelantado por el Grupo o Titular de la Póliza, antes de que se preste la cobertura. Las primas vencen y deben pagarse a partir de la Fecha de entrada en vigor de este Plan de Beneficios y, a partir de entonces, en la misma fecha cada mes posterior. Esa será la fecha de vencimiento de la prima.
2. El Grupo o Titular de la Póliza es quien adeuda las primas. Las primas no deben pagarse por terceros, como, entre otros, hospitales, farmacias, médicos, compañías aseguradoras de automóviles u otras compañías aseguradoras. La Compañía no aceptará pagos de primas por parte de terceros a menos que sea requerido por la ley hacerlo. El hecho de que la Compañía haya aceptado previamente una prima de parte de un tercero no relacionado no quiere decir que, en un futuro, la Compañía acepte primas de dichos terceros.
3. Si una prima no es pagada a su vencimiento, Nosotros podríamos acordar aceptar una prima tardía. No estamos obligados a aceptar el pago tardío de la prima. El hecho de que podamos haber aceptado antes un pago tardío de la prima no quiere decir que en el futuro se acepten pagos tardíos de las primas. Usted no puede confiar en el hecho de que es posible que hayamos aceptado previamente una prima tardía como indicio de que lo haremos en el futuro.
4. Las primas deben pagarse en dólares estadounidenses. Al tenedor de la póliza se le aplicará un cargo por fondos insuficientes, NSF (por sus siglas en inglés) de veinticinco (\$25.00) dólares cuando su prima sea pagada con un cheque devuelto por el banco por falta de fondos. Si el banco devuelve varios pagos, la Compañía podrá, a su entera discreción, negarse a restablecer la cobertura.

#### **B. Cambio en el importe de la Prima**

1. Las primas para el Plan de Beneficios pueden aumentar tras los primeros doce (12) meses de cobertura del Grupo y, a partir de entonces, cada seis (6) meses, salvo cuando las primas aumenten con mayor frecuencia, como se describe en el párrafo siguiente. A excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo, 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. Enviaremos la notificación a la dirección más reciente del Grupo que tengamos en Nuestros registros. Todo aumento de prima entrará en vigor

en la fecha especificada en el aviso de cambio de tarifa. Si sigue pagando la prima constituirá la aceptación del cambio.

2. Nos reservamos el derecho de aumentar las primas con mayor frecuencia que lo indicado anteriormente debido a un cambio en el alcance o la naturaleza del riesgo que anteriormente no se había considerado en el proceso de determinación de tarifas, en cualquier momento durante la vigencia del Plan de Beneficios. Este riesgo incluye, entre otros, el derecho a aumentar el importe de la prima por: (1) la adición de una nueva persona cubierta; (2) la adición de una nueva entidad cubierta; (3) un cambio en la edad o ubicación geográfica de cualquier individuo asegurado o titular de la póliza; (4) o un cambio en el nivel de Beneficios de la póliza que sea distinto a aquel que estaba vigente al momento de realizada la última determinación de tarifas. El aumento de la prima se hará efectivo en la próxima fecha de facturación posterior a la fecha de entrada en vigor del cambio del riesgo. Si sigue pagando la prima constituirá la aceptación del cambio.

### **C. Derecho que tiene el Grupo de cancelar la Póliza**

1. Esta póliza se garantiza renovable a elección del Grupo. El Grupo expresa su deseo de continuar la cobertura mediante el pago oportuno de cada una de las primas, a medida que vencen.
2. El Grupo puede cancelar esta póliza por cualquier motivo.
3. Para cancelar la póliza, el Grupo debe presentar a la Compañía una NOTIFICACIÓN POR ESCRITO de su intención de cancelarla. EL GRUPO NO PODRÁ CANCELAR VERBALMENTE ESTA COBERTURA. LA NOTIFICACIÓN ESCRITA DE CANCELACIÓN DE PARTE DEL GRUPO DEBE PRESENTARSE A LA COMPAÑÍA ANTES DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR, O EL MISMO DÍA, DE LA CANCELACIÓN Y DEBE ESTAR ACOMPAÑADA DE LA DEVOLUCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO. Si la notificación por escrito del Grupo a la Compañía sobre su intención de cancelar no está acompañada por la póliza a la que se renuncia, se considerará que la notificación de cancelación del Grupo a la Compañía incluye la declaración del Grupo acerca de que realizó un intento de buena fe por localizar su póliza y que no se entrega porque se ha extraviado o destruido.

### **D. Derecho de la Compañía de Finalizar la Póliza por falta de pago de la Prima**

1. Las primas deberán ser pagadas por adelantado antes de recibir la cobertura. Se considera que el Grupo está en falta si no se pagan las primas a la fecha del vencimiento.
2. La Compañía ofrece un período de gracia de treinta (30) días a partir de la fecha de vencimiento de la prima. Si Nosotros no recibimos la prima durante el período de gracia, la cobertura permanece vigente durante dicho período conforme a las disposiciones de la póliza. Si Nosotros no recibimos la prima durante el período de gracia, Nosotros enviaremos a la dirección registrada del Grupo una notificación de morosidad o rescisión. Podremos rescindir automáticamente la póliza sin previo aviso al Grupo si no recibimos el pago de la prima de parte del Grupo en Nuestra oficina central dentro de los treinta (30) días de la fecha de vencimiento (durante el período de gracia). Si rescindimos este Plan de Beneficios por falta de pago de la prima, la rescisión será efectiva a partir de la medianoche del último día por el cual se haya pagado la prima.

La Compañía no será responsable de ningún Beneficio de servicios que se preste una vez pasada la última fecha por la que se han pagado las primas.

### **E. Derecho de la Compañía de Rescindir la Póliza por Razones Distintas a la Falta de Pago de la Prima**

1. La Compañía podrá dar por terminado este Plan de Beneficios si se presenta alguna de las siguientes situaciones:
  - a. El Grupo comete fraude o realiza una tergiversación intencionada.
  - b. El grupo no acata una disposición importante del plan, que incluye, entre otros, las disposiciones relativas con los requisitos para la aceptación, las contribuciones del empleador o las normas de

participación del Grupo. Si el único motivo de rescisión es que la participación del Grupo recaerá sobre menos de dos (2) empleados (hay solo un [1] empleado cubierto [o propietario, si está cubierto]), la rescisión de la cobertura del Grupo entrará en vigor en la siguiente fecha de aniversario del Grupo. De lo contrario, la rescisión por un motivo mencionado en este párrafo será efectiva después de que el Grupo reciba una notificación por escrito y con sesenta (60) días de anticipación, como se describe a continuación.

- 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 Compañía deja de ofrecer este producto o cobertura en el mercado de seguros médicos.
2. Si la Compañía rescinde la cobertura debido a «a», «b» o «c», le brindaremos al Grupo una notificación por escrito, con al menos sesenta (60) días de anticipación. La Compañía proporcionará una notificación por escrito mediante correo certificado y deberá expresar el motivo de la rescisión. La notificación de la rescisión por el punto «d» se enviará al Grupo mediante correo normal, con noventa (90) días de anticipación a la rescisión.

#### **F. Votos por Representación de Apoderados**

La elección de nuestra Junta Directiva y ciertas transacciones corporativas significativas están determinadas por el voto mayoritario de Nuestros titulares de pólizas, a menos que por ley sea necesario un voto distinto o que lo requieran Nuestros Artículos de Incorporación o Estatutos. El titular de la póliza designa como su apoderado, por medio de la solicitud de cobertura, a los Miembros de nuestra Junta de Directores del Plan para que vote 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. El titular de la póliza podrá revocar al apoderado emitiendo una notificación por escrito donde conste la revocación. Esta revocación podrá ser en cualquier forma escrita, ya sea para revocar al apoderado o designar a uno distinto, y se Nos debe enviar a:

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

En lugar de designar al apoderado en la solicitud de cobertura, el titular de la póliza podrá designar a cualquier otro titular de la póliza como su apoderado, por vía escrita y que incluya el nombre y el número de póliza del titular y luego enviárnosla del modo ya explicado. Las notificaciones de reuniones que reciba el apoderado constituyen la notificación que los titulares de las pólizas les dan a sus apoderados. Además, por la presente se notifica que Nuestra reunión anual se lleva a cabo en el mes de febrero con notificación de la fecha de dicha reunión según lo exige la ley y los artículos y estatutos de Louisiana Health and Service Indemnity Company. De todos modos, se enviarán notificaciones sobre reuniones a cualquier titular de la póliza o su apoderado, si lo solicitan por escrito a Nuestro secretario.

#### **G. Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (privacidad y seguridad)**

1. A los fines de esta disposición, las siguientes definiciones tienen el mismo significado que el definido en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 («HIPPA»):
  - a. «Plan médico 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:

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

b. Compartir PHI con el Grupo:

La Compañía podrá divulgar la PHI al Grupo para permitirle llevar adelante las funciones de administración del plan únicamente cuando recibe una certificación del Grupo donde:

- (1) los documentos del plan incluyan todos los requisitos establecidos en 45 CFR Parte 164, Sec. 164.504(f)(2)(i), (ii) y (iii);
- (2) haya notificado a los individuos con los cuales se relaciona la PHI y que cumplen con los requisitos establecidos en 45 CFR Parte 164, Sec. 164.520 (B)(1)(iii)(C); y
- (3) que dicha PHI no se utilizará a los fines de presentar acciones o decisiones relacionadas con el empleo ni en conexión con ningún otro beneficio o plan de beneficios del empleado del Grupo.

c. Por la presente, el Grupo acuerda cumplir con las políticas de reconocimiento y autorización de la Compañía, con respecto al intercambio de la PHI mediante vía electrónica. Por ejemplo, si la Compañía brinda datos al Grupo en un disco compacto, la Compañía podrá requerir el reconocimiento de que los datos fueron recibidos por el Grupo y el nombre del representante del Grupo que los haya recibido.

#### **H. Cumplimiento de las Leyes Estadounidenses sobre Sanciones Económicas**

Por la presente, el Grupo acepta cumplir totalmente con todas las sanciones económicas, y leyes y normas de control de exportaciones que apliquen, inclusive las normas que mantiene la Oficina para el Control de Activos Extranjeros (OFAC) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos. El Grupo comprende que Blue Cross and Blue Shield of Louisiana no autoriza la extensión de la cobertura a ninguna persona a la cual la prestación de dicha cobertura implicaría la recepción de cobertura de un seguro conforme a estas políticas u otras de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, inclusive Suscriptores y Dependientes cubiertos, contra toda lista de personas relevantes para el gobierno de los Estados Unidos y que estén sujetas a sanciones comerciales, de exportación, financieras o de transacciones, entre ellas la versión más actualizada de la lista de ciudadanos especialmente designados y personas bloqueadas de la OFAC, antes de disponer o acordar la disposición del otorgamiento de la cobertura para cualquier persona.

El Grupo acuerda que la aceptación de la cobertura constituye una representación frente a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana de que todas las leyes y normas vigentes se han cumplido y de que la cobertura no se presta a ninguna persona denegada.

Toda extensión de la cobertura que no cumpla con lo mencionado anteriormente será causa de rescisión inmediata de este Plan de Beneficios y de la denegación de Beneficios por Reclamaciones realizadas dentro de esa cobertura, y dará derecho a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana a recibir indemnización de parte del Grupo por cualquier costo, pérdida, daño, responsabilidad o gasto en el que Blue Cross and Blue Shield of Louisiana haya incurrido como resultado de ello. Esta disposición continuará vigente tras la rescisión o la cancelación de este Plan de Beneficios.

## AVISO DE LLHIGA

### RESUMEN DE LA LEY DE LA ASOCIACIÓN DE GARANTÍA DE SEGUROS DE VIDA Y SALUD DE LuisIANA (LOUISIANA LIFE AND HEALTH INSURANCE GUARANTY ASSOCIATION, LLHIGA POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) Y AVISO REFERENTE A LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- A. Los residentes de Luisiana que compran seguros de vida, rentas vitalicias o seguros médicos deben saber que las compañías de seguros que tienen licencia en este estado para ofrecer estos tipos de seguros son miembros de la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana o LLHIGA. El objetivo de LLHIGA es asegurar que los titulares de pólizas estén protegidos, dentro de los límites, en el caso poco probable de que una aseguradora que sea miembro se torne financieramente incapaz de cumplir con sus obligaciones. Si esto ocurriese, LLHIGA gravará a las otras compañías de seguro que sean miembros por el monto para pagar las reclamaciones de las personas aseguradas que viven en este estado y, en algunos casos, para mantener la cobertura vigente. Sin embargo, la valiosa protección adicional proporcionada por estas aseguradoras a través de LLHIGA es limitada. Como se indica en la limitación de responsabilidad que aparece a continuación, esta protección no sustituye el cuidado que deben tener los consumidores al seleccionar compañías que sean bien administradas y financieramente estables.

#### LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana ofrece cobertura para ciertos reclamos previstos en algunos tipos de pólizas, en caso de que la compañía de seguros quede inhabilitada o se declare insolvente. ES POSIBLE QUE LA COBERTURA NO SE ENCUENTRE DISPONIBLE PARA SU TIPO DE PÓLIZA. Aun si se proveyera la cobertura, existen límites y exclusiones considerables. La cobertura por lo general está condicionada a la residencia dentro de este estado. Otras condiciones también pueden excluir la cobertura. Las compañías y los agentes de seguros tienen prohibido por ley utilizar la existencia de la asociación o de su cobertura para venderle una póliza de seguro. Usted no debe confiar en la disponibilidad de la cobertura de la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana al momento de escoger una aseguradora. La Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana y el Departamento de Seguros contestarán toda pregunta que usted tenga y que no se haya contestado en este documento.

#### LLHIGA

P.O. Drawer 44126  
Baton Rouge, Louisiana 70804

#### Department of Insurance (Depto. de Seguros)

P.O. Box 94214  
Baton Rouge, Louisiana 70804-9214

- B. La ley estatal que proporciona esta cobertura de garantía se llama Ley de la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana (la ley), y se expone en R.S.22:2081 y siguientes. Lo que aparece a continuación es un breve resumen de la cobertura de esta ley, las exclusiones y los límites. Este resumen no abarca todas las disposiciones de la ley ni de ninguna manera cambia los derechos u obligaciones de cualquier persona bajo la ley o los derechos u obligaciones de LLHIGA.
- C. En general, las personas estarán protegidas por la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana si viven en este estado y tienen una póliza o un contrato directo de vida no grupal, de salud, organización de mantenimiento de salud o anualidad, un certificado bajo una póliza o un contrato directo grupal para un contrato suplementario de cualquiera de estos, o un contrato de anualidad no asignado, que haya sido emitido por una aseguradora autorizada a realizar negocios en Luisiana. Los beneficiarios, receptores de pagos o los designados de las personas aseguradas también podrían estar protegidos, aun cuando vivan en otro estado; a menos que se les ofrezca la cobertura de la asociación de garantía de otro estado, o apliquen otras circunstancias descritas bajo la ley.
- D. Exclusión de Cobertura
- Una persona que tiene una póliza o un contrato directo no grupal de vida, salud, organización de mantenimiento de salud o anualidad, un certificado bajo una póliza o un contrato directo grupal para un contrato suplementario de cualquiera de estos, o un contrato de anualidad no asignado, no está protegido por LLHIGA si:
    - es elegible para protección bajo las leyes de otro estado;
    - la compañía de seguros no estaba autorizada a hacer negocios en este estado;

- c. su póliza fue emitida por un hospital u organización de servicios médicos con o sin fines de lucro, una sociedad de beneficencia fraternal, un plan estatal compulsorio de fondo común, una compañía de valoración mutua o un plan similar en el cual el titular de la póliza está sujeto a valoraciones futuras, por un mercado de seguros, una organización que emite anualidades de donación caritativa como se define en la ley, o cualquier entidad similar a cualquiera de estas.

2. LLHIGA tampoco provee cobertura para:

- a. cualquier póliza o parte de una póliza que no está garantizada por la compañía de seguros o por la cual la persona que haya asumido el riesgo, como por ejemplo un contrato variable que se vendió por catálogo;
- b. cualquier póliza de reaseguro (a menos que se emita un certificado de presunción);
- c. rendimientos de tasas de interés o tasas de crédito, o factores similares empleados en el cálculo de las variaciones de valor, que excedan una tasa promedio;
- d. dividendos, reembolsos de primas o tarifas similares o indemnizaciones descritas bajo la ley;
- e. créditos otorgados con respecto a la administración de una póliza por el titular de un contrato grupal;
- f. planes de empleadores, asociaciones o entidades similares en la medida en que sean autofinanciados (es decir, que no estén asegurados por una compañía de seguros, incluso si una compañía de seguros los administra) o no asegurados;
- g. contratos de anualidad no asignados (los cuales conceden derechos a los titulares de contratos grupales, no a los individuos), excepto si están calificados por ley;
- h. una obligación que no surge bajo los términos expresos por escrito de la póliza o contrato emitido por la aseguradora al dueño de la póliza o dueño del contrato, incluyendo, entre otros, las reclamaciones descritas bajo la ley;
- i. una póliza o contrato que provea cualquier beneficio hospitalario, médico, de medicamentos recetados u otros beneficios de atención médica conforme a la "cobertura de la Parte A de Medicare", "cobertura de la Parte B de Medicare", "cobertura de la Parte C de Medicare" o "cobertura de la Parte D de Medicare" y cualquier reglamentación emitida conforme con esas partes;
- j. intereses u otras variaciones de valor que se determinen mediante el uso de un índice u otras referencias externas, pero que no hayan sido acreditadas a la póliza o al contrato o a los que el derecho de los dueños de la póliza o del contrato estén sujetos a confiscación, a partir de la fecha en la que la aseguradora miembro se convierte en una aseguradora incapaz o insolvente, lo que ocurra primero.

E. Límites en los Montos de Cobertura

1. La Ley de la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana también limita el monto que LLHIGA está obligada a pagar.
2. Los beneficios por los cuales LLHIGA puede ser responsable en ningún caso excederán el menor de los siguientes:
  - a. LLHIGA no puede pagar más de lo que le correspondería pagar a la compañía aseguradora bajo una póliza o contrato si esta no fuese una aseguradora incapaz o insolvente.
  - b. Por cada vida asegurada, independientemente del número de pólizas o contratos que exista con la misma compañía, LLHIGA pagará un máximo de \$300,000 en beneficios de seguro de vida por fallecimiento, pero no más de \$100,000 en valores netos de rescate y valores netos de retiros en efectivo para el seguro de vida.
  - c. Por cada vida asegurada, independientemente del número de pólizas o contratos que haya con la misma compañía, LLHIGA pagará un máximo de \$500,000 en beneficios de seguros de salud y LLHIGA pagará un máximo de \$250,000 del valor corriente de las anualidades, incluyendo valores netos de rescate y valores netos de retiros en efectivo.
3. En ningún caso, independientemente del número de pólizas y contratos que hubiese con la misma compañía y sin importar cuántos tipos diferentes de coberturas, LLHIGA no será responsable de gastar más de \$500,000 en conjunto con respecto a cualquier individuo.



### **Aviso de no discriminación**

La discriminación es ilegal

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y sus subsidiarias, HMO Louisiana, Inc. y Southern National Life Insurance Company, Inc., no excluyen ni tratan de forma diferente a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo en sus programas o actividades de salud.

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y sus subsidiarias:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados en lengua de signos
  - Información escrita en otros formatos (audio, formatos electrónicos accesibles)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, puede llamar al número del Servicio de Atención al Cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación o enviar un correo electrónico a [MeaningfulAccessLanguageTranslation@bcbsla.com](mailto:MeaningfulAccessLanguageTranslation@bcbsla.com). Personas con discapacidad auditiva llamen al 1-800-711-5519 (TTY 711).

Si considera que Blue Cross, una de sus subsidiarias o su plan de salud asegurado por su empleador no le proporcionaron estos servicios o discriminaron de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted tiene derecho a tomar los siguientes pasos:

- 1. Si está totalmente asegurado a través de Blue Cross, presente un reclamo ante Blue Cross por medio de correo postal, fax o correo electrónico.**

Section 1557 Coordinator  
P.O. Box 98012  
Baton Rouge, LA 70898-9012  
225-298-7238 o 1-800-711-5519 (TTY 711)  
Fax: 225-298-7240  
Correo electrónico: [Section1557Coordinator@bcbsla.com](mailto:Section1557Coordinator@bcbsla.com)

- 2. Si su empleador es el dueño de su plan de salud y Blue Cross actúa como administrador de dicho plan, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos de su empleador o compañía. Para determinar si su plan es un plan totalmente asegurado por Blue Cross o es propiedad de su empleador, visite [es.bcbsla.com/checkmyplan](http://es.bcbsla.com/checkmyplan).**

Bien sea Blue Cross o su empleador el dueño de su plan, usted puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, por correo o teléfono a:

U.S Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697(TDD)

O

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



# AVISO

Free language services are available. If needed, please call the Customer Service number on the back of your ID card. Hearing-impaired customers call 1-800-711-5519 (TTY 711).

Tiene a su disposición servicios lingüísticos gratuitos. De necesitarlos, por favor, llame al número del Servicio de Atención al Cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. Clientes con dificultades auditivas, llamen al 1-800-711-5519 (TTY 711).

Des services linguistiques gratuits sont disponibles. Si nécessaire, veuillez appeler le numéro du Service clientèle figurant au verso de votre carte d'identification. Si vous souffrez d'une déficience auditive, veuillez appeler le 1-800-711-5519 (TTY 711).

Có dịch vụ thông dịch miễn phí. Nếu cần, xin vui lòng gọi cho Phục Vụ Khách Hàng theo số ở mặt sau thẻ ID của quý vị. Khách hàng nào bị suy giảm thính lực hãy gọi số 1-800-711-5519 (TTY 711).

我们为您提供免费的语言服务。如有需要，请致电您 ID 卡背面的客户服务号码。听障客户请拨打 1-800-711-5519 (TTY 711)。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





