



**Blue Dental
Tradicional**
Preferred y Essential

CONTRATO DE BENEFICIOS
LIMITADOS



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

40XX1984S 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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "I. Steven Udvarhelyi".

Dr. I. Steven Udvarhelyi
Presidente y Director Ejecutivo

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana es una licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association y está constituida como Louisiana Health Service & Indemnity Company

CONTRATO DENTAL PARA INDIVIDUOS

ESTE ES UN CONTRATO DE BENEFICIOS LIMITADOS - LEA CUIDADOSAMENTE

proporcionado por



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

es.bcbsla.com

**BLUE DENTAL
CONTRATO DENTAL PARA INDIVIDUOS**

AVISOS

Si, tras analizar este Contrato, el Suscriptor no queda satisfecho, podrá devolverlo a la Compañía dentro de los diez (10) días de haberlo recibido y se reembolsarán las tarifas que haya pagado el Suscriptor.

Se garantiza que este Contrato es renovable a elección del Suscriptor, siempre que las primas se paguen de acuerdo con los requisitos estipulados en el Contrato y que el Suscriptor cumpla con las disposiciones de la cobertura conforme a este Contrato.

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

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

CONTRATO DENTAL PARA INDIVIDUOS

TABLA DE CONTENIDO

ARTÍCULO I.	CONOZCA LOS FUNDAMENTOS DE SU COBERTURA.....	6
ARTÍCULO II.	DEFINICIONES	7
ARTÍCULO III.	ESQUEMA DE REQUISITOS	12
ARTÍCULO IV.	BENEFICIOS.....	16
ARTÍCULO V.	EXCLUSIONES	20
ARTÍCULO VI.	PREDETERMINACIONES	22
ARTÍCULO VII.	BENEFICIOS ALTERNATIVOS	23
ARTÍCULO VIII.	COORDINACIÓN DE ESTE CONTRATO CON OTRA COBERTURA DENTAL DE LA CUAL ESTE CONTRATO FORMA PARTE	23
ARTÍCULO IX.	PERÍODO DE EXTENSIÓN DE BENEFICIOS DESPUÉS DE LA RESCISIÓN DE LA COBERTURA.....	23
ARTÍCULO X.	DISPOSICIONES GENERALES.....	24
ARTÍCULO XI.	PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES	34

ARTÍCULO I. CONOZCA LOS FUNDAMENTOS DE SU COBERTURA

Los Esquemas de Beneficios Dentales controlan qué beneficios dentales están cubiertos, el Período de Espera correspondiente a cada beneficio y el costo compartido (Deducibles, Coaseguro) correspondiente a cada Beneficio. El Esquema describirá la Sección a la que se aplica. Los beneficios ofrecidos bajo ambas Secciones están limitados tal como se establece en cada Sección.

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 la gestión de la Red Dental, la tramitación y el pago de las reclamaciones y la prestación de servicios de atención al cliente a los Miembros que pueden recibir estos beneficios y a sus representantes legales.

La Red Dental está integrada por un grupo selecto de Proveedores que han contratado a United Concordia Dental para brindar servicios a los Miembros con tarifas de descuento. **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 Contrato, el Miembro debe verificar que el Proveedor es un Proveedor Participante de la Red de United Concordia Dental antes de recibir cualquier servicio. Para encontrar un Proveedor Participante y verificar que sigue participando en la Red Dental de United Concordia 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 Contrato 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. Este importe al que usted podría estar sujeto a pagar, que podría ser considerable, no se acumulará en ningún Máximo de Desembolso en virtud de este Contrato. 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 que se haya contratado entre el Administrador de Reclamaciones 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 Contrato.

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 Contrato durante el Período de Inscripción Especial, el Año de la Póliza podría ser menor a 12 meses, empezando desde la fecha de inscripción hasta el comienzo del próximo año de la póliza.

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 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 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 Contrato de salud, quien tiene o puede tener derecho a un Beneficio bajo dicho Plan.

Beneficios: Cobertura de servicios dentales, tratamientos o procedimientos proporcionados bajo este Contrato. 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 Contrato permitirá para un servicio específico que es cubierto conforme a este Contrato.

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.

Compañía: Se refiere a 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.

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 Contrato;
- C. Cualquier determinación de revisión prospectiva o retrospectiva; o
- D. Una Rescisión de Cobertura.

Deducible: El importe total de Cargos Permitidos que cada Miembro debe pagar de su propio bolsillo por los Servicios Cubiertos dentro de cada Período de Beneficios antes de que se pague cualquier Beneficio bajo este Contrato. El Deducible anual por Período de Beneficios se reflejará en el Esquema de Beneficios Dentales, el cual podría ser eliminado para ciertos servicios.

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.

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

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

Fecha Efectiva: La fecha en que comienza la cobertura de un Miembro bajo este Contrato, como se determina en el Esquema de Requisitos. Los Beneficios comenzarán a las 12:01 a. m. de esta fecha.

Gingivectomía: La extracción quirúrgica de tejido de la encía.

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

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 Contrato antes de que se paguen los beneficios por ciertos Servicios Cubiertos como figura en el Esquema de Beneficios Dentales.

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

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

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 bajo este Contrato. 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.

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 Contrato para el que se proporcionan Beneficios cuando es prestado por 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

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

A. Inscripción

Un Suscriptor y sus Dependientes podrán inscribirse en este Contrato en cualquier momento durante el año. El Suscriptor no podrá reinscribirse a sí mismo o a sus Dependientes por 12 meses (el «Período de Bloqueo») a partir de la Fecha de Expiración si el Suscriptor voluntariamente renuncia al Contrato durante la fecha de renovación o en cualquier otra fecha, o si el Contrato se rescinde por fraude, tergiversación material, o por la falta de pago de la Prima.

Si el Suscriptor rescinde voluntariamente a una cobertura de Suscriptor y Cónyuge, Suscriptor y Familia o Suscriptor e Hijos y un Dependiente del Suscriptor desea continuar con la cobertura, el Dependiente podría presentar una nueva solicitud de cobertura en su propio nombre y será considerado si al menos tiene los 18 años de edad.

B. Requisitos para la afiliación

1. Suscriptor. Un Suscriptor es una persona de al menos 18 años de edad y que ha firmado la solicitud para este Contrato. El Suscriptor debe ser un residente de Luisiana en el momento de hacer la solicitud y mientras esté cubierto.
2. Dependiente. Para poder presentar una solicitud como Dependiente, una persona debe cumplir con los siguientes criterios al momento de la solicitud. 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 cumple con los requisitos para recibir los servicios de la cobertura y que los Beneficios para Dependientes pueden finalizar de la manera descrita en este Contrato:
 - a. Cónyuge
 - b. HIJOS: Un niño menor de veintiséis (26) años que sea uno de los siguientes:
 - (1) hijo del Suscriptor; o
 - (2) legalmente dado en adopción con el Suscriptor; o
 - (3) adoptado legalmente por el Suscriptor; o
 - (4) un niño del que el Suscriptor o su Cónyuge hayan obtenido la custodia legal o provisional por mandato, o un niño del que el Suscriptor o su Cónyuge sean el tutor o tutores designados por el tribunal; o
 - (5) un niño que 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.

C. Clases de Cobertura

Las siguientes clases de cobertura están disponibles bajo este Contrato:

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. La cobertura del Suscriptor y su Familia significa que el Suscriptor, su Cónyuge y uno o más hijos Dependientes están cubiertos.
4. Cobertura de Suscriptor e Hijo (o Hijos) significa que la cobertura será para el Suscriptor y uno o más hijos Dependientes.

D. Fecha de entrada en vigor de la cobertura

1. Una persona puede solicitar la cobertura de este Contrato a través de la Compañía y puede incluir a cualquier Dependiente que cumpla con los requisitos en dicha solicitud.
2. Ninguna persona para quien se solicite cobertura se cubrirá bajo este Contrato a menos que la solicitud de cobertura haya sido aprobada por la Compañía y dicha aprobación haya sido evidenciada por la emisión de una tarjeta de identificación u otro aviso de aprobación por escrito. El pago de primas a la Compañía no hará efectiva la cobertura a menos que se haya emitido una tarjeta de identificación o una aceptación por escrito, en el caso de no existir dicha emisión, la responsabilidad de la Compañía estará limitada al reembolso de las primas pagadas.
3. Cuando una solicitud ha sido aprobada y todas las primas por cobertura han sido pagadas por adelantado como se requiere en este Contrato, la cobertura comenzará en la fecha que la Compañía asigna como Su Fecha Efectiva. No se pagarán Reclamaciones de los servicios realizados previos a Su Fecha Efectiva.

E. Inscripción especial

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

1. Los siguientes son algunos ejemplos de eventos de inscripción especial para este Contrato:

- a. Pérdida de la «cobertura esencial mínima» durante el año como consecuencia de:

- (1) Pérdida de los requisitos para recibir cobertura bajo otro plan en el que la persona estaba inscrita, como resultado del fallecimiento, divorcio o la pérdida del estatus como dependiente bajo el plan de salud;

- (2) Cambio de residencia a un área que no está cubierta por el plan de salud bajo el cual la persona estaba inscrita;
- (3) Otro plan dental deja de ofrecer beneficios a una cierta clase de personas con situaciones similares, de los cuales la persona era miembro;
- (4) El cese de contribuciones por parte del empleador para la cobertura de una persona bajo otro plan dental en el cual la persona estaba inscrita; y
- (5) Agotamiento de la continuación de cobertura COBRA.

Una persona que solicita inscripción especial bajo esta sección debido a la pérdida de otra cobertura mínima debe solicitar inscripción bajo este Contrato dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha en que finaliza la otra cobertura (o luego de que el empleador cese de hacer contribuciones hacia la otra cobertura). Si Blue Cross and Blue Shield of Louisiana recibe dicha inscripción dentro de los sesenta (60) días posteriores a la pérdida de la otra cobertura, la cobertura entrará en vigor en la fecha en que se perdió la otra cobertura. La solicitud será denegada y la cobertura no estará disponible si Blue Cross and Blue Shield of Louisiana no recibe el formulario de solicitud de inscripción dentro de sesenta (60) días tras la pérdida de la otra cobertura.

- b. Un Plan Médico Calificado viola una disposición relevante de su contrato.
 - c. El Suscriptor adquiere un Dependiente o se convierte en Dependiente por medio de matrimonio, nacimiento, adopción, entrega en adopción o mandato que otorga la custodia legal o provisional del niño o nieto. El Período de Inscripción Especial descrito en este apartado es un período de sesenta (60) días y comienza en la fecha que sea más tarde entre la fecha en la cual la cobertura para el Dependiente esté disponible o la fecha del matrimonio, nacimiento, de la adopción, la entrega legal para adopción o del mandato otorgando custodia legal o provisional de un niño o nieto. Las primas podrán ser ajustadas para la cobertura adicional. Su solicitud para inscribirse Usted o a otras personas como resultado de estos eventos, debe ser recibida por Blue Cross and Blue Shield of Louisiana dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha del evento. Si la solicitud de inscripción no se hace de manera oportuna, la solicitud será denegada.
2. Su solicitud para inscribirse a sí mismo a otros Dependientes calificados debe ser recibida por Blue Cross Blue Shield of Louisiana dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha del evento. Si la solicitud de inscripción no se hace a tiempo, se denegará la solicitud.

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

- a. Medicare.
- b. Medicaid.
- c. Programa de Seguro Médico Estatal para Niños (CHIP).
- d. Cobertura de salud proporcionada por las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos conforme al Capítulo 55 del Título 10 del Código de los Estados Unidos, inclusive Tricare.
- e. Programa de cobertura de salud proporcionada por la Secretaría de Asuntos de Veteranos de los EE.UU., en coordinación con la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. bajo los Capítulos 17 y 18 del Título 38 del Código de los Estados Unidos.

- f. El plan médico para los voluntarios del Cuerpo de Paz bajo la Sección 2504(e) del Título 22 del Código de los Estados Unidos.
- g. El Programa de Beneficios de Salud de Fondos no Asignados del Departamento de Defensa de los EE.UU., establecido bajo la Sección 349 de la Ley de Autorización de Defensa Nacional para el Año Fiscal 1995.
 - (1) Los planes de salud comprados en el mercado individual de seguros de salud dentro de un Estado de los Estados Unidos.
 - (2) Cobertura bajo el fondo común de riesgo de beneficios de salud en un estado de los Estados Unidos.
 - (3) Un plan de salud que cumple las condiciones patrocinado por el empleador ofrecido en los mercados de grupos pequeños o grandes dentro de un Estado de los Estados Unidos, o un plan de salud del gobierno, el cual no es un «beneficio exceptuado».

Cualquier otro plan reconocido como «cobertura esencial mínima» por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., en coordinación con la Secretaría del Tesoro de los EE.UU., a los efectos del Código de Impuestos Internos Sección 5000A.

3. Cobertura Automática para Recién Nacidos durante los Períodos de Inscripción Especial

Existe un período de un mes de cobertura automática para recién nacidos biológicos o adoptados. Cualquier período de cobertura automática para Recién Nacidos coincide con el Período de Inscripción Especial para solicitarnos a Compañía de Seguros que se agreguen a estos niños a este Contrato.

- a. Recién Nacidos: Si nace un niño de un Afiliado cubierto bajo este Contrato, se aplican las siguientes disposiciones:
 - (1) Dicho niño recibirá cobertura automáticamente durante un mes desde al nacimiento o hasta que el niño sea dado de alta del hospital o la unidad de atención médica especial neonatal, el período que sea más largo. Este es el período de cobertura automática. Este período de cobertura automática para el niño se proporcionará si Usted notifica el nacimiento de su hijo a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. La cobertura del niño continuará hasta que finalice el período de cobertura automática, salvo que la Compañía determine lo contrario o si el Recién Nacido se agrega a este Contrato como un Dependiente. Para contratar la cobertura se debe presentar la solicitud a la Compañía, se debe pagar las primas requeridas para la cobertura y completar cualquier formulario exigido.
 - (2) Si la solicitud de inscripción no se recibe dentro de este período de un mes, la cobertura del niño finalizará cuando expire el período de cobertura automática. Cualquier solicitud posterior para agregar al Recién Nacido a la cobertura debe realizarse conforme a una disposición de inscripción especial.
- b. Recién Nacidos adoptados: si en el plazo de un mes tras el nacimiento del niño, este es entregado legalmente en adopción al Suscriptor tras un acto voluntario para entregar la custodia al Suscriptor o su representante legal, lo cual se convierte en un acto irrevocable, o sujeto a una orden judicial que otorga la custodia a un Suscriptor, se aplicarán las siguientes disposiciones:
 - (1) El recién nacido adoptado recibirá cobertura automática durante un mes. El período de un mes comienza en la fecha de la entrega legal en adopción al Suscriptor de la orden de custodia o, si se trata de un recién nacido con una enfermedad, desde la fecha en que el niño podría haber sido entregado en adopción al Suscriptor si no hubiera estado enfermo,

hasta que el niño sea dado de alta del hospital o la unidad de atención médica especial neonatal, el período que sea más largo. La cobertura del niño continuará hasta que finalice el período de cobertura automática, salvo que la Compañía determine lo contrario o si el Recién Nacido se agrega a este Contrato como un Dependiente. Para contratar la cobertura se debe presentar la solicitud a la Compañía, se debe pagar las primas requeridas para la cobertura y completar cualquier formulario exigido.

- (2) Si la solicitud de inscripción no se recibe dentro de este período de un mes, la cobertura del niño finalizará cuando expire el período de cobertura automática. Cualquier solicitud posterior para agregar al Recién Nacido Adoptado a la cobertura debe realizarse durante la Inscripción o conforme a otra disposición de inscripción especial.

F. Como Realizar Cambios (Cambios de Miembros de la Familia) en Su Contrato

Este Esquema de Requisitos le permite saber en qué momento puede agregar más Miembros de la familia a Su Contrato. Si Su cobertura fue adquirida mediante un agente o a través de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, deberá realizar todas las modificaciones de la póliza a través del agente o a través de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. La Tarjeta de cambio de estatus es el documento que debemos recibir para inscribir a familiares que no figuren en Su formulario original de solicitud e inscripción. La Tarjeta de Cambio de Estatus se utiliza para añadir a los recién nacidos, los recién nacidos adoptados, o añadir o cancelar a un Cónyuge u otros Dependientes. 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 la Tarjeta de Cambio de Estatus requerida dentro de los plazos que se establecen en el Esquema de Requisitos, es posible que Su cobertura de seguro no se amplíe para que incluya Miembros adicionales de su familia o los miembros de la familia no podrán ser eliminados de la cobertura. Es particularmente importante completar y enviar la *Tarjeta de Cambio de Estatus* cuando Su primer Dependiente pasa a tener derecho a la cobertura o cuando Usted ya no tenga Dependientes que cumplan con los requisitos. También se requiere Una Tarjeta de Cambio de Estatus para eliminar Miembros de la familia existentes indicados en Su solicitud original o formulario de inscripción, o que se muestran como cubiertos en Nuestros registros.

ARTÍCULO IV. BENEFICIOS

Este Contrato tendrá un Deducible que se aplicará a cada Miembro. El «Deducible por Miembro» es el monto de los gastos en los Beneficios cubiertos que cada Miembro tendrá que pagar de su propio bolsillo durante el Período de Beneficios antes de que este Contrato comience a pagar los Beneficios.

Este Contrato tiene un «Beneficio Máximo Anual por Miembro». Una vez que este Contrato pague Beneficios en esa cantidad para un Miembro, no se cubrirán más Beneficios por el Período de Beneficios restante para ese Miembro.

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

El Deducible correspondiente por Miembro, el Beneficio Máximo Anual por Miembro y el Coaseguro por cada Beneficio se divulgarán en el Esquema de Beneficios Dentales.

Después del cumplimiento del Deducible y sujeto al Coaseguro y Beneficio Máximo Anual por Miembro, este Contrato 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
- b. 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
- c. Las evaluaciones detalladas por un problema específico se limitan a una (1) cada doce (12) meses por diagnóstico calificado.
- d. Las evaluaciones limitadas a un problema específico se limitan a una (1) cada doce (12) meses.

Las Consultas son servicios de diagnóstico proporcionados por un Dentista o médico que no sea el practicante que proporciona el tratamiento dental y se limitan a una (1) cada doce (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. Radiografías intraorales oclusales limitadas para Miembros menores de 8 años y limitadas a dos (2) cada doce (12) 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 tres (3) años.

6. Tratamiento de Emergencia (Paliativo)

Limitado a 2 por 12 meses, en combinación con desbridamiento de la pulpa.

B. Servicios Básicos

1. 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.
2. Restauraciones básicas (amalgama y resina)
 - 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.
3. 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 (1) por diente de por vida.
4. Tratamiento de Conducto Radicular
 - a. Limitada a uno (1) por diente de por vida.
5. Periodoncia no quirúrgica
 - a. Raspado y alisado radicular, limitado a uno (1) cada veinticuatro (24) 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.
6. Periodoncia Quirúrgica
 - a. Los procedimientos periodontales quirúrgicos se limitan 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. Gingivectomía o gingivoplastia, limitado a uno cada treinta y seis (36) meses;
 - d. Procedimiento de colgajo gingival limitado a una vez cada treinta y seis (36) meses;
 - e. Regeneración tisular guiada limitada a una (1) por cada diente de por vida.

- f. Cirugía ósea, limitada a una vez (1) cada seis (36) meses;
 - g. Injerto de tejido blando del pedículo, limitado a uno cada 36 meses;
 - h. Injerto de tejido blando libre, limitado a uno (1) cada treinta y seis (36) meses;
 - i. Injerto de tejido conectivo subepitelial, limitado a uno cada 36 meses;
 - j. Desbridamiento de toda la boca para permitir evaluación y diagnóstico integral, limitado a uno (1) de por vida.
7. Extracciones Simples
8. Extracciones Quirúrgicas
- a. Extracción quirúrgica del diente erupcionado con elevación del colgajo mucoperióstico y extracción del hueso o la sección del diente.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.

ARTÍCULO V. EXCLUSIONES

Solo los códigos de procedimiento de la Asociación Dental Estadounidense están cubiertos bajo este Contrato. Excepto como se establece específicamente en este Contrato y Esquema de beneficios dentales, no se proporcionará cobertura bajo esta sección para servicios, suministros o cargos que presenten las siguientes características y aplicaciones:

1. Específicamente descrito en el Esquema de Beneficios Dentales como «No Cubierto».
2. Hayan comenzado antes de la Fecha de entrada en vigor del Miembro o después de la Fecha de rescisión de la cobertura bajo este Contrato, incluidos, entre otros, los procedimientos de visitas múltiples como endodoncia, coronas, puentes, incrustaciones, recubrimientos y dentaduras postizas.
3. 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).

4. La responsabilidad de cualquier ley federal o estatal de compensación a los trabajadores o programas relacionados, incluyendo, pero sin limitarse a, la Ley Jones, la Ley Federal de Responsabilidad de los Empleadores, la Ley Federal de Compensación a los Empleados, la Ley de Compensación a los Trabajadores Marítimos y Portuarios, la Ley de Beneficios para el Pulmón Negro, el Programa de Compensación de Enfermedades Ocupacionales de los Empleados de Energía y el Artículo 23 de los Estatutos Revisados de Luisiana, esté o no vigente la cobertura de dichas leyes o programas, la responsabilidad del seguro de responsabilidad del empleador, o por el tratamiento de cualquier lesión relacionada con el automóvil en la que el afiliado tenga derecho a un pago bajo una póliza de seguro de automóvil. Los beneficios del Administrador de Reclamaciones superarían los beneficios de terceros y, por lo tanto, el Administrador de Reclamaciones tendría 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.
5. Sean medicamentos con receta o sin receta, vitaminas o suplementos dietéticos.
6. Administración de óxido nítrico o de sedación intravenosa.
7. 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).
8. Sean procedimientos electivos (que incluye, entre otros, la extracción profiláctica de terceros molares).
9. 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).
10. Sean implantes dentales y cualquier cirugía relacionada, colocación, restauración, prótesis (excepto coronas de implantes simples), mantenimiento y extracción de implantes, a menos que se indique específicamente en este Contrato.
11. 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.
12. Sean para el tratamiento de fracturas y dislocaciones del maxilar.
13. Sean para el tratamiento por mala alineación o neoplasmas.
14. 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.
15. Sean para el reemplazo o reparación de prótesis o aparatos de ortodoncia por pérdida, robo o daño.
16. Sean restauraciones preventivas.
17. Sean para la colocación de una férula periodontal en los dientes a través de cualquier método.
18. Sean dentaduras o prótesis duplicadas o cualquier otro dispositivo duplicado.
19. En la ausencia del seguro, se utilicen para que el Miembro no incurra en gastos.

20. Sean para programas de control de placas, asesoramiento para fumadores, higiene oral e instrucciones nutricionales.
21. 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.
22. Sean tratamientos y aparatos para el bruxismo (rechinar los dientes por la noche).
23. Sean para cualquier reclamación presentado al Administrador de Reclamaciones por el Miembro o en representación de este por más de quince (15) meses posteriores a la fecha de servicio.
24. 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).
25. 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.
26. Sean procedimientos y técnicas especializados (que incluyen, entre otros, aditamento de precisión, casquetes y endodoncias intencionales).
27. Sean tarifas por visitas perdidas.
28. 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.
29. Sean para el tratamiento de ortodoncia.

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 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 CONTRATO CON OTRA COBERTURA DENTAL DE LA CUAL ESTE CONTRATO FORMA PARTE

Si un Miembro cuenta con otra cobertura para Beneficios dentales, y este Contrato se ofrece junto con esa otra cobertura dental o como un complemento de aquella, 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 monto 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

La cobertura dental bajo esta Sección 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 de treinta y un (31) días posteriores a la finalización de la cobertura.

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

- Aparatos o modificaciones a los aparatos: en la fecha en que el aparato o la prótesis se coloca de forma permanente;
- Coronas, dentaduras o puentes: en la fecha en que se toma la impresión;
- Para el tratamiento del Conducto Radicular -- en la fecha en que se abre la cámara pulpar; o
- Todos los demás gastos dentales -- en la fecha en que se proporciona el servicio o se provee el suministro.
- Para el tratamiento de ortodoncia, si se encuentra cubierto por el Plan, la cobertura se extenderá hasta el final del mes de la Fecha de Expiración del Miembro.

ARTÍCULO X. DISPOSICIONES GENERALES

A. Este Contrato

1. Este Contrato, la Solicitud que expresa todo el dinero y otras consideraciones de cobertura, el Esquema de Beneficios Dentales y cualquier enmienda o suplemento, constituyen la totalidad del Contrato entre las partes.
2. Este Contrato se garantiza renovable a opción del Suscriptor, sujeto a las condiciones para la afiliación y a posteriores condiciones realizadas por la Compañía. El Suscriptor expresa su deseo de continuar la cobertura mediante el pago puntual de cada una de las primas, a medida que vencen. Nosotros renovaremos o continuaremos la cobertura bajo este Contrato cada mes, a Su preferencia.
3. La Compañía se reserva el derecho de entrar en acuerdos contractuales con subcontratistas, proveedores de atención médica o terceras partes en relación con este Contrato. Cualquiera de las funciones que deba llevar a cabo la Compañía según este Contrato podrá ser realizada por nosotros o cualquiera de nuestras filiales, sucursales, subcontratistas o personas designadas.
4. Nuestra responsabilidad se limita a los Beneficios especificados en este Contrato. Los Beneficios de los Servicios Cubiertos detallados en este Contrato se prestarán únicamente para servicios y suministros prestados a partir de su Fecha de entrada en vigor por un Proveedor incluido en este Contrato y regularmente incluidos en los cargos de dicho Proveedor.

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

Correo electrónico: Section1557Coordinator@bcbsla.com

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

- Las Quejas Formales se deben enviar al coordinador de la Sección 1557 en un plazo de 60 días desde la fecha en la que usted tenga conocimiento de la presunta acción discriminatoria.
- La queja debe ser por escrito y debe incluir Su nombre y dirección. La queja debe indicar el problema o la acción que se alega es discriminatoria y el remedio o la protección legal que se busca.

- El Coordinador de la Sección 1557 investigará la queja. Esta investigación puede ser informal, 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. Sin responsabilidad por las acciones de los proveedores

No seremos responsables por o a cuenta de cualquier culpa, acto, omisión, negligencia, extralimitación, infracción o mala práctica por parte de cualquier Hospital u otra institución, o cualquier agente o empleado de esta, o por parte de cualquier Dentista, Médico, Proveedor Asociado, enfermero, técnico, asistente u otra persona que participa en o que tiene que ver con Su atención o tratamiento.

D. Tarjetas de identificación

Emitiremos una tarjeta de identificación para Usted. Usted debe presentar Su tarjeta de identificación cada vez que se presten Servicios Cubiertos. Las tarjetas de identificación no son transferibles. El uso no autorizado de la tarjeta de identificación por cualquier otra persona puede resultar en la rescisión de Su cobertura. La tarjeta de identificación sólo sirve para identificar al Miembro cubierto y no confiere ningún derecho a Servicios Cubiertos o Beneficios. Para tener derecho a los Servicios o Beneficios Cubiertos, el titular de una tarjeta de identificación debe ser, de hecho, un Miembro en cuyo nombre se hayan pagado efectivamente todas las primas que correspondan. Un Miembro debe llevar la tarjeta de identificación

consigo en todo momento para garantizar el rápido recibo de los Servicios Cubiertos. Si pierde o le roban una tarjeta, háganoslo saber de inmediato.

E. Cambios en el Contrato

Sujeto a las leyes vigentes, ningún agente podrá cambiar este Contrato salvo por enmienda o endoso emitido por Nosotros para formar parte de este Contrato. Esta enmienda o endoso debe ser firmado por uno de Nuestros ejecutivos o su delegado. Ninguna representación de ningún agente del Plan cambiará en ningún momento los términos de este Contrato. Los cambios entrarán en vigor al renovar este Contrato y serán precedidos por una notificación que Usted recibirá en un plazo de menos de sesenta (60) días.

F. Fecha de vencimiento del pago de las primas

1. Las Primas vencen y deben pagarse por adelantado por el Suscriptor 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 del primer Año de la Póliza de este Contrato y en la misma fecha cada mes a partir de entonces. Esa será la fecha de vencimiento de la prima. Este Contrato es renovable mensualmente mediante el pago oportuno de cada prima conforme vence.
2. Los Suscriptores deben pagar las primas. Las primas no pueden ser pagadas por terceros, a menos que estén relacionados con el Suscriptor por sangre o matrimonio. Las primas no pueden ser pagadas por hospitales, farmacias, dentistas, médicos, compañías de seguros de automóviles u otras compañías de seguros. La Compañía no aceptará pagos de primas por parte de terceros a menos que sea requerido por la ley hacerlo. El hecho de que hayamos aceptado previamente una prima de parte de un tercero no relacionado no quiere decir que aceptaremos las primas de dichas partes en el futuro. La Compañía aceptará el pago adelantado del crédito fiscal para las primas del gobierno federal
3. Si una prima no es pagada a su vencimiento, Nosotros podríamos acordar aceptar una prima tardía. No estamos obligados a aceptar el pago tardío de la prima. El hecho de que hayamos aceptado previamente una prima tardía no significa que aceptaremos una prima tardía en el futuro. 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.

G. Cambio en el importe de la Prima

1. Este Contrato se podrá renovar a Su opción. Toda renovación de este Contrato estará sujeta a cambios basados en el monto de la prima según las tarifas que apliquen en ese momento.
2. Salvo lo dispuesto en el párrafo siguiente, le notificaremos a Usted por escrito de un cambio en prima con cuarenta y cinco (45) días de anticipación, a Su última dirección reflejada en Nuestros registros. Cualquier cambio en la prima será efectiva en la fecha especificada en la notificación. Si sigue pagando la prima constituirá la aceptación del cambio.
3. Las primas están garantizadas para el Año de la Póliza. Sin embargo, en cualquier momento durante la vida del Contrato, nos reservamos el derecho de cambiar las primas más a menudo debido a un cambio en el alcance o la naturaleza del riesgo que no se consideró previamente en el proceso de determinación de tarifas. Este riesgo incluye, pero no se limita a, la adición de una persona recién cubierta. Además, nos reservamos el derecho de cambiar la prima si Usted solicita

un cambio en los Beneficios del Contrato de lo que estaba en vigor en el momento de la última determinación de tarifas.

4. Si Su edad fue declarada erróneamente, cualquier monto a pagar o cualquier indemnización acumulada bajo este Contrato deberá ser igual como la prima pagada si se hubiese comprado a la edad correcta. Un error administrativo no anulará un seguro que debe estar en vigor ni extenderá un seguro que debería haber finalizado.
5. Si se cobran primas para personas que no son usuarios de tabaco cuando deberían haberse cobrado primas para usuarios de tabaco, la Compañía puede ajustar las primas retroactivamente y cobrar las primas que correspondan.

H. Derecho que tiene el Suscriptor de Cancelar este Contrato

1. El Suscriptor puede cancelar este Contrato mediante notificación por escrito a la Compañía, según sea el caso, al menos catorce (14) días antes de la fecha de cancelación.
2. Si se proporciona aviso por escrito a la Compañía, debe enviarse a la Compañía a la oficina principal, atención «Individual Membership and Billing» (Membresía Individual y Facturación):

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
A la atención de: Individual Membership and Billing
P. O. Box 98029
Baton Rouge, LA 70898-9029

3. EL SUSCRIPTOR NO PODRÁ CANCELAR VERBALMENTE ESTA COBERTURA. LA NOTIFICACIÓN ESCRITA DE CANCELACIÓN DEL SUSCRIPTOR DEBE ESTAR ACOMPAÑADA DE LA DEVOLUCIÓN DE ESTE CONTRATO. Si la notificación por escrito del Suscriptor a la Compañía de su intención de cancelación no viene acompañada de la póliza que se entrega, el aviso de cancelación del Suscriptor a la Compañía se considerará que incluye la declaración del Suscriptor acerca de que realizó un intento de buena fe para localizar su Contrato y que la misma no está siendo devuelta porque se extravió o destruyó.
4. Si el Suscriptor envía un aviso de cancelación a la Compañía, el Contrato será cancelado efectivo a la fecha que sea catorce (14) días desde la fecha de notificación de cancelación del Suscriptor o cualquier fecha posterior solicitada por el Suscriptor en su notificación escrita a la Compañía, o en una fecha requerida por la ley.

I. Derecho de la Compañía de Finalizar este Contrato por falta de pago de Primas

1. Las primas deberán ser pagadas por adelantado antes de recibir la cobertura. El Suscriptor se considera en mora si las primas no se pagan en la fecha de vencimiento.
2. Los Suscriptores tienen un período de gracia de treinta (30) días a partir de la fecha de vencimiento de la prima. Si recibimos la prima durante el período de gracia, la cobertura permanece vigente conforme a las disposiciones del Contrato. Si Nosotros no recibimos la prima adeudada durante el período asignado, enviaremos un aviso de morosidad o rescisión a la dirección que tengamos en nuestros registros. También podremos enviar por correo un aviso de cancelación a la dirección del Suscriptor que figura en nuestros registros, podremos cancelar el Contrato automáticamente sin la necesidad de notificar al Suscriptor si no recibimos el pago de la prima de parte del Suscriptor en Nuestra oficina central dentro de los treinta (30) días de la fecha de vencimiento (durante el período de morosidad). Si cancelamos este Contrato por falta de pagos de primas, la cancelación será efectiva a la medianoche del último día para el cual se han pagado las primas. La Compañía no será responsable del pago de Beneficios por los servicios prestados después de la última fecha

hasta la cual se hayan pagado las primas. La Compañía no tendrá ninguna obligación de garantizar la cobertura posterior al Suscriptor o a sus Dependientes durante el Año de la Póliza.

J. El Derecho de la Compañía a Rescindir la Cobertura, Cancelar o No-Renovar el Contrato por razones distintas a la falta de pago de la Prima

1. Causas de la rescisión (terminación retroactiva) de este Contrato:

El Suscriptor o un Miembro Cubierto realice un acto o práctica que constituya fraude, o hace una tergiversación intencional de un hecho material bajo los términos de este Contrato. La emisión de este Contrato está condicionada a las representaciones y las declaraciones contenidas en la solicitud. Todas las representaciones hechas en la solicitud son de importancia relativa a la emisión de este Contrato. Toda 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 intencional de hechos materiales.

Si inscribe a alguien que no cumple los requisitos para la cobertura, se considerará un acto de fraude o tergiversación intencional de los hechos materiales. En tal caso, la Compañía dará aviso por escrito al Suscriptor por correo certificado con treinta (30) días de antelación, e incluirá el motivo de la rescisión. La rescisión podría ser retroactiva a la Fecha de entrada en vigor de la cobertura.

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

- a. El Suscriptor no cumple con una disposición material del plan o con una obligación en virtud del presente Contrato. En tal caso, la Compañía dará aviso por escrito al Suscriptor por correo certificado con sesenta (60) días de antelación, e incluirá la razón de la rescisión o no renovación. La fecha de entrada en vigor de la rescisión o no renovación será proporcionada en la notificación.
- b. Un Miembro ya no vive o reside en el área de servicio donde la Compañía está autorizada para hacer negocios. En tal caso, la Compañía dará aviso por escrito al Suscriptor por correo certificado con sesenta (60) días de antelación, e incluirá la razón de la rescisión o no renovación. La fecha de entrada en vigor de la rescisión o no renovación será proporcionada en la notificación.
- c. La Compañía deja de ofrecer este producto o cobertura en el mercado de seguros médicos. En tal caso, la Compañía dará aviso por escrito al Suscriptor por correo regular con noventa (90) días de antelación, e incluirá la razón de la cancelación o no renovación. La fecha de entrada en vigor de la rescisión o no renovación será proporcionada en la notificación.
- d. Un Miembro cumple de nuevo con los requisitos para inscribirse en un plan de Medicaid, Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP en inglés) o Programa Básico de Salud (BHP en inglés). En tal caso, la cobertura será cancelada efectiva al día antes de que la cobertura en el Plan de Medicaid, CHIP o BHP empiece.

K. Terminación de la Cobertura de un Miembro

1. La cobertura finalizará al final del período para el cual se han pagado las primas. No habrá Beneficios disponibles para Servicios Cubiertos prestados después de la fecha de la rescisión de la cobertura.
2. 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.

3. La cobertura para Dependientes finalizará automáticamente, sin previo aviso, al final del año en el que el Dependiente deje de ser un Dependiente cualificado, a menos que se indique lo contrario expresamente en el presente Contrato o conforme a lo dispuesto por la ley. Es necesario pagar las primas para mantener la cobertura hasta que la persona Dependiente deje de cumplir los requisitos.
4. A la muerte del Suscriptor, toda la cobertura de este Contrato terminará para todas las personas cubiertas en el Contrato. La cancelación es automática y sin previo aviso. La cancelación será efectiva al final del período de facturación en el que se produjo la muerte del Suscriptor, si las primas se han pagado hasta ese ciclo de facturación.
5. En el caso de las circunstancias contempladas en los puntos anteriores 2, 3 o 4, el cónyuge u otros Dependientes cubiertos pueden elegir continuar la cobertura. El Miembro deberá notificarnos a Nosotros del deseo de continuar con la cobertura. La notificación debe ser recibida por una oficina de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana dentro de los treinta (30) días después de la fecha de cancelación.
6. En el caso de que Usted se mude fuera de Nuestra Área de Servicio con la intención de reubicarse o establecer una nueva residencia fuera de Nuestra Área de Servicio, Su cobertura será cancelada.
7. Nos reservamos el derecho de cambiar automáticamente la clase de la cobertura y cobrar la prima adecuada sobre este Contrato para reflejar la membresía en el Contrato.

L. 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.

El Administrador de Reclamaciones y los Proveedores Participantes han llegado a acuerdos que eliminan la necesidad de que el Miembro presente personalmente una Reclamación de 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 Usted quien haga la presentación de la Reclamación directamente a la Compañía, la siguiente información le será de utilidad para que Usted complete correctamente el formulario de Reclamación.

Nosotros, al recibir un aviso de reclamación, le proporcionaremos los formularios que usualmente proveemos para presentar pruebas de pérdida. Si dichos formularios no se presentan dentro de los quince (15) días después de la notificación, se considerará que Usted ha cumplido con los requisitos de este Contrato como prueba de pérdida una vez presentados, dentro del plazo fijado en este Contrato para presentar una prueba de pérdida, cualquier prueba escrita afirmativa que cubra la ocurrencia, el carácter y la extensión de la pérdida para la cual se hace la reclamación.

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

Su tarjeta de identificación de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana muestra la manera en que Su nombre aparece en los registros de la Compañía. (Si Usted tiene cobertura para Dependientes, el/los nombre/s se registran como Usted los escribió en Su solicitud de inscripción). La tarjeta de identificación también incluye Su número de Contrato (N.º de ID). Dicho número es la identificación para acceder a Sus registros de Membresía, y debemos recibirlo cada vez que se presente una Reclamación.

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

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

Si Usted necesita enviarnos documentación, por favor envíela a:

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

M. Legislación vigente y política de conformidad

Este Contrato se regirá e interpretará de acuerdo con las leyes y reglamentos del Estado de Luisiana, excepto cuando sea precedido por la ley federal. Este Contrato no está sujeto a normativa por parte de ningún estado que no sea el Estado de Luisiana. Si alguna disposición de este Contrato está en conflicto con alguna ley vigente del Estado de Luisiana o de los Estados Unidos de América, el Contrato se modificará automáticamente para cumplir con los requisitos mínimos de la ley. Cualquier acción legal presentada contra el Plan debe presentarse en el tribunal correspondiente del Estado de Luisiana.

N. 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.

O. Divulgación de la información

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

P. Asignación

Los derechos y beneficios de un Miembro bajo este Contrato son personales, y el Miembro no podrá cederlos de forma total o parcial. No reconoceremos las asignaciones o intentos de asignaciones de los beneficios. Nada de lo contenido en la descripción escrita de la cobertura de salud deberá interpretarse para hacer responsable al plan de salud o a Nosotros ante cualquier tercero ante el cual el Miembro sea responsable por el costo de atención dental, tratamiento o servicios.

Q. Relación entre el Miembro y el Proveedor

1. La elección de un Proveedor es enteramente Suya.
2. Nosotros y todos los Proveedores Participantes somos contratistas independientes entre sí, y no seremos considerados como agentes, representantes o empleados el uno del otro para ningún propósito en absoluto. Blue Cross and Blue Shield of Louisiana no presta Servicios Cubiertos sino que sólo paga por los Servicios Cubiertos que Usted recibe. Nosotros no somos responsables de ninguna acción u omisión de cualquier Proveedor, ni de ningún Reclamación o demanda a causa de daños que surjan de, o de cualquier manera relacionada con, las lesiones sufridas por Usted mientras recibe atención de cualquier Proveedor de la Red o en cualquiera de las instalaciones de los Proveedores de la Red. No tenemos ninguna responsabilidad por el incumplimiento o la negativa de un Proveedor a prestarle los Servicios Cubiertos.
3. El uso o no uso de un adjetivo como «de la Red», «Participante», o «No Participante» en referencia a un Proveedor, no es una declaración acerca de la capacidad del Proveedor.

R. Subrogación

1. En la medida en que los Beneficios de Servicios Cubiertos sean provistos o pagados conforme a este Contrato, Nosotros nos subrogaremos y sucederá a Su derecho de recuperar el monto pagado según este Contrato contra 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 a obtener un reembolso estará subordinado al derecho Suyo a «ser compensado». Nosotros aceptamos que seremos responsables de Nuestra responsabilidad proporcional de los honorarios razonables de abogados y los costos que Usted haya pagado para procurar su recuperación.
2. Usted nos reembolsará todas las cantidades recuperadas por una demanda, acuerdo o de algún otro modo de parte de cualquier persona, organización u otra compañía aseguradora, incluso cuando dicha compañía aseguradora otorgue Beneficios directamente a un Afiliado que es su asegurado, según el alcance de los Beneficios proporcionados o pagados en virtud de este Contrato. Nuestro derecho de recuperación estará subordinado a Su derecho a «ser compensado». Nosotros aceptamos que seremos responsables de Nuestra responsabilidad proporcional de los honorarios razonables de abogados y los costos que Usted haya pagado para procurar su recuperación.
3. Usted deberá iniciar la acción, proveer información y asistencia, y hacer cumplir dichos documentos de la manera en que se lo solicitamos, a fin de facilitar el cumplimiento de Nuestros derechos, y no llevará a cabo acciones que perjudiquen Nuestros derechos e intereses conforme a este Contrato. La Compañía y sus designados tienen el derecho de obtener y revisar Sus registros médicos y de facturación, si la Compañía determina a su criterio que dichos registros podrían ser útiles para procurar su derecho de subrogación o reembolso.
4. Usted está obligado a notificarnos cualquier Lesión Accidental.

S. Derecho de reembolso

Siempre que hayamos realizado algún pago por Servicios Cubiertos por un importe que supere los Beneficios máximos disponibles para dichos servicios, conforme a este Contrato o sobrepase el Cargo Permitido, o siempre que hayamos realizado un pago por error en concepto de Servicios no Cubiertos, tendremos el derecho de recuperar ese pago de Usted o, si corresponde, del Proveedor. Como alternativa, Nos reservamos el derecho de deducir de toda Reclamación de pago pendiente en este Contrato cualquier monto que Usted o el Proveedor nos adeude.

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

En el caso en que el Departamento de Asuntos de los Veteranos proporcione a un veterano atención o servicios por una discapacidad no relacionada con el servicio, los Estados Unidos tendrán el derecho de recuperar o cobrarnos el costo razonable de dicha atención o servicios, en la medida que el veterano cumpla con los requisitos para recibir Beneficios por dicha atención o servicios de Nosotros, si la atención o los servicios no se prestaron en un departamento o una agencia de los Estados Unidos. La cantidad que los Estados Unidos pueda recuperar se reducirá en el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

Los Estados Unidos tendrán derecho a cobrarnos el costo razonable de los servicios de atención médica dental en que incurran los Estados Unidos en nombre de un militar jubilado o un Dependiente a través de un centro del ejército de los Estados Unidos, en la medida en que el jubilado o Dependiente tengan derecho a recibir un reembolso o una indemnización por Nuestra parte si el jubilado o Dependiente incurrieran en ese costo en su propio nombre. La cantidad que los Estados Unidos pueda recuperar se reducirá en el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

U. 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 para que vote en estos asuntos importantes. El pago de cada prima extiende la efectividad del apoderado a menos que se revoque por parte del titular de la póliza. El titular de la póliza podrá revocar al apoderado emitiendo una notificación por escrito donde conste la revocación. Esta revocación podrá ser en cualquier forma escrita, ya sea para revocar al apoderado o designar a uno distinto, y se Nos debe enviar a:

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

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

V. Extensión de las Limitaciones de Tiempo

Si alguna limitación para dar notificación de una Reclamación o traer cualquier acción en este Contrato es menor que la permitida por el estado, distrito o territorio donde usted reside en el momento en que se emite este Contrato, la limitación se extiende para cumplir con la ley.

W. Responsabilidad de los afiliados al Plan

Usted reconoce explícitamente Su entendimiento de que este Contrato constituye un Contrato únicamente entre Usted y Blue Cross and Blue Shield of Louisiana (el «Plan») que 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»), permitiendo al Plan que use las Marcas Blue Cross and Blue Shield en el Estado de Luisiana, y que el Plan no realiza el contrato como agente de la Asociación. Usted también reconoce y acepta que no forma parte de este Contrato basándose en las representaciones de ninguna persona que no sea el Plan y que ninguna persona, entidad u organización que no sea el Plan será responsable ante Usted por ninguna de las obligaciones del Plan creadas hacia Usted bajo este Contrato. Este párrafo no crea ninguna obligación adicional alguna por parte del Plan salvo las creadas en virtud de otras disposiciones del presente Contrato.

X. Servicios fuera del área

United Concordia Dental tiene una red dental que va más allá del Estado de Luisiana, y se extiende a todos los cincuenta (50) estados continentales, Hawaii, el Distrito de Columbia y algunos territorios de los Estados Unidos. Como Miembro de este Contrato usted tiene acceso a esta red. **Por favor visite www.ucci.com** o llame al 1-866-445-5338 para solicitar información sobre Proveedores Participantes cerca de usted.

Los beneficios bajo este Contrato no están disponibles a través del Programa BlueCard® de Blue Cross and Blue Shield Association.

Y. Nuestro derecho a ofrecer incentivos a las primas

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

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

ARTÍCULO XI. PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES

Deseamos saber cuándo Usted 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 por escrito 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

La pauta de calidad del servicio incluye a Nuestros servicios, accesos, disponibilidad o actitud, y también los de nuestros Proveedores Participantes. Una preocupación por la calidad de la atención se refiere a la idoneidad de la atención que se le brinda a Usted.

1. Para Registrar una Queja

Una queja es la expresión oral de insatisfacción con nuestros servicios, los de UCD o los del proveedor.

Los Miembros pueden llamar a UCD al 1-866-445-5338 para registrar una Queja. UCD intentará resolver Su Queja durante la llamada.

2. Para Presentar una Queja Formal

Una Queja Formal es una expresión por escrito de insatisfacción con Nuestros servicios, los de UCD o los del Proveedor. Si Usted 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. Nuestro Departamento de UCD de Atención al Cliente lo ayudará, de ser necesario.

Envíe Su Queja por escrito a:

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

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

B. Proceso 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 determinará si Su Apelación es una Apelación administrativa o una Apelación de Necesidad Dental. TEI 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.

Le recomendamos que proporcione a UCD toda la información disponible para ayudar a evaluar completamente Su Apelación, como comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con la Determinación Adversa de Beneficios.

Le brindaremos, a su pedido y sin cargo, copias y acceso razonable a todos los documentos, registros y demás información relevante a la Determinación Adversa de Beneficios.

Tiene derecho a designar un representante autorizado para que hable en Su nombre durante las Apelaciones. Un representante autorizado es aquella persona a quien Usted le ha extendido un consentimiento escrito para que lo represente en una revisión de una Determinación Adversa de Beneficios. El representante autorizado puede ser el Proveedor que le atiende, si Usted lo designa por escrito.

Usted también puede llamar a UCD si tiene preguntas o necesita asistencia para poner la Apelación por escrito.

Las Apelaciones deben enviarse a:

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

1. 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 usted 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 Sus inquietudes. Si se anula Su Apelación administrativa, UCD volverá a procesar Su Reclamación, si corresponde. Si se ratifica la Apelación administrativa, UCD le informará sobre Su derecho de comenzar el proceso de Apelación administrativa de segundo nivel.

La decisión sobre la Apelación administrativa le será enviada por correo a Usted, a Su representante autorizado, o a un Proveedor autorizado a actuar en Su nombre, dentro de los treinta (30) días de recibir la solicitud, a menos que acordemos mutuamente que se justifica una extensión del plazo.

b. Apelaciones Administrativas de Segundo Nivel

Después de la revisión de la decisión de Apelación administrativa de primer nivel, si Usted aún está disconforme, se debe presentar una solicitud de Apelación por escrito dentro de un plazo de sesenta (60) días posteriores de la decisión de Apelaciones administrativas 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 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 a Usted, a Su representante autorizado, o a un Proveedor autorizado a actuar en nombre de Usted, dentro de los treinta (30) días de la reunión.

2. 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.

a. Apelaciones Internas por Necesidad Dental

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.

Si Usted 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 de recibir 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 Sus inquietudes. Si se anula la Apelación de Necesidad Dental, UCD volverá a procesar Su Reclamación, si corresponde. Si la Apelación de Necesidad Dental se ratifica, UCD le notificará de sus derechos a emprender un proceso de Apelación Externa si la Determinación Adversa de Beneficios cumple los requisitos.

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

b. Apelaciones 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.

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

Si Usted 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 le notificará su decisión a Usted, o a quien haya autorizado para representarlo, o a los Proveedores autorizados para actuar en Su nombre de su decisión.

La decisión de la IRO se considera una decisión final y vinculante para Usted y, también, para 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.

C. Apelaciones Aceleradas por Necesidad Dental

Se encuentra disponible un proceso Acelerado de Apelaciones para revisar una Determinación Adversa de Beneficios en una situación en la que los plazos de una Apelación de Necesidad Dental estándar pondrían en grave peligro Su vida, la salud o la recuperación máxima de Sus funciones. Incluye situaciones en las que, según la opinión del Proveedor que le atiende, Usted 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 su disposición y podrá iniciarla Usted, Su representante autorizado, o el Proveedor autorizado que actúe en Su nombre. Las solicitudes de Apelaciones Aceleradas pueden ser verbales o por escrito.

Para Apelaciones Aceleradas verbales puede llamar al 1-866-445-5338

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 o 1-800-259-5300

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)

