



Blue Dental

CONTRATO DE BENEFICIOS
LIMITADOS



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

40XX1980S 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 DENTALES PARA GRUPO

ESTE ES UN PLAN DE BENEFICIOS LIMITADOS - LEA CUIDADOSAMENTE

proporcionado por



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

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.

**PLAN DE BENEFICIOS DENTALES PARA GRUPO
TABLA DE CONTENIDO**

ARTÍCULO I.	CONOZCA LOS FUNDAMENTOS DE SU COBERTURA	5
ARTÍCULO II.	DEFINICIONES	6
ARTÍCULO III.	ESQUEMA DE REQUISITOS	12
ARTÍCULO IV.	BENEFICIOS	18
ARTÍCULO V.	EXCLUSIONES	23
ARTÍCULO VI.	PREDETERMINACIONES	25
ARTÍCULO VII.	BENEFICIOS ALTERNATIVOS.....	25
ARTÍCULO VIII.	COORDINACIÓN DE ESTE PLAN DE BENEFICIOS CON OTRA COBERTURA DENTAL DE LA CUAL ESTE PLAN DE BENEFICIOS FORMA PARTE	25
ARTÍCULO IX.	PERÍODO DE EXTENSIÓN DE BENEFICIOS DESPUÉS DE LA RESCISIÓN DE LA COBERTURA	25
ARTÍCULO X.	DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA	26
ARTÍCULO XI.	DISPOSICIONES GENERALES - GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA Y MIEMBROS...33	
ARTÍCULO XII.	PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES.....	42
ARTÍCULO XIII.	DERECHOS DE LA LEY ERISA.....	46
ARTÍCULO XIV.	CAMBIOS EN EL PLAN Y PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES	48
ARTÍCULO XV.	DISPOSICIONES GENERALES-SOLO PARA EL GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA.	49

ARTÍCULO I. CONOZCA LOS FUNDAMENTOS DE SU COBERTURA

El Programa de Beneficios Dentales controla qué Beneficios dentales específicos están cubiertos y el reparto de costos (deducibles, coaseguro) aplicable a cada Beneficio. Los Beneficios ofrecidos bajo este Plan de Beneficios están limitados tal como se establece en la sección de Beneficios.

UNITED CONCORDIA DENTAL

United Concordia Companies, Inc., bajo el nombre comercial United Concordia Dental (en lo sucesivo «United Concordia Dental» o «Administrador de Reclamaciones») es la compañía administradora de reclamaciones y de la red de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana para los Beneficios dentales proporcionados en este Contrato y está encargada de administrar la red dental, gestionar y pagar reclamaciones y proporcionar servicios de atención al cliente a los Miembros que cumplen los requisitos para recibir estos beneficios y a sus representantes legales.

United Concordia Dental tiene más de una red. Solo una red específica estará disponible para los Miembros bajo este Plan de Beneficios (en lo sucesivo la «Red»). La Red específica se divulgará en el Esquema de Beneficios Dentales. La Red está integrada por un grupo selecto de Proveedores que han contratado a United Concordia Dental para brindar servicios a los Miembros con tarifas específicas y con términos específicos. **El resto de los Proveedores se consideran como No Participantes.** Los Proveedores No-Participantes pueden cobrarle más por sus servicios que los Proveedores Participantes.

Para recibir todos los beneficios bajo este Plan de Beneficios, el Miembro debe verificar que un Proveedor participe en la Red específica antes de que se preste cualquier servicio. Para encontrar un Proveedor Participante y verificar que sigue participando en la Red o realizar consultas relacionadas con Beneficios o Reclamaciones, visite el sitio web en es.bcbsla.com o comuníquese con un representante de atención al cliente al (866) 445- 5338.

«Nosotros» y «Nuestro» en este Plan de Beneficios se refieren a la Compañía o a United Concordia Dental cuando actúa en representación de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana para brindar sus servicios bajo la cobertura dental provista en este Contrato. Las palabras en mayúscula son términos definidos tal como se describe a continuación.

SERVICIOS PRESTADOS POR PROVEEDORES NO PARTICIPANTES

Usted debe saber que la atención recibida de un Proveedor No Participante se traducirá en un mayor costo para usted. Esta cantidad la cual usted podría tener que pagar puede ser importante. Le recomendamos que consulte al Proveedor No Participante sobre los cargos facturados antes de recibir atención.

Los reembolsos por los servicios prestados por un Proveedor no participante se basarán en nuestro Cargo permitido y se pagarán, bajo las mismas limitaciones, regulaciones y políticas que hubiéramos aplicado a las reclamaciones por servicios prestados por un Proveedor participante.

ARTÍCULO II. DEFINICIONES

Acuerdo de Proveedor: Un acuerdo de pago contratado por el Administrador de Reclamaciones 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.

Administrador de Reclamaciones: United Concordia Companies, Inc. es el administrador de reclamaciones de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana para este Plan de Beneficios.

Amalgama: Una aleación de metal duradero que contiene plata, cobre, estaño y mercurio, y que se utiliza en restauraciones dentales.

Año de la Póliza: El período que comienza con la Fecha de entrada en vigor de este Contrato, como se establece en el Esquema de Beneficios Dentales, y finaliza a las 11:59 p. m. (CDT) del día anterior a los 12 meses a partir de la Fecha de entrada en vigor. Para los Miembros que se inscriben en este Plan de Beneficios al ser contratados por el Titular de la Póliza o durante el Período de Inscripción Especial, el Año de la Póliza podría ser menor a 12 meses, empezando desde la fecha de inscripción hasta la próxima fecha de renovación.

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

Apelación Acelerada: Una solicitud de revisión inmediata de una Determinación Adversa de Beneficios de un servicio o tratamiento de atención médica dental que implica una Admisión, disponibilidad de la atención, la permanencia en un Hospital o servicio de atención médica para el cual un Miembro ha recibido servicios de Emergencia pero no ha sido dado de alta de un centro, lo cual supone una de las siguientes situaciones:

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

Apelación Acelerada Externa: Una solicitud de revisión inmediata, por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés), de una Determinación Adversa de Beneficios inicial de un servicio o tratamiento de atención médica dental por un monto de \$250.00 o más, la cual implica cualquiera de los siguientes:

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

Apelación Externa: Una solicitud de revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) para cambiar una Determinación Adversa de Beneficios inicial hecha por UCD o para cambiar una Determinación Adversa de Beneficios final dictada en Apelación. La Apelación Externa está disponible bajo petición del Afiliado o representante autorizado para Determinaciones Adversas de Beneficios de

un servicio o tratamiento de atención médica dental por un monto de \$250.00 o más y que implican Necesidad Dental, la idoneidad de la atención, el entorno de la atención médica, nivel de atención, efectividad, tratamiento experimental o de investigación o una Rescisión de la Cobertura

Atención y Tratamiento Dental: todos los procedimientos, tratamientos y cirugías consideradas dentro del alcance de la práctica odontológica, que se define como la práctica en la que una persona:

- A. Se presenta a sí misma como capaz de diagnosticar, tratar, corregir, operar o recetar en casos de cualquier enfermedad, dolor, lesión, deficiencia, malformación o problema de los dientes humanos, proceso alveolar, encías, mandíbulas o partes asociadas, y ofrece o procede a través de ciertos medios con el diagnóstico, tratamiento, corrección, operación o emisión de recetas para tratar cualquier enfermedad, dolor, lesión, deficiencia, malformación o afección física de estos;
- B. Toma impresiones de los dientes humanos o mandíbulas o realiza cualquier fase de cualquier operación relacionada con el reemplazo de un diente o parte de este o de tejidos asociados por medio de empastes, coronas, dentaduras postizas u otros aparatos; o
- C. Suministra, proporciona, construye, reproduce o repara u ofrece suministrar, proporcionar, construir, reproducir o reparar prótesis dentales, puentes u otros sustitutos de dientes naturales del paciente o posible paciente.

Autorización (Autorizado): Una determinación del Administrador de Reclamaciones respecto de un servicio o suministro de atención médica dental que, a partir de la información proporcionada, satisface los requisitos del criterio de revisión clínica de Necesidad Médica, la adecuación del entorno de la atención médica o el nivel de atención y efectividad. Una Autorización no es una garantía de pago. Además, una Autorización no es una determinación sobre la elección del Proveedor Médico por parte del Afiliado.

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

Beneficios: Cobertura de servicios, tratamientos o procedimientos dentales proporcionados bajo este Plan de Beneficios. Los Beneficios se basan en los Cargos Permitidos para Servicios Cubiertos y en los Esquemas de Beneficios Dentales.

Cargo permitido: La cantidad más baja de entre los cargos facturados y el importe que el Administrador de reclamaciones establece como la cantidad máxima que este Plan de Beneficios permitirá para un servicio específico que es cubierto conforme a 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.

Coaseguro: El reparto de costos de los Cargos Permitidos por Servicios Cubiertos. El reparto de costos se expresa como un porcentaje. Una vez que el Miembro haya alcanzado el Deducible que le corresponda, el porcentaje del Administrador de Reclamaciones se aplicará al Cargo Permitido por los Servicios Cubiertos para determinar los Beneficios proporcionados.

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

Compañía: Se refiere a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, o United Concordia Dental cuando actúa en representación de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana.

Cónyuge: El Cónyuge legal del Suscriptor.

Corona: Una funda con forma de diente que se coloca sobre un diente para cubrirlo y restaurar su forma, tamaño y resistencia, y para mejorar su apariencia. Cuando una corona se cementa en el lugar, cubre por completo toda la porción visible de un diente que se encuentra por encima y en la línea de la encía.

Corona Prefabricada de Acero Inoxidable: Una Corona de acero inoxidable que se fabrica en distintos tamaños y está diseñada para ajustarse al diente de leche de un niño que está dañado para simular su forma original, reducir el riesgo de caries en el futuro, conservar el espacio adecuado para el crecimiento del diente permanente y restaurar la capacidad de morder y masticar del niño.

Deducible Anual: el importe total que cada Miembro debe pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de cada Período de beneficios antes de que se abone cualquier beneficio según este Plan. El deducible anual se indicará en el Esquema de Beneficios Dentales, el cual puede no ser aplicado para ciertos servicios.

Deducible Familiar: Sólo se aplicará cuando, además del Suscriptor, haya dos o más Dependientes cubiertos bajo este Plan de Beneficios (una "Familia" a efectos de deducible). El importe total que figura en el Esquema de Beneficios Dentales que cada Familia debe pagar de su propio bolsillo por Servicios Cubiertos dentro de cada Período de Beneficios antes de que cualquier Beneficio sea pagado bajo este Plan de Beneficios.

Dentista: Una persona con licencia para ejercer la odontología en el estado en el que proporciona los servicios dentales. Entre los dentistas se incluirán a los practicantes de odontología licenciados que ejerzan bajo el alcance de la licencia de la persona cuando la ley estatal requiera el reembolso independiente por parte de dichos practicantes.

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

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

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

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

Empaste: Un material de restauración dental utilizado para restaurar la función, integridad y forma de la estructura dental faltante, que puede derivar de caries o trauma externo.

Empleado Calificado: Un empleado del Grupo que la Compañía ha determinado que cumple con los requisitos para inscribirse en este Plan de Beneficios.

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

Gingivectomía: La extracción quirúrgica de tejido de la encía.

Gingivoplastia: Un procedimiento quirúrgico para volver a darle forma o reparar las encías.

Grupo: Cualquier compañía, sociedad, asociación, corporación u otra entidad legal que ha solicitado esta cobertura y ha aceptado cumplir con todos los términos y requisitos de este Contrato. A los efectos de este Contrato, el Grupo es el titular de la póliza.

Implantes Dentales: Un dispositivo artificial que reemplaza la raíz de un diente y puede sostener un diente artificial, un puente o una dentadura postiza.

Incrustación: Una sustancia sólida realizada a medida que se coloca dentro de una cavidad en un diente entre las cúspides y se cementa en el lugar para restaurar su superficie de mordida.

Mantenedores de Espacio: Además de ser útiles para la masticación, los dientes de leche también actúan como guía para el crecimiento de los dientes permanentes que los reemplazan. Si un diente de leche se cae demasiado pronto, el diente permanente que lo reemplaza pierde su guía, por lo tanto, podría desviarse o crecer en la posición incorrecta de la boca. Los dientes que se encuentran al lado también pueden moverse o inclinarse hacia el espacio, lo cual reduce el espacio disponible para el crecimiento del diente permanente. Los mantenedores de espacio son dispositivos que se utilizan cuando un diente de leche se cae prematuramente para hacer espacio al diente permanente que debía guiar.

Miembro: Un Suscriptor o un Dependiente inscrito.

Necesidad Dental u Odontológicamente Necesario. Un servicio o tratamiento que está determinado por el Administrador de Reclamaciones para establecer o mantener la salud dental de un paciente según el criterio de diagnóstico profesional y los estándares vigentes de atención en la comunidad profesional. La determinación la realizará un Dentista en cumplimiento con las pautas establecidas por el Administrador de Reclamaciones.

Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés): Una Organización de Revisión Independiente no afiliada con UCD, que lleva a cabo revisiones de Necesidad Dental para Apelaciones externas y Apelaciones Externas Aceleradas de Determinaciones Adversas de Beneficios finales. La decisión de la IRO es de carácter vinculante.

Ortodoncia: Una especialidad dental que trata la mala alineación de los dientes.

Período de Beneficios: Se refiere al año natural, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de cada año.

Período de Espera: Período en el que el Miembro debe estar inscrito bajo este Plan de Beneficios antes de que se paguen los beneficios por ciertos Servicios Cubiertos como figura en el Esquema de Beneficios Dentales.

Período de Inscripción: un período de cada año, designado por el Grupo, durante el cual un Suscriptor y sus dependientes que cumplan con los requisitos pueden solicitar cobertura bajo este Plan de Beneficios.

Período de inscripción especial: El plazo de sesenta (60) días durante el cual un Suscriptor y sus Dependientes que cumplen los requisitos pueden inscribirse o cancelar la inscripción a una cobertura conforme a este Plan de Beneficios fuera del Período de apertura de inscripción.

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: Se refiere a este Contrato de Beneficios Dentales para Grupo.

Prótesis Dentales: Dispositivos Protésicos contruidos para reemplazar los dientes faltantes, los que se sostienen mediante los tejidos blandos y duros alrededor de la cavidad oral. Las dentaduras convencionales son removibles; sin embargo, existen distintos diseños de dentaduras, algunos de estos se sujetan o enganchan en los dientes o implantes dentales.

Proveedor: Un Médico, Dentista o Profesional de la Salud Asociado, con las licencias requeridas, que ofrece sus servicios dentro del alcance de la licencia y se encuentra aprobado por el Administrador de Reclamaciones. 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 United Concordia respecto del pago por Servicios Cubiertos proporcionados a un Miembro.

B. Proveedor No Participante: Un Proveedor que no tiene un acuerdo de Proveedor con United Concordia respecto del pago por Servicios Cubiertos proporcionados a un Miembro.

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

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

Raspado y Alisado Radicular: El proceso de extracción o eliminación de agentes etiológicos (placa dental, sus productos y el sarro) que provocan inflamación, el cual ayuda a mantener sanos los tejidos que rodean y sostienen los dientes.

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

Recubrimiento: Una sustancia sólida realizada a medida que actúa como una Incrustación pero que cubre solo una o más cúspides o toda la superficie de mordida del diente. Normalmente se utiliza cuando el diente está demasiado dañado como para soportar una incrustación, pero no tan dañado como para requerir una Corona.

Red: Se refiere a los Proveedores que participan en la red de United Concordia Dental y que están disponibles para los Miembros bajo este Plan de Beneficios. United Concordia Dental tiene más de una red. Los Miembros tienen acceso a solo una red la cual está incluida en el Esquema de Beneficios Dentales.

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

Sellador: Un material plástico que normalmente se aplica en las superficies de masticación de los dientes posteriores (premolares y molares) donde se producen las caries con mayor frecuencia, para que actúen como una barrera para prevenir caries.

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 Contrato y se ha inscrito para obtener cobertura, y a quien la Compañía ha emitido una copia de este Contrato.

Terapia Endodóntica (Pulpar): Un procedimiento dental que se realiza cuando la caries en el diente de un niño alcanza el tejido pulpar (nervio). Se extrae la parte infectada del tejido nervioso dentro de la porción de la corona del diente para prevenir una mayor inflamación y la propagación de la enfermedad (caries). Durante este

tratamiento, el tejido pulpar enfermo se extrae de forma parcial o total, tanto de la corona como de las raíces del diente. Los canales se limpian, desinfectan y rellenan con un material especial.

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

Tratamiento con Flúor: El flúor es una sustancia química que ayuda a prevenir las caries en los dientes incrementando la resistencia del diente frente a los ataques de acidez de la placa bacteriana y los azúcares en la boca. También revierte la aparición temprana de las caries. El tratamiento con flúor implica la aplicación directa de un elemento que contiene esta sustancia en el esmalte de los dientes.

ARTÍCULO III. ESQUEMA DE REQUISITOS

LA EMPRESA ESTABLECERÁ UN PROCESO DE INSCRIPCIÓN Y DETERMINARÁ LA CALIFICACIÓN DEL GRUPO Y LA DE LOS MIEMBROS QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS. LOS PROCESOS DE INSCRIPCIÓN DE LA COMPAÑÍA SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN. EN EL ESQUEMA DE BENEFICIOS, SE PUEDE ELIMINAR O REVISAR CUALQUIER REQUISITO PARA LA AFILIACIÓN DESCRITO EN ESTE PLAN DE BENEFICIOS, QUE NO SEA EXIGIDO POR LA LEY ESTATAL O FEDERAL.

A. Requisitos para la afiliación

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

B. Solicitud de Cobertura

Las solicitudes, modificaciones y terminaciones se deben presentar a la Compañía. La Compañía determinará y verificará si cumple con los requisitos para inscribirse en este Plan de Beneficios y establecerá una Fecha de entrada en vigor para la cobertura. Se debe presentar la solicitud de inscripción a la Compañía durante el Período de Inscripción Abierta anual del Grupo cada año. Después del Período de Inscripción Especial inicial, las personas calificadas generalmente pueden inscribirse o cambiar de cobertura solo durante los Períodos de Inscripción Especial posteriores o si una persona cumple con las condiciones fuera del Período de inscripción anual, puede solicitar cobertura a partir de la fecha en que cumple con los requisitos. Una persona calificada también puede inscribirse para obtener cobertura durante un Período de inscripción especial disponible después de que ocurran ciertos acontecimientos que le califiquen para ello.

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 Dentales de Grupo y su cobertura no se emitirán ni renovarán a menos que el porcentaje de Personas Calificadas especificado en la Solicitud de Cobertura de Grupo estén inscritas.

C. Clases de Cobertura disponibles según la Selección del Grupo

Las clases de cobertura que se definen a continuación están sujetas a la elección de la clase o las clases de cobertura que escoja el Grupo, según figuran en la Solicitud para Cobertura de Grupo. El Grupo tiene derecho a cambiar las clases de cobertura seleccionadas cuando sea necesario.

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. Si la Persona Calificada se inscribe de forma oportuna durante el próximo Período de apertura de inscripción, el caso de la Persona Calificada se considerará como una Inscripción Tardía.
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 un formulario de inscripción y entregándolo 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 vigencia en la fecha en que el tribunal emita la determinación.

F. Inscripción especial

Los Períodos de Inscripción Especial existen fuera del Período de Inscripción cuando la Persona Calificada experimenta un evento de Inscripción Especial específico, como se describe en esta sección. Durante estos períodos, se deberá realizar la solicitud a la Compañía (para la cobertura fuera del Mercado de Seguros Médicos) o al programa SHOP (para la cobertura dentro del Mercado de Seguros Médicos) para inscribirse o cancelar la cobertura o para inscribir o anular la inscripción de dependientes. Los afiliados que pierden otra cobertura porque no pagan sus primas o contribuciones requeridas a tiempo, o pierden otra cobertura por causa (como la presentación de Reclamaciones fraudulentas o una tergiversación intencional de los hechos materiales en relación con el Planes), no son afiliados especiales y no tienen derechos especiales de inscripción.

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

1. La Persona Calificada debe cumplir con los requisitos para recibir cobertura bajo los términos de este Plan de Beneficios; y
2. Si se le ofreció cobertura a la Persona Calificada según este Plan de Beneficios en un Período de inscripción anterior, debe haber rechazado la inscripción por escrito en el formulario que la Compañía establece para tal fin.

Los siguientes son ejemplos de casos de Inscripción Especial:

3. La inscripción o no inscripción en este Plan de Beneficios se debió a un error, tergiversación o inacción de un oficial, empleado o agente del programa SHOP o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o de sus agencias.
4. Violación sustancial de la Compañía de una disposición material de este Plan de Beneficios.
5. Obtener acceso a nuevos Planes de Salud Autorizados debido a un traslado permanente.

6. Ser Indígena, como se define en la Sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica Indígena.
7. Cumplir con otras circunstancias excepcionales según lo determinado por el programa SHOP.
8. El Suscriptor obtiene un Dependiente u obtiene estatus de dependiente bajo otro plan médico a través de matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción o mandato que otorga custodia legal o provisional. Las primas podrán ajustarse a la cobertura adicional si al agregar al nuevo Dependiente se modifica la clase de cobertura bajo el Plan de Beneficios.

Cuando el Suscriptor adquiere el estatus de dependiente bajo otro plan, puede darse de baja de este Plan de Beneficios fuera del Periodo de Inscripción. Cuando el Suscriptor adquiere un Dependiente y, debido a eso, desea inscribirse a sí mismo o inscribir a un Dependiente en este Plan de Beneficios, se aplican las siguientes reglas:

- a. Si aún no está afiliado, el Empleado Calificado puede inscribirse con el Dependiente si ha cumplido con el Período de espera para la afiliación que le corresponda, siempre que no se haya inscrito durante un período de inscripción anterior. En el caso del nacimiento, adopción o colocación en adopción de un niño, el Cónyuge del empleado puede ser inscrito como Dependiente si el Cónyuge cumple con los requisitos para recibir cobertura.
 - b. Si el Grupo ofrece distintas opciones de plan médico, el Empleado Calificado podría elegir otra opción para sí mismo y para sus Dependientes cuando se aplique el estatus de inscripción especial.
 - c. 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.
 - d. 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 de inscripción no se realiza dentro del plazo adecuado, ésta se denegará y finalizará cualquier período de cobertura automática para Recién Nacidos.
 - e. En el caso de un nacimiento, adopción o entrega en adopción, un empleado en activo podrá inscribirse a sí mismo, a su Cónyuge o al hijo recién nacido o adoptado y a otros hijos Dependientes que reúnan los requisitos, la inscripción debe solicitarse antes de que pasen treinta (30) días después del nacimiento, adopción o colocación en adopción. Si la oficina de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana o el programa SHOP reciben el formulario de inscripción a más tardar dentro de los treinta (30) días del nacimiento, adopción o colocación para adopción, la cobertura entrará en vigor en la fecha de nacimiento de un niño Recién Nacido natural, y en la fecha de adopción o colocación para adopción de un niño Recién Nacido adoptado. El programa SHOP asignará la Fecha de entrada en vigor de la cobertura si la inscripción especial se realiza a través de SHOP. 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 la solicitud de inscripción no es efectuada y recibida por Nosotros o por el programa SHOP dentro de los treinta (30) días del nacimiento, adopción o colocación para adopción, la solicitud de Inscripción Especial será denegada y finalizará todo período de cobertura automática.
 - f. En caso de matrimonio, un Empleado Calificado en plantilla puede inscribirse a sí mismo y a los nuevos Dependientes resultantes del matrimonio. La inscripción debe solicitarse dentro de los treinta (30) días posteriores al matrimonio. La Inscripción Especial se denegará si la inscripción no se solicita dentro de los treinta (30) días posteriores al matrimonio.
9. Pérdida de «cobertura esencial mínima» durante el Año del Plan, según se define el término bajo el Código de Impuestos Internos Sección 5000A, tales como:

- a. Medicare.
- b. Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), si:
 - (1) El Empleado o Dependiente Calificado tiene cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), y pierde esa cobertura debido a la pérdida de los requisitos; o
 - (2) el Empleado o Dependiente Calificado cumple con los requisitos para recibir ayuda para los pagos de primas mediante el programa CHIP.

Para cumplir con los requisitos, el Empleado debe solicitar cobertura en este Plan de Beneficios 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 o por el programa SHOP 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 Calificado o el Dependiente pasan a tener derecho a la asistencia para la prima.

Cuando una inscripción especial bajo esta sección se realiza dentro del plazo adecuado y la Compañía la recibe a tiempo, la cobertura entrará en vigor en la fecha en que se pierde la cobertura de Medicaid o CHIP, o la fecha en que el Empleado o Dependiente cumple con los requisitos para la subvención de la prima.

El Empleado Calificado puede dar de baja a un hijo Dependiente de este Plan de Beneficios e inscribirlo en la cobertura CHIP, a partir del primer día de cualquier mes en el que el hijo cumpla con los requisitos para recibir dicha cobertura de CHIP. El empleado debe notificar inmediatamente por escrito a la Compañía o al programa SHOP respecto de la anulación de la inscripción del niño para evitar la continuación de la cobertura bajo este Plan.

- c. Cobertura de salud proporcionada por las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos bajo el Capítulo 55 del Título 10 del Código de los Estados Unidos, incluido Tricare.
- d. Programa de cobertura de salud proporcionado por la Secretaría de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos junto con la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo los Capítulos 17 y 18 del Título 38 del Código de los Estados Unidos.
- e. El plan médico para los voluntarios del Cuerpo de Paz bajo la Sección 2504(e) del Título 22 del Código de los Estados Unidos.
- f. El Programa de Beneficios de Salud con Fondos No Asignados del Departamento de Defensa de los Estados Unidos, establecido bajo la Sección 349 de la Ley de Autorización de Defensa Nacional para el Año Fiscal 1995.
- g. Planes de salud comprados en el mercado individual de seguros de salud en un estado de los Estados Unidos.
- h. Cobertura bajo el fondo común de riesgo de beneficios de salud en un estado de los Estados Unidos.
- i. Cualquier otro plan reconocido como «cobertura esencial mínima» por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en coordinación con la Secretaría del Tesoro de los Estados Unidos para los propósitos de la Sección 5000A del Código de Impuestos Internos.
- j. Otro plan patrocinado por un empleador.

En el caso de otro plan patrocinado por el empleador, tal pérdida de «cobertura esencial mínima» debe ser a causa de la pérdida de los requisitos para recibir cobertura como consecuencia de:

- (1) Finalización del contrato de trabajo (a excepción de una falta grave),
- (2) Reducción de las horas de trabajo,
- (3) Muerte,
- (4) Divorcio,
- (5) Pérdida del estatus como dependiente,
- (6) Terminación de las contribuciones del empleador hacia la cobertura de una persona,
- (7) El plan deja de ofrecer beneficios a cierta clase de personas en una situación similar,
- (8) Cambio de residencia a un área en la cual el plan no presta servicios, o
- (9) Agotamiento de la cobertura de continuación de la ley COBRA debido a:
 - (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;

Un Afiliado especial debido a la pérdida de los requisitos para recibir cobertura bajo otro plan patrocinado por el empleador, debe solicitar la inscripción para recibir la cobertura de este Plan de Beneficios dentro de los treinta (30) días posteriores a la finalización de la otra cobertura (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura. Si el programa SHOP recibe oportunamente esa inscripción de cobertura en el Mercado de Seguros Médicos, la cobertura entrará en vigor en la fecha establecida por SHOP. Si Blue Cross and Blue Shield of Louisiana recibe esa inscripción de cobertura Fuera del Mercado 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 siguientes a la pérdida de la otra cobertura, la cobertura bajo este Plan de Beneficios se denegará y deberá solicitarse durante el próximo Período de Inscripción Abierta.

ARTÍCULO IV. BENEFICIOS

Este Plan de Beneficios tendrá un deducible anual por Miembro y un deducible por familia. Los Beneficios se pagarán luego de que el Deducible Anual y el Deducible Familiar sean alcanzados. El Deducible Anual por Miembro y el Deducible Familiar **no** aplicarán a la sección de Servicios de Diagnóstico y Preventivos a continuación.

Este Plan de Beneficios tiene un «Beneficio Máximo Anual por Miembro». Una vez que el Plan de Beneficios pague los beneficios por ese monto para un Miembro, no se cubrirán más beneficios en lo que resta del Período de beneficios para ese Miembro.

La Atención Preventiva es una función que podría incluirse en su Plan de Beneficios. Los pagos de este Plan de Beneficios para todos los Servicio de Diagnóstico y Preventivos cubiertos a continuación, no contarán hacia el Beneficio Máximo Anual por Miembro. Consulte su Esquema de Beneficios Dentales para determinar si esta función está incluida en su plan.

Cada Beneficio tendrá un monto de Coaseguro asignado en el Esquema de Beneficios Dentales. El Coaseguro representa el porcentaje del Cargo Permitido que este Plan de Beneficios pagará por cada Beneficio cubierto. Todo porcentaje no cubierto será la responsabilidad del Miembro.

Todo Deducible Anual por Miembro, Deducible Familiar, Beneficio Máximo Anual por Miembro y Coaseguro que aplique para cada Beneficio, será divulgado en el Esquema de Beneficios Dentales.

Conforme a lo anterior, este Plan de Beneficios cubrirá los siguientes Beneficios:

A. Servicios de Diagnóstico y Preventivos

1. Exámenes Bucales de Rutina y Consultas

- a. Las evaluaciones integrales y periódicas se limitan a dos (2) cada doce (12) meses
 - (1) Una vez que se paga la evaluación integral, el Miembro no puede recibir el mismo servicio con el mismo Proveedor, a menos que haya un cambio significativo en el estado de salud o que el Miembro no consulte al Proveedor durante 3 o más años
- b. Las evaluaciones detalladas por un problema específico se limitan a una (1) cada 12 meses por diagnóstico calificado.
- c. Las evaluaciones limitadas centradas en un problema se limitan a una (1) cada 12 meses.
- d. Las consultas son servicios de diagnóstico proporcionados por un dentista o médico que no sea el que proporciona el tratamiento dental, limitado a una (1) cada 12 meses.

2. Radiografías Bucales (rayos x)

- a. Serie completa de radiografías intraorales o panorámicas, limitada a una (1) imagen cada (5) años.
- b. Radiografías de aleta mordida, limitada a una (1) serie cada doce (12) meses para Miembros menores de 19 años y una (1) serie cada dieciocho (18) meses para Miembros de 19 años o más.
- c. Radiografías intraorales periapicales limitadas a cuatro (4) cada doce (12) meses por Proveedor si no se realizan junto con procedimientos definitivos.
- d. Las radiografías intraorales oclusales se limitan para Miembros menores de 8 años y se limitan a dos (2) cada veinticuatro (24) meses.

3. Limpiezas Bucales (Profilaxis)

- a. Limitadas a dos (2) cada doce (12) meses.
 - b. Una limpieza adicional permitida durante el Año de la Póliza para Miembros que se encuentran bajo la atención de un profesional médico durante el embarazo
4. Tratamiento con Flúor
- a. Limitado a Miembros menores de 14 años, y
 - b. Limitado a uno (1) cada doce (12) meses.
5. Selladores
- a. Limitado a menores de 16 años y solo para molares permanentes primarios y secundarios, y
 - b. Limitados a uno por diente cada 3 años.
6. Tratamiento de Emergencia (Paliativo)
- a. Limitado a dos (2) por 12 meses, en combinación con desbridamiento de la pulpa.
7. Aplicación de medicina para detener las Caries
- a. Dos (2) tratamientos por doce (12) meses para miembros entre las edades de 1 y 6 años
 - b. Un (1) tratamiento por doce (12) meses para miembros entre las edades de 7 y 12 años
8. Mantenedores de Espacio
- a. Limitados a Miembros menores de 14 años.
 - b. Cubiertos cuando se utilizan para mantener el espacio como resultado de una pérdida prematura de molares deciduos y molares primarios permanentes o molares deciduos y molares primarios permanentes que no se han desarrollado o que no se desarrollarán.
 - c. Limitado a una (1) cada cinco (5) años.

B. Servicios Básicos

1. Restauraciones básicas (amalgama y resina en posteriores)
- a. Reemplazo de servicios de restauración cubiertos únicamente cuando no son utilizables ni pueden mantenerse.
 - b. Las restauraciones básicas no serán cubiertas si se reemplazan dentro de 24 meses de la colocación anterior de cualquier restauración básica.
 - c. Las coronas prefabricadas de acero inoxidable están incluidas bajo esta cobertura, limitadas a los Miembros menores de catorce (14) años, y limitadas a una (1) por cada diente de por vida.
2. Terapia Endodóntica (Pulpar)
- a. Los dientes que pueden ser tratados se limitan a los dientes anteriores primarios cuando no hay un diente permanente que lo sustituya.
 - b. Limitado a uno por diente de por vida.
3. Tratamiento de Conducto Radicular

- a. Limitada a uno (1) por diente de por vida.
4. Periodoncia no quirúrgica
- a. Raspado y alisado radicular, limitado a uno (1) cada treinta y seis (36) meses para cada área de la boca.
 - b. El mantenimiento periodontal después de la terapia periodontal activa se limita a dos (2) cada doce (12) meses, además de la Profilaxis de rutina.
5. Periodoncia Quirúrgica
- a. Procedimientos quirúrgicos periodontales, limitados a uno (1) cada treinta y seis (36) meses para cada área de la boca.
 - b. Regeneración tisular guiada limitada a una (1) por cada diente de por vida.
 - c. Desbridamiento de toda la boca limitado a uno (1) de por vida.
 - d. Gingivectomía o gingivoplastia, limitado a uno cada 36 meses;
 - e. Procedimiento de colgajo gingival limitado a una vez cada 36 meses;
 - f. Regeneración tisular guiada limitada a una (1) por cada diente de por vida.
 - g. Cirugía ósea limitada a una vez cada 36 meses;
 - h. Injerto de tejido blando del pedículo, limitado a uno cada 36 meses;
 - i. Injerto de tejido blando libre, limitado a uno (1) cada treinta y seis (36) meses;
 - j. Injerto de tejido conectivo subepitelial, limitado a uno cada 36 meses;
6. Extracciones Simples
7. Extracciones Quirúrgicas
- a. Extracción quirúrgica del diente erupcionado con elevación del colgajo mucoperióstico y extracción del hueso o la sección del diente.
8. Cirugía Bucal
- a. Extracción del diente impactado;
 - b. Extracción quirúrgica de raíces de dientes residuales;
 - c. Coronectomía: Extracción parcial e intencional del diente;
 - d. Colocación del diente o estabilización del diente avulsionado o desplazado de manera accidental;
 - e. Acceso quirúrgico a un diente no erupcionado;
 - f. Alveoloplastia en conjunto con la extracción;
 - g. Extracción de exostosis;
 - h. Extirpación de encía pericoronaria.

9. Anestesia general/sedación

- a. Si se utiliza junto con determinados servicios de operaciones orales que cumplen los requisitos para recibir beneficios.
- b. Limitado a sesenta (60) minutos por sesión.

10. Reparación de coronas

- a. Recementación, restauración y retención de perno
 - (1) Limitado a uno (1) cada tres (3) años.
 - (2) Durante los primeros (12) meses posteriores a cualquier servicio preventivo, de restauración o prostodoncia por parte del mismo Proveedor, este beneficio se considera incluido en el beneficio para el servicio preventivo, de restauración o prostodoncia.

11. Ajustes y reparaciones de prótesis

C. Servicios Principales

1. Prótesis dentales y puentes

- a. Dentaduras postizas parciales o completas removibles o fijas
 - (1) Limitado a una (1) cada cinco (5) años.
- b. Otros Servicios Protésicos
 - (1) La rebase, los revestimientos o los ajustes de dentaduras se consideran parte de los cargos por dentaduras si la prestación se realiza en un lapso de seis (6) meses desde la colocación por parte del mismo Proveedor. El relleno o rebasado subsiguiente de la dentadura se limita a uno (1) cada tres (3) años a partir de entonces.
 - (2) Recementación o reparación de dentadura fija parcial.
 - (a) Limitado a uno (1) cada tres (3) años.
 - (b) La recementación durante los primeros doce (12) meses después de la inserción de cualquier servicio preventivo, restaurativo o de prostodoncia por el mismo Proveedor será considerado como parte del Beneficio preventivo, restaurativo o de prostodoncia correspondiente, y no será cubierto bajo esta sección de Otros Servicios Protésicos.
 - (3) El reemplazo de diente(s) natural(es) en un arco no se cubrirá dentro de los cinco (5) años posteriores a una dentadura parcial fija, dentadura completa o dentadura postiza parcial removible.

2. Incrustaciones, Recubrimientos y Coronas

- a. Coronas, incrustaciones, recubrimientos, construcción del núcleo incluidos pernos, y poste y núcleo prefabricados.
- b. Todos limitados a uno (1) por diente cada cinco (5) años.

- c. Coronas individuales, incrustaciones y recubrimientos, y reconstrucción, poste y núcleos, no tendrán cobertura dentro de cinco (5) años de la colocación previa de cualquiera de los procedimientos en esta categoría.

3. Implantes Dentales

Si están incluidos en el Esquema de Beneficios Dentales, los servicios de Implantes Dentales están limitados a Miembros de dieciocho (18) años o más y a un (1) servicio por diente o por zona dental de por vida. La cobertura incluye:

- a. La colocación quirúrgica de implantes endóseos, eposteales y transóseos.
- b. Extracción de implantes.
- c. Desbridamiento de defectos previos al implante y contorno óseo alrededor de un implante simple, así como la limpieza superficial del área de los implantes expuestos, inclusive la entrada y cierre del colgajo.
- d. Injerto óseo.
- e. Estructuras de soporte:
 - (1) Barra de conexión,
 - (2) Pilar prefabricado,
 - (3) Pilar fabricado a medida;
- f. Dentaduras removibles sostenidas por pilares.
- g. Dentaduras fijas sostenidas por pilares.
- h. Coronas individuales sostenidas por pilares.
- i. Coronas individuales sostenidas por implantes.
- j. Dentaduras parciales fijas sostenidas por pilares.
- k. Injerto óseo, osteoperiosteal o cartilaginoso autógeno o no autógeno de la mandíbula o maxilar.
- l. Elevación de seno con hueso o sustitutos óseos vía abordaje lateral abierto o abordaje vertical.
- m. Injerto de reemplazo óseo para la preservación de la cresta.

4. Servicios de Ortodoncia

Si están incluidos en el Esquema de Beneficios Dentales, este Plan de Beneficios cubrirá los Servicios de Ortodoncia. Los servicios de Ortodoncia pueden estar limitados solo a Miembros menores de 19, si así se lo establece en el Esquema de Beneficios Dentales. Los Servicios de Ortodoncia estarán sujetos al Beneficio de Ortodoncia Máximo de por vida que se indica en el Esquema de Beneficios Dentales. Una vez que este Plan de Beneficios haya abonado los beneficios hasta ese Máximo de por Vida por Miembro, no se pagarán más Beneficios de Servicios de Ortodoncia de por vida para ese Miembro. Los Beneficios de Servicios de Ortodoncia no cuentan para el Beneficio Máximo Anual.

Se requiere autorización para la cobertura de los Servicios de Ortodoncia. Se debe presentar una explicación del plan de tratamiento al Administrador de Reclamaciones. Tras revisar la información, el Administrador de Reclamaciones le notificará a Usted y a su Proveedor sobre el esquema de reembolso, la frecuencia de pago durante el curso del tratamiento y Su parte del costo.

Los beneficios incluyen servicios para tratamiento de ortodoncia limitada, interceptiva e integral de la dentición primaria, de transición y adolescente, además de la terapia con aparatos removibles y fijos. Se proporcionan visitas de tratamiento para preortodoncia, ortodoncia periódica y retención de ortodoncia. Los pagos se hacen trimestralmente.

El pago de Servicios de Ortodoncia cesará al final del mes de finalización de este Plan de Beneficios.

ARTÍCULO V. EXCLUSIONES

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

1. Hayan comenzado antes de la Fecha de entrada en vigor del Miembro o después de la Fecha de rescisión de la cobertura bajo este Plan de Beneficios, incluidos, entre otros, los procedimientos de visitas múltiples como endodoncia, coronas, puentes, incrustaciones, recubrimientos y dentaduras.
2. Para las llamadas a domicilio o al hospital por servicios dentales y para los costos de Hospitalización (por ejemplo, tarifas por uso de los centros).
3. La responsabilidad de cualquier ley federal o estatal de compensación a los trabajadores o programas relacionados, incluyendo, pero sin limitarse a, la Ley Jones, la Ley Federal de Responsabilidad de los Empleadores, la Ley Federal de Compensación a los Empleados, la Ley de Compensación a los Trabajadores Marítimos y Portuarios, la Ley de Beneficios para el Pulmón Negro, el Programa de Compensación de Enfermedades Ocupacionales de los Empleados de Energía y el Artículo 23 de los Estatutos Revisados de Luisiana, esté o no vigente la cobertura de dichas leyes o programas, la responsabilidad del seguro de responsabilidad del empleador, o por el tratamiento de cualquier lesión relacionada con el automóvil en la que el afiliado tenga derecho a un pago bajo una póliza de seguro de automóvil. Nuestros Beneficios excederían los beneficios de terceros y, por lo tanto, tendríamos derecho a recuperar cualquier beneficio pagado en exceso. Nuestro derecho de Subrogación es secundario al derecho del asegurado cubierto a ser totalmente compensado por sus daños.
4. Sean medicamentos con receta o sin receta, vitaminas o suplementos dietéticos.
5. Sean de naturaleza estética como lo determina el Administrador de Reclamaciones (que incluye, entre otros, el blanqueamiento, la colocación de carillas, la personalización o caracterización de coronas, puentes o dentaduras postizas).
6. Sean procedimientos electivos (que incluye, entre otros, la extracción profiláctica de terceros molares).
7. Sean para tratar malformaciones bucales congénitas o desequilibrios esqueléticos (que incluyen, entre otros, tratamientos relacionados con el labio leporino, el paladar hendido o desarmonía del hueso facial o requerido como resultado de la cirugía ortognática que incluye el tratamiento ortodóncico).
8. Sean para Servicios de diagnóstico y tratamiento de problemas en la articulación de la mandíbula a través de cualquier método. Algunos ejemplos de los problemas en la articulación mandibular son los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM), los trastornos cráneomandibulares u otras afecciones de la articulación que une el hueso maxilar y el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación.
9. Sean para el tratamiento de fracturas y dislocaciones del maxilar.
10. Sean para el tratamiento por mala alineación o neoplasmas.

11. Sean servicios o aparatos que alteran la dimensión vertical (que incluye, entre otros, rehabilitación de toda la boca, férulas o empastes) para restaurar la estructura del diente perdida por desgaste, erosión o abrasión, aparatos o cualquier otro método.
12. Sean para el reemplazo o reparación de prótesis o aparatos de ortodoncia por pérdida, robo o daño.
13. Sean restauraciones preventivas.
14. Sean para la colocación de una férula periodontal en los dientes a través de cualquier método.
15. Sean dentaduras o prótesis duplicadas o cualquier otro dispositivo duplicado.
16. En la ausencia del seguro, se utilicen para que el Miembro no incurra en gastos.
17. Sean para programas de control de placas, asesoramiento para fumadores, higiene oral e instrucciones nutricionales.
18. Sean para tratar cualquier afección causada por una guerra declarada o no, o acto relacionado, o que resulte del servicio en la Guardia Nacional o las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional.
19. Sean tratamientos y aparatos para el bruxismo (rechinar los dientes por la noche).
20. Sean para cualquier reclamación presentada al Administrador de Reclamaciones por el Miembro o en representación de este por más de doce (12) meses posteriores a la fecha de servicio.
21. Sean para tratamientos incompletos (por ejemplo, entre otros, que el paciente no regrese para completar el tratamiento) y servicios temporales (por ejemplo, entre otros, restauraciones temporales).
22. Sean para procedimientos que:
 - forman parte de un servicio pero que se notifican como servicios separados; o
 - se notifican en una secuencia de tratamiento que no es apropiada; o
 - se notifican incorrectamente o que representan un procedimiento distinto del notificado.
23. Sean procedimientos y técnicas especializados (que incluyen, entre otros, aditamento de precisión, casquetes y endodoncias intencionales).
24. Sean tarifas por visitas perdidas.
25. Servicios para el tratamiento de cualquier Miembro detenido en una institución correccional que haya sido juzgado y condenado por el delito que causó la detención.

No sean odontológicamente necesarios o no se consideren estándares de tratamiento dental generalmente aceptados. Si no existen estándares claros o generalmente aceptados, o si hay posiciones diversas dentro de la comunidad profesional, se aplicará la opinión del Administrador de Reclamaciones.

ARTÍCULO VI. PREDETERMINACIONES

La predeterminación de beneficios dentales es un servicio disponible a través del Administrador de Reclamaciones. Esta revisión de Beneficios antes del tratamiento le permite a usted y a su Dentista conocer qué servicios están cubiertos por el plan y cuáles serían sus costos compartidos y otros gastos de desembolso.

La predeterminación no debe solicitarse a menos que los cargos totales del plan de tratamiento propuesto superen los \$200. Puede solicitar a su Dentista que presente una solicitud de predeterminación. El Administrador de Reclamaciones proporcionará entonces un resumen de los gastos cubiertos y los importes a pagar.

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

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

ARTÍCULO VII. BENEFICIOS ALTERNATIVOS

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

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

ARTÍCULO VIII. COORDINACIÓN DE ESTE PLAN DE BENEFICIOS CON OTRA COBERTURA DENTAL DE LA CUAL ESTE PLAN DE BENEFICIOS FORMA PARTE

Si un Miembro cuenta con otra cobertura para beneficios dentales, y este Plan de Beneficios se ofrece junto con o como un complemento de esa otra cobertura dental, primero se determinarán los beneficios dentales bajo esta cobertura independiente. Nos reservamos el derecho a realizar cualquier coordinación de beneficios necesaria para no pagar más que el importe total del cargo permitido por la misma reclamación o servicio conforme a todos los beneficios dentales que el Miembro pueda tener.

ARTÍCULO IX. PERÍODO DE EXTENSIÓN DE BENEFICIOS DESPUÉS DE LA RESCISIÓN DE LA COBERTURA

A. La cobertura dental bajo este Plan de Beneficios se extenderá después de la fecha en que rescinda la cobertura del Miembro solo si:

1. Se incurrió en un Beneficio Cubierto para dicho servicio mientras la cobertura estaba en vigencia; y
2. Dicho Beneficio Cubierto se completa dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la finalización de la cobertura.

B. Un gasto por Beneficio Cubierto se considerará incurrido para los siguientes casos:

1. Aparatos o modificaciones a los aparatos: en la fecha en que el aparato o la prótesis se coloca de forma permanente;
2. Coronas, dentaduras o puentes: en la fecha en que se toma la impresión;

3. Para el tratamiento del Conducto Radicular -- en la fecha en que se abre la cámara pulpar; o
4. Todos los demás gastos dentales -- en la fecha en que se proporciona el servicio o se provee el suministro.

ARTÍCULO X. DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA

A. Continuación del Cónyuge Superviviente

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

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

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

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

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

B. Continuación Estatal

Esta sección (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 mes 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.

C. 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 COBRA en estas circunstancias podría finalizar más temprano por varias razones, que incluyen, pero no se limitan a: el empleador deja de proveer cualquier plan de salud grupal a cualesquiera Empleados o los beneficiarios calificados no pagan las primas requeridas u obtienen cobertura bajo el plan médico grupal de otro empleador que no excluye o limita los Beneficios por las Afecciones Preexistentes del Beneficiario calificado. Los derechos de continuación de cobertura COBRA conforme a los procedimientos de quiebra del Capítulo 11 serán decididos por el tribunal de quiebras, y la cobertura que los beneficiarios que cumplan con los requisitos podrían recibir podría no ser igual a la que tenían bajo el plan para jubilados antes de que el empleador se declarara en quiebra conforme al Capítulo 11.

¿Tengo que notificar cualquier evento calificado?

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 a 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.

D. Derechos de los Empleados en virtud 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) pueden optar por proporcionar 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 XI. DISPOSICIONES GENERALES - GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA Y MIEMBROS

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

A. El Plan de Beneficios

1. Este Plan de Beneficios, inclusive la aceptación del Grupo de la propuesta de la Compañía, la solicitud, los formularios de inscripción, los formularios de cambio de beneficio y los formularios y la documentación de renovación expresan que todo el dinero y otras consideraciones de cobertura, el Esquema de Beneficios y cualquier enmienda o aprobación, constituyen la totalidad del contrato entre las partes.
2. Excepto lo aquí provisto específicamente, este Plan de Beneficios no hará responsable a la Compañía por cualquier deber u obligación que las leyes o normas federales o estatales impongan sobre el empleador. En la medida en que este Plan de Beneficios sea un Plan de Beneficios 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 función de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Blue Cross and Blue Shield of Louisiana ha adoptado un procedimiento interno de quejas formales que permite una pronta resolución de las quejas que aleguen cualquier acción prohibida en 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

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

- Las Quejas Formales se deben enviar al coordinador de la Sección 1557 en un plazo de 60 días desde la fecha en la que usted tenga conocimiento de la presunta acción discriminatoria.
- La queja debe ser por escrito y debe incluir Su nombre y dirección. La queja debe indicar el problema o la acción que se alega es discriminatoria y el remedio o la protección legal que se busca.
- El Coordinador de la Sección 1557 investigará la queja. Esta investigación puede ser informal, pero será exhaustiva. Le sugerimos que envíe evidencias relacionadas con Su queja. El Coordinador de la Sección 1557 conservará los archivos y registros de Blue Cross and 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 hará los arreglos adecuados para garantizar que se brinden a las personas con discapacidades y las personas con dominio limitado del idioma inglés ayudas y servicios adicionales o servicios de asistencia lingüística, respectivamente, si es necesario que participen en este proceso de queja formal. 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. Los cambios entrarán en vigor en el momento de la renovación de este Plan de Beneficios y serán precedidos por una notificación que el Grupo recibirá en un plazo de menos de sesenta (60) días. 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. Salvo lo dispuesto en el párrafo siguiente, la Compañía dará aviso por escrito al Grupo, con cuarenta y cinco (45) días de anticipación sobre cualquier modificación en las tarifas a la última dirección que figure en los registros de la Compañía. Dicho aumento en la prima entrará en vigor en la fecha especificada en la notificación y la continuidad del pago de las primas significará 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. El pago continuo de las primas 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 Dentales). 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 en que la persona tenga derecho a continuar la cobertura conforme a la ley COBRA u otro mandato similar, el Grupo tendrá que solicitar oportunamente la rescisión de la cobertura de la persona conforme al proceso regular que creó la Compañía para tal fin, y enviar la elección de la persona para que continúe la cobertura en un proceso por separado.

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 Compañía puede decidir rescindir la cobertura o finalizar la cobertura de un Afiliado si este lleva a cabo un acto o una práctica que constituyan un fraude o haga una tergiversación intencionada de los hechos materiales según los términos de este Plan de Beneficios. La emisión de esta cobertura está condicionada a las declaraciones contenidas en el momento de la solicitud y la inscripción. Todas las declaraciones realizadas son importantes para la emisión de esta cobertura. Cualquier información suministrada mediante el formulario de solicitud o inscripción que se haya omitido intencionalmente,

con respecto a cualquier Suscriptor propuesto o Miembro Cubierto, constituirá una tergiversación intencionada de hechos materiales. La cobertura de un Miembro podrá rescindirse retroactivamente a la Fecha de entrada en vigor de la cobertura o finalizarse dentro de los tres (3) años de la Fecha de entrada en vigor del Miembro, por un acto de fraude o tergiversación intencional de los hechos materiales. La Compañía le enviará al Miembro una notificación escrita con sesenta (60) días de anticipación antes de rescindir o finalizar la cobertura conforme esta sección. Si se inscribieron Miembros que no cumplen los requisitos para recibir la cobertura, esto se considerará un acto de fraude o tergiversación intencionada de los hechos materiales.

2. A menos que la ley COBRA u otro tipo de continuación de cobertura estén disponibles y se seleccionen como se estipula en este Plan de Beneficios, la cobertura del Miembro finaliza tal como se indica 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 finalizará automáticamente y sin notificación al final del ciclo de facturación en que el Dependiente cumpla la edad máxima para recibir la cobertura o, por alguna otra razón, deja de cumplir con los requisitos como Dependiente, si las primas han sido pagadas hasta ese período.
 - d. Tras el fallecimiento del Suscriptor, la cobertura de todos sus Dependientes que sobrevivan finalizará automáticamente y sin notificación al final del 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 u otro tipo de 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 rescinda 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, a partir de la fecha efectiva de dicha cancelación o rescisión. El Grupo tendrá la obligación de notificar a sus Miembros, participantes y beneficiarios sobre dicha cancelación o rescisión. La Compañía no tiene la obligación de notificar al 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. Cuando cambian los Miembros que figuran en la póliza, la Compañía se reserva el derecho de cambiar la clase de cobertura del Suscriptor y facturará la prima correspondiente para que queden reflejados los Miembros que están cubiertos.
6. La cancelación o rescisión entrará en vigor a la medianoche del último día del ciclo de facturación.
7. Cuando la cobertura del Grupo finaliza porque el plan deja de existir o la cobertura bajo la ley COBRA se ha agotado, los Miembros pueden solicitar cobertura individual a la Compañía o al Mercado de Seguros Médicos.

I. Presentación de Reclamaciones

Usted debe presentar todas las Reclamaciones dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que se prestaron los servicios, a menos que no sea posible hacerlo dentro de ese período. En ninguna

circunstancia una Reclamación se presentará más tarde de quince (15) meses a partir de la fecha en que se prestaron los servicios.

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 Miembro o el Proveedor proporcionen cierta información en relación con la Reclamación de Beneficios del Miembro. 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. Cesión

Los derechos y Beneficios de un Miembro bajo este Plan de Beneficios son personales, y el Miembro no podrá cederlos de forma total ni parcial. No reconoceremos las asignaciones o intentos de asignaciones de los beneficios. La información incluida en esta descripción escrita de la cobertura dental no debe interpretarse de modo que el Grupo o nosotros seamos responsables frente a algún tercero a quien el Miembro le debe el costo de atención dental, tratamiento o servicios.

M. Relación entre el Miembro y el Proveedor

1. La elección del Proveedor es exclusiva del Miembro.
2. La Compañía y los Proveedores Participantes 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 de ninguna reclamación o demanda originada por daños provenientes de ellos, y de ninguna manera estará relacionada con ninguna lesión que haya sufrido el Miembro mientras recibía la atención de cualquiera de los Proveedores. 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.

N. 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 estatuto vigente del Estado de Luisiana o de los Estados Unidos de Norteamérica, esta deberá enmendarse automáticamente para que cumpla con los requisitos mínimos de la ley. Cualquier acción legal presentada contra el Plan debe presentarse en el tribunal correspondiente del Estado de Luisiana.

O. 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.

P. Lesión o enfermedad relacionada con el trabajo

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

Q. 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.

R. 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.

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

En el caso en que el Departamento de Asuntos de los Veteranos proporcione a un veterano atención o servicios por una discapacidad no relacionada con el servicio, los Estados Unidos tendrán el derecho de recuperar o 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.

T. 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.

U. 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 sin estar sujeto a períodos de espera por afecciones preexistentes que, de lo contrario, se aplicarían, 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.

V. Nuestro derecho a ofrecer incentivos a las primas

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

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

8. Reducir los costes de inscripción, tecnología o administración de los afiliados o Titulares de la póliza, cuando dichos costos estén relacionados con la realización o el mantenimiento de la cobertura.

ARTÍCULO XII. 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, United Concordia Dental (UCD) o de los Proveedores Participantes. Si el Miembro desea presentar una queja verbal o una queja formal por escrito sobre nuestros servicios, los de UCD 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. UCD considera una apelación como la solicitud de un Miembro de cambiar una Determinación Adversa de Beneficios. 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 Dental 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 nuestros servicios, los del Administrador de Reclamaciones o los del Proveedor.

Los Miembros pueden llamar a UCD al 1-866-445-5338 para registrar una Queja. UCD intentará 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, los de Administrador de Reclamaciones o del proveedor.

Si el Afiliado considera que su Queja no se ha resuelto adecuadamente o si desea presentar una Queja formal, deberá enviar una solicitud por escrito en un plazo de ciento ochenta (180) días del evento que generó la insatisfacción. El Departamento de Atención al Cliente de UCD ayudará al Miembro, de ser necesario.

El Miembro debe enviar la Queja formal por escrito a:

United Concordia Dental
Customer Service
P.O. Box 69420
Harrisburg, PA 17106-9420

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.

UCD ofrece dos (2) niveles de Apelación tanto para Apelaciones administrativas como para Apelaciones de Necesidad Dental.

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 UCD al 1-866-445-5338 si el Miembro no está seguro si ERISA es aplicable.

El Miembro también puede llamar a UCD si tiene preguntas o necesita ayuda para redactar la Apelación.

C. Proceso de Apelación Estándar

UCD determinará si una Apelación del Afiliado es una Apelación administrativa o una Apelación de Necesidad Dental. El procedimiento de Apelación tiene dos (2) niveles, en el segundo nivel de una Apelación administrativa se incluye una revisión por parte del comité y en una apelación de Necesidad Dental y una revisión por parte de una Organización de revisión independiente (IRO) externa.

Se sugiere al Miembro que proporcione a UCD 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 de Beneficios.

UCD le brindará al Miembro, a su pedido y sin cargo, copias y acceso razonable a todos los documentos, registros y demás información relevante para la Determinación Adversa de Beneficios.

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 Miembro, si el Miembro designa al Proveedor por escrito.

Todas las Apelaciones deben enviarse por escrito a:

United Concordia Dental
Appeals Division
P.O. Box 69420
Harrisburg, PA 17106-9420

3. Apelaciones Administrativas

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

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 UCD una vez transcurridos los ciento ochenta (180) días posteriores a la Determinación Adversa inicial de Beneficios.

UCD investigará las preocupaciones del Miembro. Si se anula la Apelación Administrativa, UCD volverá a procesar la Reclamación del Miembro, si corresponde. Si se ratifica la Apelación Administrativa, UCD le 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

Si el Afiliado aún está disconforme con la decisión de la Apelación administrativa de primer nivel, se debe enviar una solicitud por escrito para apelarla dentro de los sesenta (60) días siguientes a la recepción de la decisión de la Apelación administrativa de primer nivel. No se tendrán en cuenta las solicitudes que reciba UCD 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 formado por personas que no hayan estado involucradas en las decisiones anteriores relacionadas con la Determinación Adversa inicial de Beneficios. 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.

4. Apelaciones por necesidad dental

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

Nosotros le ofrecemos dos (2) niveles estándar de Apelaciones de Necesidad Dental, incluyendo una revisión interna de la Determinación de Beneficios Adversos inicial, y posteriormente una revisión externa para las Determinaciones de Beneficios Adversos por un monto de \$250.00 o más.

a. Apelaciones Internas por Necesidad Dental

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

UCD investigará las preocupaciones del Miembro. Si se anula la apelación de necesidad dental, UCD volverá a procesar la Reclamación del Miembro, si corresponde. Si la Apelación de Necesidad Dental se ratifica, notificaremos al Afiliado de sus derechos a emprender un proceso de Apelación Externo si la Determinación Adversa de Beneficios cumple los requisitos.

La decisión de la Apelación de Necesidad Dental 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 siguientes a la recepción de la solicitud del Miembro; a menos que acordemos mutuamente que se justifica una prórroga del plazo.

b. Apelaciones de Necesidad Dental Externas y Rescisión de Cobertura

Para las Apelaciones de Necesidad Dental y Rescisión de Cobertura, el segundo nivel de apelación será llevado a cabo por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas

en inglés) no afiliada con UCD y asignada aleatoriamente por el Comisionado de Seguros de Luisiana.

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

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

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

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

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

D. Apelaciones Aceleradas por Necesidad Dental

Se encuentra disponible un proceso Acelerado de Apelaciones para revisar una Determinación de Beneficios con resultado Adverso en una situación en la que los plazos de una Apelación de Necesidad Dental estándar pondrían en grave peligro la vida, la salud o la recuperación máxima de las funciones del Miembro. Incluye situaciones en las que, según la opinión del Proveedor que le atiende, el Miembro podría sentir dolor que no pueda controlarse adecuadamente mientras espera una decisión sobre una Apelación de Necesidad Dental estándar.

Una apelación acelerada es una solicitud relacionada con una admisión, disponibilidad de la atención, hospitalización continuada o servicio de atención dental para una persona cubierta que solicita servicios de Emergencia o que ha recibido servicios de Emergencia, pero que no ha sido dado de alta de un centro. Las Apelaciones Aceleradas no están destinadas para la revisión de los servicios ya proporcionados.

La Apelación Acelerada deberá ponerse a disposición del Miembro y podrá iniciarla el Miembro, 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 1-866-445-5338

Para enviar Apelaciones Aceleradas por escrito, puede hacerlo al número de fax 866-335-3969 o por correo a UCD:

1. Apelaciones Aceleradas Internas por Necesidad Dental

En esos casos, UCD tomará una decisión en menos de setenta y dos (72) horas tras haber recibido la solicitud de Apelación Acelerada que cumpla con los criterios para dicho proceso.

En los casos en que el proceso de Apelación Acelerada interna no resuelva la diferencia de opiniones entre UCD y el Afiliado, o el Proveedor que actúe en nombre de dicho Afiliado, la Apelación podrá elevarse a una Apelación Acelerada Externa.

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

2. Apelaciones Aceleradas Externas por Necesidad Dental

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

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

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

ARTÍCULO XIII. 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 Dental del Grupo

El Suscriptor podrá continuar con la cobertura de Beneficios Dentales 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 XIV. CAMBIOS EN EL PLAN Y PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

Todos los formularios necesarios para hacer cambios al plan 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

Todos los formularios relacionados con la presentación de reclamaciones conforme a este Plan de Beneficios pueden obtenerse comunicándose con United Concordia Dental a:

United Concordia Dental
Reclamaciones Dentales
P.O. Box 69441
Harrisburg, PA 17106-9441
1-866-445-5338

Si el Miembro tiene alguna pregunta sobre la información de esta sección, puede hablar con su Empleador o llamar a UCD. Los Miembros pueden llevar a cabo muchas de estas acciones en línea en es.bcbsla.com.

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 Formulario de Cambio de Inscripción de Grupo es el documento que debemos recibir para inscribir a los miembros de su familia que no figuran en su solicitud o formulario de inscripción original. El Formulario de Cambio de Inscripción de Grupo se utiliza para añadir hijos recién nacidos, hijos adoptados recién nacidos, un cónyuge u otras personas a cargo. Es sumamente importante que Usted siga las normas de los plazos que figuran en el Esquema de Requisitos. Si Usted no completa y Nos envía el Formulario de Cambio de Inscripción de Grupo dentro de los plazos estipulados en el Esquema de Requisitos, es posible que la cobertura de Su seguro no se amplíe para incluir Miembros adicionales de la familia. Es muy importante completar y enviar el Formulario de Cambio de Inscripción de Grupo cuando Su primer Dependiente cumple los requisitos para recibir cobertura o cuando Usted ya no tiene Dependientes que cumpla con los requisitos.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES DE 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 Miembro 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:

United Concordia Dental
Claims Department
P.O. Box 69441
Harrisburg, PA 17106-9441

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 contrato (N.º de ID) del Miembro. Dicho número es la identificación para acceder a los registros de membresía del Miembro, y se debe proporcionar al Administrador de Reclamaciones cada vez que se presente una Reclamación.

Si el Suscriptor completa el formulario de reclamación y se trata de un plan de Grupo: el Suscriptor es el Miembro empleado (si se trata de un contrato 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 adecuado
- b. el número de este contrato (N.º de ID) del formulario sea 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. el Proveedor indique un código de diagnóstico y otro de procedimiento por cada servicio/tratamiento prestado (los indicadores del código de diagnóstico deben coincidir con el formulario de Reclamación)
- h. la Reclamación esté completa y firmada por el Miembro y el Proveedor.

AVISO IMPORTANTE: El Miembro debe asegurarse de verificar que la información sea correcta en todas las Reclamaciones. El número de contrato (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 escribirnos a la dirección que figura más abajo o puede llamar al Administrador de Reclamaciones al 1-866-445-5338. Si el Miembro llama para pedir información sobre una Reclamación, podemos ayudar al Miembro si tiene la información a mano, específicamente su número de contrato, el nombre del paciente y la fecha de servicio.

United Concordia Dental
Customer Service
P.O. Box 69420
Harrisburg, PA 17106-9420

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

ARTÍCULO XV. 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, dentistas, hospitales, farmacias, médicos, compañías de seguro de automóviles u otras compañías de seguro. 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 DEL GRUPO DEBE PRESENTARSE A LA COMPAÑÍA ANTES O EN LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA CANCELACIÓN Y DEBE ESTAR ACOMPAÑADA DE LA DEVOLUCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS. 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 no se recibe la prima durante el período de gracia, la cobertura permanece vigente durante dicho período conforme a las disposiciones de la póliza. La Compañía enviará una notificación de morosidad o rescisión a la dirección que tenga registrada del Grupo. La Compañía podrá rescindir automáticamente la póliza sin previo aviso al Grupo si no se paga la prima a la Compañía, en su oficina central, dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de vencimiento (durante el período de gracia). La terminación se hará efectiva a partir de la medianoche del último día por el cual se hayan pagado primas. 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.

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 recae 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 cobertura del Grupo es proporcionada a través de una asociación de buena fe y la membresía del empleador a la asociación finaliza.
 - e. La Compañía deja de ofrecer este producto o cobertura en el mercado de seguros médicos.
2. Si la Compañía rescinde la cobertura a causa de los puntos «a», «b», «c» o «d», 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 «e» 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 medio de la presente notificamos que Nuestra reunión anual se realiza el tercer martes de febrero o al siguiente día hábil, si se trata de un día no laborable. 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 adquieran seguros de vida, rentas vitalicias o seguros médicos deben saber que las compañías de seguros que tienen licencia en este estado para ofrecer estos tipos de seguros son miembros de la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana o LLHIGA. El objetivo de LLHIGA es asegurar que los titulares de pólizas estén protegidos, dentro de los límites, en el caso poco probable de que una aseguradora que sea miembro se 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.



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

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal

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

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y sus subsidiarias:

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

Si necesita estos servicios, puede llamar al número del Servicio de Atención al Cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación o enviar un correo electrónico a MeaningfulAccessLanguageTranslation@bcbsla.com. Si tiene una discapacidad auditiva puede llamar 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 le discriminaron de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, o discapacidad o sexo, usted tiene derecho a emprender las siguientes acciones:

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

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

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

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

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

O

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

AVISO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

