



Bridge Community Blue

PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PUNTO DE SERVICIO
DE CORTO PLAZO



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

131HR 01480S R0123

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

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

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

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

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

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

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

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



¡Gracias por elegirnos!

Es un placer para mí darle la bienvenida a su nueva póliza. Si está renovando su póliza, ¡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 conocer la información más importante sobre su póliza y cómo funciona. Si tiene preguntas, estamos aquí para ayudarle. Simplemente llame al número que figura en la tarjeta de identificación y haremos todo lo que esté a nuestro alcance para ayudarle.

Con mis mejores deseos,

Dr. I. Steven Udvarhelyi
Presidente y Director Ejecutivo

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

Su póliza individual Bridge Community Blue POS

Avisos

Esta Póliza no es una póliza suplementaria de Medicare. Si Usted califica para Medicare, revise la *Guía de Seguro Médico para Personas con Medicare* que la Compañía tiene disponible.

Esta cobertura no está obligada a cumplir ciertos requisitos del mercado federal de seguros médicos, principalmente los contenidos en la Ley de Atención Médica a Bajo Precio. Asegúrese de revisar detenidamente su póliza para cerciorarse de que conoce todas las exclusiones o limitaciones relativas a la cobertura de afecciones preexistentes o prestaciones médicas (como hospitalización, servicios de emergencia, maternidad, cuidados preventivos, medicamentos con receta y prestaciones por trastornos mentales y por consumo de sustancias tóxicas). Su póliza también podría tener límites vitalicios o de otro tipo en los beneficios de salud. Si esta cobertura caduca o Usted pierde la idoneidad para la misma, es posible que tenga que esperar hasta un periodo de inscripción abierta para obtener otra cobertura de seguro médico.

ESTA PÓLIZA ESTÁ SUJETA A CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN A ELECCIÓN DEL ASEGURADOR.

USTED PUEDE RECIBIR SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA RED POR MÉDICOS DEL CENTRO QUE NO PERTENECEN A SU PLAN MÉDICO. USTED PUEDE SER RESPONSABLE DEL PAGO TOTAL O PARCIAL DE LOS CARGOS POR ESOS SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA RED, ADEMÁS DE LAS CANTIDADES CORRESPONDIENTES POR COPAGOS, DEDUCIBLES, COASEGUROS Y OTROS SERVICIOS NO CUBIERTOS.

Si Usted decide que no desea continuar con este Contrato, Usted puede solicitar su devolución en un plazo de 10 días desde haberlo recibido y Nosotros le reembolsaremos la cantidad abonada.

PODRÁ ENCONTRAR INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE LOS MÉDICOS QUE ATIENDEN EN CENTROS DENTRO Y FUERA DE LA RED VISITANDO ES.BCBSLA.COM O LLAMANDO AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE QUE SE ENCUENTRA AL DORSO DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.

La toma de decisiones de Administración de Utilización se basa únicamente en la idoneidad y de los servicios, así como en la existencia de cobertura. La compañía no recompensa específicamente a los médicos u otras personas por emitir la negación de cobertura. Los incentivos económicos para los que toman las decisiones de Administración de Utilización no promueven la toma de decisiones que resulten en baja utilización.

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

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

Como parte de la atención de supervivencia a largo plazo, ciertos supervivientes de cáncer del seno son aptos para recibir exámenes anuales preventivos de detección de cáncer. Usted puede optar a estos exámenes si:

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

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

La información importante relacionada a esta Póliza será enviada a la dirección postal proporcionada para Afiliados en la *Solicitud de Cobertura Médica a Corto Plazo*. **Usted es responsable de mantenernos informados a Nosotros acerca de cualquier cambio en la dirección que figura en los registros.**

REQUISITO PARA SELECCIONAR A UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Esta cobertura requiere que Usted designe a un Médico de Atención Primaria. Tiene derecho a designar a cualquier Médico de Atención Primaria que participe en su Red y que esté disponible para aceptarlo a Usted. Uno le será designado hasta el momento que Usted haga esta designación. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un Médico de Atención Primaria y para obtener una lista de los Médicos de Atención Primaria en Su Red, visite es.bcbsla.com o llame al número de teléfono de Atención al Cliente que figura en la tarjeta de identificación. Puede encontrar información adicional sobre la selección de Su PCP en la sección «Conozca los fundamentos de su cobertura» de esta póliza.

Usted no necesita autorización previa de Nuestra parte ni de ninguna otra persona (incluido un Médico de Atención Primaria) para obtener directo acceso a atención ginecológica u obstétrica de un profesional de la salud de Su Red especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se le puede requerir al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, incluyendo la obtención de autorización previa para ciertos servicios. Para obtener una lista de los profesionales de la salud de la Red que se especializan en ginecología u obstetricia, visite es.bcbsla.com o llame al número de teléfono de Atención al Cliente que figura en la tarjeta de Identificación.

Aviso y Divulgación del Formulario de Medicamentos con Receta

Esta Póliza cubre los Medicamentos con Receta y utiliza un Formulario cerrado de Medicamentos con Receta. Un *Formulario de Medicamentos con Receta* es una lista de los Medicamentos con Receta cubiertos en esta Póliza. No se cubren los medicamentos que no aparecen en el formulario, también conocidos como medicamentos fuera del formulario. Dentro del Formulario de Medicamentos de venta con Receta, los medicamentos se agrupan en diferentes niveles que representan las cantidades variables de los costos compartidos. En general, los Medicamentos con Receta en los niveles más bajos le costarán a Usted menos que los medicamentos en los niveles más altos.

Puede acceder de distintas formas a la información de Su formulario. La mayoría de los Afiliados recibe nuestra información accediendo la sección de farmacia desde Nuestro sitio web es.bcbsla.com/pharmacy.

También puede llamarnos al número de teléfono que se encuentra en la tarjeta de identificación para consultar si un medicamento específico está incluido en Su formulario. Si un Medicamentos con Receta está incluido en Su Formulario de Medicamentos con Receta, esto no garantiza que Su Proveedor de atención médica que emite la receta, le recetará el medicamento para una afección médica o enfermedad mental determinada.

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

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

Aviso de continuación de cobertura de Medicamentos con Receta

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

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

¿Qué contiene esta Póliza?

Artículo 1. Conozca los fundamentos de su cobertura	4
Artículo 2. Definiciones.....	14
Artículo 3. Esquema de Requisitos	30
A. Requisitos para la afiliación	30
B. Fecha de entrada en vigor de la cobertura	30
Artículo 4. Beneficios.....	30
A. Categorías de Beneficios.....	30
B. Cantidades de Deducible	31
C. Coaseguro	32
D. Servicios de Copago	32
E. Cantidad de Desembolso	33
Artículo 5. Beneficios de Hospital	33
A. Servicio de enfermería general, comidas y alojamiento para Pacientes Hospitalizados	34
B. Otros servicios hospitalarios (Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios).....	34
C. Evaluación previa a la Admisión	34
Artículo 6. Beneficios médicos y quirúrgicos	35
A. Servicios Quirúrgicos.....	35
B. Servicios Médicos para Pacientes Hospitalizados.....	36
C. Servicios Médicos y Quirúrgicos para Pacientes Ambulatorios	37
Artículo 7. Beneficios de Medicamentos con Receta.....	37
A. Los Medicamentos con Receta deben ser dispensados correctamente	37
B. Algunas Farmacias han contratado con Nosotros.....	37
C. Presente una tarjeta de identificación válida al comprar Medicamentos con Receta	38
D. Formulario de Medicamentos con Receta	38
E. Programa de Administración de Utilización de Medicamentos	39
F. Esta Póliza cubre suministros selectos para diabéticos, incluidos, entre otros, los monitores continuos de glucosa necesarios y suministros asociados, jeringas de insulina y tiras reactivas en virtud del beneficio de Medicamentos con Receta	41
G. Cuando usted compra Medicamentos con Receta Cubiertos en una farmacia que no tiene un contrato con Nosotros	41
H. Cuando Usted compra Medicamentos con Receta fuera de los Estados Unidos	41
I. Podemos divulgar información sobre su utilización de Medicamentos con Receta	41
J. Usamos cualquier descuento o reembolso para equilibrar las tarifas	41
Artículo 8. Atención Preventiva o de Bienestar	41
Artículo 9. Beneficios de salud mental	49
Artículo 10. Beneficios de trastornos por consumo de sustancias tóxicas	50
Artículo 11. Beneficios de cirugía bucal	50
A. Esta Póliza solo cubre los siguientes servicios o procedimientos	50
B. Coordinación de esta sección con contratos dentales	51
Artículo 12. Beneficios del trasplante de órganos, tejidos y médula ósea	51
A. Gastos de adquisición.....	51

B. Beneficios del trasplante de órganos, tejidos y médula ósea	52
Artículo 13. Atención del Embarazo	53
A. Servicios Médicos y Quirúrgicos	53
B. Servicios del centro	53
C. Beneficios	54
Artículo 14. Beneficios de Atención de Rehabilitación y Habilitación	54
A. Terapia Ocupacional.....	55
B. Fisioterapia	55
C. Terapia de Patología del Habla y Lenguaje	56
D. Servicios Quiroprácticos	56
Artículo 15. Otros servicios, suministros o equipos cubiertos	56
A. Beneficios de servicio de ambulancia.....	56
B. Trastorno de Déficit de Atención o Hiperactividad.....	58
C. Trastornos del Espectro Autista.....	58
D. Servicios quirúrgicos para la reconstrucción del seno y atención de supervivencia a largo plazo para el cáncer del seno	58
E. Servicios para labio leporino y paladar hendido.....	59
F. Participación en ensayos clínicos.....	59
G. Beneficios de cobertura para la Diabetes	61
H. Consultas con un dietista	62
I. Equipos y suministros médicos desechables.....	62
J. Equipo médico duradero, dispositivos ortésicos, aparatos y dispositivos protésicos	62
K. Beneficios de Terapia Genética e Inmunoterapia Celular.....	66
L. Beneficios de Audición	66
M. Servicios de diagnóstico por imágenes de alta tecnología.....	66
N. Atención Médica a Domicilio.....	66
O. Cuidados de Hospicio	66
P. Gastos de Intérprete para personas sordas o con deficiencias auditivas	67
Q. Productos alimenticios bajos en proteína para el tratamiento de enfermedades metabólicas hereditarias	67
R. Beneficios de Linfedema.....	67
S. Procedimientos de Esterilización Permanente	67
T. Medicamentos con Receta.....	67
U. Servicios Privados de Enfermería.....	68
V. Estudios del sueño	68
W. Servicios de Telemedicina y Terapia a Distancia.....	68
Artículo 16. Administración de la atención médica.....	69
A. Autorización de admisiones, servicios y suministros; selección de proveedor y sanciones	69
B. Control de Enfermedades	73
C. Administración de Casos.....	73
D. Beneficios Alternativos.....	74
Artículo 17. Limitaciones y exclusiones	74
A. Esta Póliza no Cubre Ciertos Servicios, Suministros o Tratamientos.....	74
B. Nosotros Podemos Eliminar o Revisar las Limitaciones o Exclusiones en esta Póliza	75

Artículo 18. Disposiciones generales	84
A. Esta Póliza	84
B. Sección 1557 Procedimiento de Quejas Formales	86
C. Cambios en la Póliza.....	87
D. Sin responsabilidad por las acciones de los proveedores.....	87
E. Tarjetas de identificación.....	87
F. Fecha de vencimiento del pago de las primas.....	88
G. Cambio en la Prima	88
H. Nuestro derecho a ofrecer incentivos a las primas.....	89
I. Su derecho a cancelar esta póliza	89
J. Nuestro derecho de finalizar esta Póliza por falta de pago de primas	90
K. Nuestro derecho a rescindir la cobertura, finalizar o no renovar la Póliza por motivos distintos al impago de la Prima	90
L. Rescisión de su cobertura	91
M. Presentación de Reclamaciones	91
N. Acciones legales.....	92
O. Divulgación de la información	92
P. Cesión.....	92
Q. Relación entre el Afiliado y el Proveedor.....	92
R. Legislación vigente y política de conformidad.....	93
S. Aviso.....	93
T. Trabajar con usted electrónicamente	93
U. Subrogación	93
V. Derecho de reembolso	94
W. Cobertura en un Departamento de Asuntos de Veteranos o en un hospital militar.....	94
X. Responsabilidad de los afiliados al Plan	94
Y. Servicios fuera del área	95
Artículo 19. Procedimiento de Quejas, Quejas formales y Apelaciones	98
A. Procedimiento de Quejas, Quejas Formales y Reconsideraciones Informales	98
B. Proceso de Apelación Estándar	99
C. Apelaciones Aceleradas	101
Artículo 20. Cambios en la Póliza y presentación de Reclamaciones.....	102

Artículo 1. Conozca los fundamentos de su cobertura

HMO Louisiana, Inc. emite esta Póliza de salud para Usted, el suscriptor nombrado en el *Esquema de Beneficios*. A partir de la Fecha de entrada en vigor o de la Fecha de entrada en vigor modificada que figura en el *Esquema de Beneficios*, nos comprometemos a proporcionarle los beneficios especificados en esta póliza. Esta Póliza reemplaza a cualquier otro previamente emitido a Usted, a la Fecha modificada de entrada en vigor.

Esta Póliza de Beneficios describe Sus Beneficios, así como sus derechos y responsabilidades bajo esta cobertura. Le recomendamos que Usted lea cuidadosamente esta Póliza.

Llámenos si tiene preguntas sobre Su cobertura o cualquier límite a la cobertura. Muchas secciones de esta Póliza están relacionadas con otras secciones; es posible que no tenga toda la información que necesita al leer solo una sección. Tenga en cuenta que Su Médico no tiene una copia de Su Póliza, y que él no es responsable de conocer o comunicarle a Usted Sus Beneficios.

Excepto en el caso de términos técnicos necesarios, Nosotros utilizamos palabras de uso común para describir los Beneficios provistos conforme a esta Póliza. “Nosotros” y “Nuestro” se refieren a HMO Louisiana, Inc. (HMOLA). «Usted» y «Su» se refieren al Suscriptor. Las palabras en mayúscula son términos definidos en el Artículo 2: Definiciones. Una palabra que se utiliza en el género masculino también se aplica al género femenino, salvo que se indique lo contrario.

A. Información sobre esta Póliza Médica de Corta Duración

Esta Póliza Médica de Corta Duración. Su cobertura es para un periodo de cobertura específico, indicado en el Esquema de Beneficios. Esta Póliza podrá ser renovada o ampliada a entera discreción de la Compañía. No se garantiza que sea renovable ni prorrogable.

Proveedor de la Red

- Usted cuenta con una Red restringida de proveedores: la *Red Community Blue* (Red). Usted puede recibir atención de los Proveedores que no se encuentran en Su Red Community Blue, pero los Beneficios se pagarán a un nivel más bajo.
- Un Proveedor de «Nivel 1» es un Proveedor de la *Red Community Blue*. Usted obtiene los mejores beneficios y paga menos cuando acude a un Proveedor de la Red Community Blue. **Si es posible, procure siempre que sus servicios sean realizados por un Proveedor de Nivel 1.**
- Un Proveedor de «Nivel 2» es un Proveedor Participante que no está en la Red Community Blue y que ha firmado un acuerdo de Proveedor para participar en otras redes de HMOLA, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, u otro plan de Blue Cross and Blue Shield. **Si no puede ir a un Proveedor de Nivel 1, debe hacer todo lo posible por ir a un Proveedor de Nivel 2.** Usted pagará más que un Proveedor de Nivel 1, pero recibirá importantes protecciones de costos que están disponibles solo cuando vea a un Proveedor de Nivel 1 o Nivel 2.
- Un Proveedor de «Nivel 3» es un *Proveedor No Participante* o un Proveedor que no está en la Red Community Blue y que no ha firmado un acuerdo de Proveedor para participar en la red de HMOLA o cualquier plan de Blue Cross and Blue Shield. También hay Proveedores que están en otras redes que han

elegido específicamente no estar en las redes de Nivel 1 o Nivel 2. Estos Proveedores pueden indicarse en el directorio de Community Blue Network para ayudarlo a seleccionar los proveedores de menor costo. **Los Proveedores del Nivel 3 tendrán un costo compartido más alto y no lo protegerán de tener que pagar costos elevados por sus servicios. Evite los Proveedores de Nivel 3 si hay alguna forma de obtener servicios de proveedores de otros niveles.**

Si Usted consulta con Proveedores de su Red Community Blue, pagará menos por la atención recibida y sacará el máximo provecho de esta Póliza. Usted puede escoger qué Proveedores prestarán Su atención médica. Esta selección determinará la cantidad que pagaremos y la cantidad que Usted paga por los Servicios Cubiertos.

Por ejemplo, si un Copago se muestra en el *Esquema de Beneficios*, Usted debe pagar la cantidad de Copago al Proveedor de la Red cada vez que Usted reciba los Servicios Cubiertos listados. La mayoría de los Beneficios se encuentran sujetos al pago por Su parte de un Deducible. Después del pago del Deducible, los Beneficios están sujetos a 2 Coaseguros (por ejemplo, 80/20, 60/40). Su elección de Proveedor determina qué nivel de Coaseguro se aplica al servicio proporcionado. Nosotros pagaremos el Coaseguro más alto por servicios Médicamente Necesarios cuando visite a un Proveedor de la *Red Community Blue*. Nosotros pagaremos el nivel de Coaseguro más bajo cuando Usted reciba servicios Médicamente Necesarios de un Proveedor que no se encuentra en la *Red Community Blue*. Los importes de Deducible y los Coaseguros se encuentran establecidos en el *Esquema de Beneficios*.

Aviso

En virtud de este Contrato, generalmente algunos Proveedores que tienen contrato con HMO Louisiana, Inc. serían considerados Proveedores Participantes, pero debido a **que no tienen la condición de Proveedor Participante dentro de la Red de Proveedores Community Blue, los consideramos Proveedores No Participantes**. Para obtener una lista de estos Proveedores, consulte Su *Esquema de Beneficios*.

Si Usted consulta con uno de estos Proveedores que no tiene condición de Proveedor Participante, **Usted debe pagar el resto de la factura del Proveedor. Debido a que la cantidad que Usted paga podría ser elevada, debe pedir una estimación de los cargos ANTES de obtener servicios.**

Para obtener el mejor beneficio y valor de este Contrato, consulte solo con los Proveedores en su Red. Usted puede revisar el *Directorio de Proveedores Community Blue* disponible en línea en es.bcbsla.com o comunicarse con atención al cliente al número que aparece en la tarjeta de identificación. También puede solicitarnos que le enviemos un directorio en papel.

Cuando en este Contrato se hace referencia a los *Proveedores Participantes*, no incluye a los Proveedores específicos que no tienen condición de Proveedor Participante de Community Blue. Cuando en este Contrato hace referencia a los Proveedores No Participantes, esto incluye a los Proveedores que no tienen condición de Proveedor Participante de Community Blue.

Este es un plan de acceso directo. Usted puede consultar Especialistas en la Red *Community Blue* sin necesidad de ponerse en contacto con un Médico de Atención Primaria ni obtener la derivación de su parte.

Esta póliza provee Beneficios cuando Usted viaja. Si Usted no puede consultar con un Proveedor de la Red Community Blue, trate de visitar un Proveedor en la red de Blue Cross. Esto le permitirá recibir el máximo beneficio bajo su póliza. Cuando usted viaje fuera del Estado de Luisiana y necesite localizar un Proveedor, llame al número de teléfono de BlueCard® que se encuentra en el reverso de la tarjeta de identificación.

B. Nuestra Red de Proveedores *Community Blue*

Usted puede escoger qué Proveedores prestarán Su atención médica. Esta selección determinará la cantidad que pagaremos y la cantidad que Usted paga por los Servicios Cubiertos.

HMO Louisiana, Inc. ha creado una Red de Proveedores restringida para esta Póliza, que consiste en un grupo selecto de Médicos, Hospitales y otros Proveedores Asociados. Nos referimos a estos Proveedores como *Proveedores de la Red Community Blue* o *Proveedores de la Red*. Los Beneficios de Cirugía Bucal también están disponibles cuando los proporcionan Proveedores en la red dental de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana.

Utilizamos el término *Beneficios de la Red* para significar el más alto nivel de Beneficios pagaderos en virtud de esta Póliza cuando Usted utilice Proveedores de la *Red Community Blue*. Utilizamos el término *Beneficios Fuera de la Red* para significar un menor nivel de Beneficio si Usted decide recibir atención fuera de la *Red Community Blue*. Para recibir los Beneficios de la *Red Community Blue*, siempre debe verificar que un Proveedor sea un Proveedor actual de la *Red Community Blue*. Visite es.bcbsla.com, o llame al servicio de atención al cliente al número que aparece en la tarjeta de identificación para verificar que un Proveedor es un Proveedor en activo de la red *Community Blue*, o para solicitar un directorio de Proveedores en papel impreso. Nuestra Red *Community Blue* puede ser más extensa en algunas áreas que en otras. No podemos garantizar la disponibilidad de cada especialidad en todas las áreas.

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

Además, los Proveedores de Community Blue pueden estar contratados para llevar a cabo ciertos Servicios Cubiertos, pero no pueden ser contratados en la Red Community Blue para realizar otros Servicios Cubiertos. Cuando un Proveedor de la *Red Community Blue* realiza servicios que ese Proveedor de la Red no tiene contratados con Nosotros (tales como servicios de análisis por Imágenes de Alta Tecnología o procedimientos de radiología), las Reclamaciones por esos servicios serán adjudicadas al nivel de Beneficios Fuera de la Red. Consulte el directorio de Proveedores para verificar que los servicios estén dentro de la Red cuando son realizados por el Proveedor o en la ubicación del Proveedor.

Pagamos un menor nivel de Beneficios cuando Usted utiliza un Proveedor fuera de la Red *Community Blue*. Los beneficios también pueden basarse en un Cargo Permitido menor. Por lo general, pagará la cantidad de deducible y el coaseguro en lugar de un copago. Recibir atención de un Proveedor Fuera de la Red le supondrá a usted unos costos más elevados. Una sanción diaria se podría aplicar cuando la atención para Pacientes Hospitalizados sea recibida de un Hospital que No Pertenece a la Red. Le recomendamos que consulte al Médico o profesional de la salud que No Pertenece a la Red acerca de sus cargos facturados antes de recibir la atención médica. Revise *el Ejemplo Ilustrativo de Sus Costos Cuando Acude a un Hospital No Participante* antes de obtener atención fuera de la Red. Los servicios de Emergencia realizados en la Sala de Emergencias de un Hospital, incluso cuando el Hospital no pertenece a la Red del Afiliado, serán pagados al nivel de Beneficios de la Red.

C. Recibir atención fuera de Luisiana y alrededor del mundo

Usted puede recibir atención de Emergencia y atención que no es de Emergencia fuera de Luisiana y alrededor del mundo. La tarjeta de identificación ofrece acceso conveniente a los Servicios Cubiertos a través de los Proveedores de Blue Cross and Blue Shield en todo el territorio de los Estados Unidos y en más de 200 países en todo el mundo.

En los Estados Unidos:

- **Emergencias:** Usted recibe los Beneficios de la Red cuando los Servicios Médicos de Emergencia cubiertos se prestan en el servicio de Urgencias de un Hospital, independientemente del Proveedor.
- **No Emergencias:** Usted recibe Beneficios que No Pertenecen a la Red cuando los Servicios Cubiertos que no son de Emergencia son proporcionados fuera de Su Área de Servicio. Debido a que no existe un Área de Servicio de la Red Community Blue fuera de Luisiana, los Servicios Cubiertos proporcionados fuera de Luisiana se pagan al nivel de Beneficios que No Pertenecen a la Red. Si Usted obtiene estos servicios de un Proveedor de BlueCard®, puede que solamente tenga que pagar el importe de Su Red ya que los Proveedores de BlueCard® por lo general aceptan el Cargo Permitido como pago total por el servicio.

Fuera de los Estados Unidos:

- **Emergencias:** Usted recibe los Beneficios de la Red cuando los Servicios Médicos de Emergencia cubiertos se prestan en el servicio de Urgencias de un Hospital, independientemente del Proveedor.
- **No Emergencias:** Usted recibe Beneficios que No Pertenecen a la Red cuando los Servicios Cubiertos que no son de Emergencia son proporcionados fuera de Su Área de Servicio. Debido a que no existe un Área de Servicio de la Red HMO Louisiana, Inc., los Servicios Cubiertos proporcionados fuera de Luisiana se pagan al nivel de Beneficios que No Pertenecen a la Red. Si Usted obtiene estos servicios de un Proveedor Blue Cross Blue Shield Global® Core, puede que solamente tenga que pagar Su importe de la Red ya que los Proveedores de Blue Cross Blue Shield Global® Core por lo general aceptan el Cargo Permitido como pago total por el servicio.

D. Cómo recibir atención médica fuera del área de servicio

- En caso de Emergencia, diríjase directamente al Hospital más cercano.
- Llame a BlueCard® Access al 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583) para obtener información sobre los médicos y Hospitales BlueCard® Nationwide más cercanos (para atención dentro de los Estados Unidos) o para información sobre los médicos y Hospitales de Blue Cross Blue Shield Global® Core (para atención fuera de los Estados Unidos). Puede encontrar información sobre los Proveedores en www.bcbs.com (en inglés).
- Utilice un Proveedor BlueCard® Nationwide o Proveedor Blue Cross Blue Shield Global® Core.
- Presente la tarjeta de identificación al médico u Hospital para que verifiquen su cobertura y presenten las Reclamaciones por Usted.
- Usted debe obtener toda Autorización requerida por parte de HMO Louisiana, Inc.

E. Consulta con un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés)

Este plan de acceso directo le permite recibir atención de un Médico de Atención Primaria («PCP») o de un Médico Especialista. Para recibir atención directamente de un Especialista de la *Red Community Blue* no se requiere un referido del Médico de Atención Primaria.

Usted paga el Copago Médico más bajo cuando visita a su Médico de Atención Primaria. Los PCP son médicos de familia, médicos generales, internistas o pediatras. Los PCP coordinarán las necesidades de atención médica desde la Consulta hasta la hospitalización, le dirigirán a Usted a un Proveedor adecuado cuando sea necesario y lo asistirán para obtener cualquier Autorización requerida.

El Copago por consulta puede reducirse cuando los servicios los proporciona un Proveedor que participa en el programa Quality Blue. Los Proveedores Quality Blue incluyen a cualquier Proveedor que haya firmado un contrato para participar en el programa Quality Blue. En la actualidad, los Proveedores Quality Blue incluyen médicos de familia, médicos generalistas, pediatras, internistas, geriatras, enfermeros especialistas y asistentes médicos, pero hay más Proveedores que pueden firmar un contrato para participar en el programa Quality Blue. Para comprobar si un Proveedor participa en el programa Quality Blue, puede consultar el directorio de Proveedores en nuestro sitio web es.bcbsla.com o ponerse en contacto con nuestro departamento de atención al cliente llamando al número que figura en la tarjeta de identificación.

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

F. Autorizaciones

Algunos servicios y suministros requieren Nuestra Autorización antes de que se obtengan los servicios. Su *Esquema de Beneficios* describe los servicios, suministros y los Medicamentos con Receta que requieren Autorización previa.

Una Autorización es Nuestra determinación de que es Médicamente Necesario que Usted reciba los servicios médicos solicitados. Cuando Autorizamos un servicio por Necesidad Médica, no estamos haciendo determinaciones en cuanto a la elección del Proveedor por su parte ni el nivel de Beneficios que se aplicará a una Reclamación posterior.

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

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

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

No se realizarán pagos por Beneficios o evaluaciones de trasplantes de órganos, tejidos y médula ósea, a menos que Nosotros Autoricemos estos servicios. Estos servicios deben ser proporcionados por un Centro de Trasplantes Blue Distinction (BDCT, por sus siglas en inglés) para el órgano o trasplante específico o un centro de trasplante de Nuestra Red de Proveedores HMOLA, a menos que aprobemos otra alternativa por escrito. Para encontrar un centro de trasplante autorizado, contacte al número de atención al cliente que figura en la tarjeta de identificación.

G. Cómo determinamos lo que pagamos por los Servicios Cubiertos

Cuando un Afiliado utiliza Proveedor de la Red Community Blue (Nivel 1)

Los Proveedores firmaron un contrato con Nosotros para participar en Nuestra Red de Proveedores Community Blue. Estos Proveedores han acordado aceptar el menor de los cargos facturados o un importe negociado como pago total de los Servicios Cubiertos. Esta cantidad es el Cargo Permitido del Proveedor de la red Community Blue y se utiliza para determinar la cantidad que pagamos por los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios. Los Miembros que usan Proveedores de la Red *Community Blue* recibirán Beneficios de la Red y abonarán los importes que se indican en la columna «*Red Community Blue*» en SU *Esquema de Beneficios* para estos servicios cubiertos.

Cuando un Afiliado utiliza un Proveedor No Participante (Nivel 2)

Los Proveedores Participantes no han firmado contratos con la Red Community Blue, pero han firmado contratos con la Red HMOLA, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana u cualquier otro plan de Blue Cross and Blue Shield para participar en sus redes de Proveedores. Estos Proveedores han acordado aceptar el menor de los cargos facturados o un importe negociado como pago total de los Servicios Cubiertos. Esta cantidad es el Cargo Permitido del Proveedor Participante y se utiliza para determinar la cantidad que pagamos por los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios.

Los Afiliados que utilicen un Proveedor Participante pagarán más por los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios que si se utilizara un Proveedor de la Red Community Blue. Esto dará lugar a costos más elevados para el Afiliado, tal y como se indica en la columna Participante del Esquema de Beneficios. Sin embargo, el Afiliado estará exento de pagar la diferencia entre el Cargo Permitido y el cargo facturado por el Proveedor.

El afiliado tiene derecho a presentarnos una Apelación para considerar los Beneficios de la Red si el Afiliado recibió Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante o que era el único Proveedor disponible para proporcionar el Servicio Cubierto dentro de un radio de setenta y cinco (75) millas de Su domicilio. Para presentar una Apelación, el afiliado debe seguir los procedimientos de Apelación establecidos en esta Póliza.

Cuando un Afiliado utiliza un Proveedor No Participante (Nivel 3)

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato firmado con la Red Community Blue, Red HMOLA, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana o con cualquier otro plan de Blue Cross and Blue Shield. Estos Proveedores no están en Nuestras Redes. No contamos con acuerdo de tarifas con ellos. Nosotros establecemos un Cargo Permitido para los Servicios Cubiertos proporcionados por los Proveedores No Participantes. El Cargo Permitido será uno de los siguientes, según Nosotros lo determinemos:

1. Una cantidad que Nosotros establecemos basándonos en Nuestra elección del esquema de tarifas publicado por Medicare, lo que Medicare pague o lo que Medicare permita por el servicio;
2. una cantidad que Nosotros establecemos como el Cargo Permitido, o

3. El cargo facturado del Proveedor. Usted recibirá un nivel inferior de Beneficios porque Usted no visitó un Proveedor de la Red.

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

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

H. Ejemplo ilustrativo de sus costos cuando recibe atención de un hospital no participante

Aviso: El siguiente ejemplo es solo para fines ilustrativos y es posible que no refleje fielmente las cantidades reales de Copagos, Deducible y de Coaseguro del Afiliado. Consulte el Esquema de Beneficios para determinar Sus Beneficios.

Ejemplo: Los Beneficios de la Red son 80 % - 20 % de Coaseguro con un Deducible. Los Beneficios que No Pertenecen a la Red son 60 % - 40 % de Coaseguro con un Deducible. Suponga que el Afiliado vaya al Hospital, ha alcanzado previamente su Deducible y ha obtenido la Autorización necesaria antes de recibir un servicio que no es de Emergencia. El Hospital factura \$12,000 por el Servicio Cubierto. Nosotros negociamos un Cargo Permitido de \$2,500 con el Hospital de la Red para prestar este servicio. El Cargo Permitido del Hospital Participante es de \$3,000 para prestar este servicio. No hay una tarifa negociada con el Hospital No Participante. El Afiliado es responsable de todas las cantidades no pagadas por la Compañía, hasta cubrir el cargo facturado por el Hospital. Este ejemplo ilustra los costos del Afiliado en tres Hospitales diferentes por el mismo servicio.

Si Usted recibe Servicios Cubiertos de:

	Red Hospital	Participante Hospital	No Participante Hospital
Factura del Hospital:	\$12,000	\$12,000	\$12,000
Cargo Permitido:	\$2,500	\$3,000	\$2,500
Nosotros pagamos	$\begin{array}{r} \$2,500 \text{ de Cargo Permitido} \\ \times \quad 80 \% \text{ Coaseguro} \\ \hline \mathbf{\$2,000} \end{array}$	$\begin{array}{r} \$3,000 \text{ de Cargo Permitido} \\ \times \quad 60 \% \text{ Coaseguro} \\ \hline \mathbf{\$1,800} \end{array}$	$\begin{array}{r} \$2,500 \text{ de Cargo Permitido} \\ \times \quad 60 \% \text{ Coaseguro} \\ \hline \mathbf{\$1,500} \end{array}$
Usted paga	$\begin{array}{r} 20 \% \text{ de coaseguro} \\ \times \quad \$2,500 \text{ Cargo Permitido} \\ \hline \mathbf{\$500} \end{array}$	$\begin{array}{r} 40 \% \text{ de coaseguro} \\ \times \quad \$3,000 \text{ Cargo Permitido} \\ \hline \mathbf{\$1,200} \end{array}$	$\begin{array}{r} 40 \% \text{ de coaseguro} \\ \times \quad \$2,500 \text{ Cargo Permitido} \\ \hline \mathbf{\$1,000} \end{array}$
¿Se factura al Afiliado los cargos del Hospital?	NO	NO	SÍ por \$9,500
Total que Usted paga	\$500	\$1,200	\$10,500 Factura del Hospital 12,000 Cantidad que pagamos 1,500 Él debe pagar \$10,500

I. Beneficios de Medicamentos con Receta

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

de Farmacia como base de nuestro pago por los Medicamentos con receta cubiertos y el importe que Usted debe pagar por los Medicamentos con receta cubiertos.

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

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

J. Beneficios de Salud Mental y Trastorno por Uso de Sustancias

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

K. Incentivos y Servicios de Valor Añadido para el Afiliado

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

L. Herramientas y recursos para la administración de la salud y el bienestar

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

M. Dirección de Correo Electrónico del Servicio de Atención al Cliente

HMO Louisiana, Inc. ha combinado Nuestros correos electrónicos del servicio de atención al cliente en una sola dirección que es fácil de recordar: help@bcbsla.com. Los clientes que necesiten contactarnos pueden encontrar todas sus opciones en línea, incluyendo las opciones como teléfono, fax, correo electrónico, correo postal y oficinas de atención al cliente. Sólo tiene que visitar es.bcbsla.com y hacer clic en *¿Necesita ayuda? para acceder a nuestro centro de ayuda, que incluye la información de contacto de nuestro servicio de atención al cliente.*

N. Servicios de Protección de Identidad

HMO Louisiana, Inc. está comprometida a proteger Su identidad. Esto incluye la protección y la seguridad de Su información. Para apoyar Nuestros esfuerzos, ofrecemos servicios opcionales de Protección de Identidad. Si Usted elige los Servicios de Protección de Identidad, estos incluirán lo siguiente:

- supervisión del crédito que vigila la actividad que puede afectar el crédito;
- detección de fraude que identifica el uso potencialmente fraudulento de identidad o crédito; y
- servicio de asistencia para la resolución de fraudes que le ayuda a resolver los problemas que surgen sobre la supervisión del crédito y la detección de fraudes.

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

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

Artículo 2. Definiciones

Administración de Casos: Un método para brindarle al paciente atención que prioriza resultados de calidad para el paciente con atención eficiente y asequible. El proceso de administración de casos identifica sistemáticamente a los pacientes de alto riesgo y evalúa las posibilidades de coordinar y gestionar toda la atención de los pacientes para asegurar resultados de salud óptimos. Los profesionales médicos proporcionan estos servicios y se enfocan en enfermedades inusualmente complejas, difíciles o catastróficas. Nosotros elegimos cuándo ofrecerle a Usted la Administración de Casos. Al trabajar con Sus Médicos y al estar sujeto a Su consentimiento o el de Su familia o cuidador, Nuestro personal de Administración de Casos gestionará la atención para lograr el uso más eficiente y efectivo de los recursos.

Administración de Utilización: Evaluación de la necesidad, adecuación y eficiencia del uso de los servicios, procedimientos y centros de atención médica.

Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés): Un administrador externo de los programas de Medicamentos con Receta.

Admisión de Emergencia: La Admisión en un Hospital como resultado de una Afección Médica de Emergencia.

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

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

Afección aguda grave: Enfermedad o afección que requiere atención continua compleja y que el Afiliado está recibiendo actualmente, como quimioterapia, radioterapia o consultas postoperatorias.

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

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

Afiliado: Ver Suscriptor.

Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés): El diseño, la ejecución y la evaluación de las modificaciones ambientales, mediante estímulos del comportamiento y sus consecuencias, para producir una mejoría socialmente significativa en el comportamiento humano, incluido el uso de observación directa, medición y análisis funcional de las relaciones ambientales y el comportamiento. Los Proveedores de ABA deben estar certificados como analistas auxiliares del comportamiento o licenciados como analistas del comportamiento por la Junta de Analistas del Comportamiento de Luisiana o por la agencia de licencias apropiada, si están dentro de otro estado.

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

Apelación: Una solicitud por escrito de usted o de su representante autorizado para cambiar una Determinación Adversa de Beneficios que hayamos hecho.

Apelación Externa: Una solicitud de revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) de cambiar Nuestra Determinación Adversa de Beneficios inicial o para cambiar una Determinación Adversa de Beneficios final dictada en Apelación. Usted o sus representantes autorizados pueden solicitar una Apelación Externa que implique la Necesidad Médica, idoneidad de la atención, entorno de la atención médica, nivel de atención, eficacia, tratamiento experimental o en Investigación o una Rescisión.

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

Asistencia de un cuidador: Tratamiento o servicios, independientemente de quién los recomiende o donde se proporcionen, que podrían ser dados de manera segura y razonable por alguien que no es médicamente capacitado, o que son diseñados principalmente para ayudar a los pacientes con actividades de la vida diaria. Estas actividades incluyen:

- Proporcionar cuidados personales, tareas domésticas, traslado del paciente;
- Actuar como acompañante o niñero;
- Supervisar la medicación que normalmente se puede suministrar uno mismo;
- Tratar o proporcionar servicios que cualquier persona pueda realizar con instrucción mínima, o
- Proporcionar tratamiento a largo plazo por la condición de un paciente por la que no se espera que mejore o se recupere.

Nosotros determinamos qué servicios se consideran como *Asistencia de un Cuidador*.

Atención Concurrente: Atención médica y quirúrgica hospitalaria para Pacientes Hospitalizados que brinda un Médico que no es el Médico del médico que le atiende:

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

Atención del Embarazo: Tratamientos o servicios relacionados con toda la atención previa al parto, durante y después de éste, y cualquier complicación que surja en cada embarazo.

Atención de Habilitación: Servicios de atención médica y dispositivos que ayudan a los pacientes a mantener, aprender o mejorar sus destrezas y funcionamiento para las actividades diarias. Estos servicios pueden incluir Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia de Patología del Habla y Lenguaje, rehabilitación cardíaca,

rehabilitación pulmonar y otros servicios para personas con discapacidades en diversas situaciones tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

Atención Médica a Domicilio: Servicios de salud prestados en el lugar de residencia del paciente por parte de una organización con licencia como una agencia de Atención Médica a Domicilio, otorgada por la agencia estatal adecuada y aprobada por Nosotros. Por instrucción escrita de un Médico licenciado, estas organizaciones principalmente proveen servicios de enfermería especializada por o bajo la supervisión de un Enfermero Registrado (R.N.) con licencia para ejercer en el estado.

Atención Médica de Prevención o del Bienestar: Los servicios diseñados con el fin de prevenir o detectar efectivamente una enfermedad para la que hay un tratamiento efectivo cuando se detecta en una etapa inicial.

Atención de Rehabilitación: Servicios de atención médica y dispositivos que ayudan a los pacientes a mantener, reanudar o mejorar sus destrezas y funciones para las actividades diarias, las cuales pueden haberse perdido o deteriorado porque el paciente estuvo enfermo, lesionado o discapacitado. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, terapia de patología del habla/lenguaje, rehabilitación cardíaca, rehabilitación pulmonar y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

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

Atención y Tratamiento Dental: Todos los procedimientos, tratamientos y Cirugías considerados dentro del alcance de la práctica odontológica. *Odontología* es una práctica en la que una persona:

- Se presenta a sí mismo como capaz de diagnosticar, tratar, corregir, operar o recetar en casos de cualquier enfermedad, dolor, lesión, deficiencia, malformación o condición física de los dientes humanos, proceso alveolar, encías, mandíbulas o partes asociadas, y ofrece o procede a través de ciertos medios con el diagnóstico, tratamiento, corrección, operación o emisión de recetas para tratar cualquier enfermedad, dolor, lesión, deficiencia, malformación o afección física de estos;
- Toma impresiones de los dientes humanos o mandíbulas o realiza cualquier fase de un evento quirúrgico hasta el reemplazo de un diente o parte de este o de tejidos asociados por medio de empastes, coronas, dentaduras postizas u otros elementos; o
- 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.

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

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

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

- A. Una afección médica para la cual el tiempo que conlleva realizar una Apelación estándar pondría gravemente en riesgo Su vida o Su salud o pondría en riesgo Su capacidad del recuperar el máximo funcionamiento.
- B. Según la opinión del médico que le atiende, puede que Uste sienta dolor que no pueda controlarse adecuadamente mientras espera una decisión sobre una Apelación medica estándar.
- C. una Admisión, disponibilidad de atención, hospitalización continuada o servicio de atención médica mientras Usted se encuentra en la sala de Emergencias, en observación o recibiendo atención en régimen de hospitalización.

Apelación Acelerada Externa: Una solicitud para que una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés), revise inmediatamente Nuestra Determinación Adversa de Beneficios inicial para un servicio o tratamiento. Este tipo de apelación implica cualquiera de los siguientes:

- Una afección médica para la que el tiempo que lleva realizar una Apelación Externa estándar pondría seriamente en riesgo Su vida o Su salud o Su capacidad para recuperar el funcionamiento máximo, o la decisión de no Autorizar la continuación de los servicios si Usted se encuentra actualmente en la sala de Emergencias, en observación, o que reciben atención para Pacientes Hospitalizados.
- 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 Médico que le atiende certifica que cualquier demora puede representar una amenaza inminente a Su salud, incluyendo dolor severo, la pérdida potencial de la vida, de una extremidad o de una función importante del organismo.

Beneficiario: Una persona designada por Usted, o por los términos de esta Póliza quien puede tener derecho a un Beneficio.

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

Beneficios Alternativos: Beneficios para los servicios que habitualmente no están cubiertos por esta Póliza, pero que pueden ser proporcionados mediante un acuerdo a través de Administración de Casos.

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

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

Cantidades de Deducible:

- **Cantidad de Deducible del Periodo de Beneficios:** Cuánto debe pagar en el Periodo de Beneficios aplicable por los Servicios Cubiertos antes de que Nosotros paguemos los Beneficios. Usted paga por separado los deducibles del Periodo de Beneficios para las categorías de la Red Community Blue y fuera de la Red. Consulte el *Esquema de Beneficios* para conocer la cantidad específica del Deducible del Periodo de Beneficios. Puede aplicarse un Deducible distinto para ciertos Servicios Cubiertos si así aparece en el *Esquema de Beneficios*.
- **Cantidad de Deducible de Atención del Embarazo:** Cuánto debe pagar en el Periodo de Beneficios aplicable por los Servicios Cubiertos de Atención del Embarazo antes de que Nosotros empecemos a pagar los

Beneficios de Atención del Embarazo. Consulte el *Esquema de Beneficios* para conocer la cantidad específica del Deducible de Atención del Embarazo. El Deducible de Atención del Embarazo no se acumula al Deducible del Periodo de Beneficios. Una vez alcanzado el Deducible de Atención del Embarazo, se aplica el Coaseguro hasta alcanzar la Cantidad de Desembolso indicada en el *Esquema de Beneficios*.

- **Cantidad de Deducible de Medicamentos con Receta:**— Cuánto debe pagar en el Periodo de Beneficios aplicable antes de abonar un porcentaje de Copago o Coaseguro por Medicamentos con receta. El Deducible de Medicamentos con receta es independiente del Deducible del Periodo de Beneficios y del Deducible de Atención del Embarazo. Consulte el *Esquema de Beneficios* para conocer la cantidad específica del Deducible de Medicamentos con receta.

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

Cargo Permitido:

- A. Para los Proveedores de la red, la cantidad más baja de entre los cargos facturados y el importe que Nosotros establecemos o negociamos como la cantidad máxima permitida para los servicios de estos Proveedores que son cubiertos conforme a esta Póliza.
- B. Para Proveedor que No Pertenece a la Red, lo que sea menor entre:
 - 1. Una cantidad que Nosotros establecemos basándonos en Nuestra elección del esquema de tarifas publicado por Medicare, lo que Medicare pague o lo que Medicare permita por el servicio;
 - 2. una cantidad que Nosotros establecemos como el Cargo Permitido, o
 - 3. El cargo facturado del Proveedor.

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

Centro Quirúrgico Ambulatorio: Un Proveedor de Centro de Salud Asociado que se encuentra establecido con personal médico organizado. Este tipo de centro tiene instalaciones permanentes que están equipadas y realizan principalmente procedimientos quirúrgicos. Un centro dispone de servicios continuos de Médicos y profesionales de enfermería registrados siempre que los pacientes se encuentren en la instalación, no proporciona servicios u otras adaptaciones para la estadía de pacientes durante la noche, y ofrecen los siguientes servicios siempre que los pacientes estén en el centro;

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

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

Centro de Salud en un Centro Comercial: Una clínica de salud para casos que no sean de Emergencia que proporciona servicios de atención primaria limitados y generalmente opera en centros comerciales y tiendas de descuentos.

Centro de Tratamiento Residencial: Un lugar de tratamiento disponible las veinticuatro (24) horas para los servicios de atención no urgente para el tratamiento efectivo de discapacidades específicas de la Salud Mental o trastornos por el consumo de sustancias tóxicas.

Centro o Unidad de Enfermería Especializada: Un Centro con licencia en el estado en el que opera y que no es un hogar para ancianos o una unidad dentro de un Hospital (salvo que Nosotros hayamos aprobado el servicio de enfermería especializada en el hogar para ancianos o la unidad dentro de un Hospital). El centro proporciona lo siguiente:

- Atención médica, tratamiento y atención de enfermería especializada para Pacientes Hospitalizados según lo definido por Medicare y que cumple con los requisitos de Medicare para este tipo de centro o unidad;
- Supervisión a tiempo completo por parte de al menos un Médico o enfermero registrado.
- Servicio de enfermería las 24 horas por parte de enfermeros registrados o enfermeros especializados con licencia; y
- Planes de revisión de utilización para todos los pacientes.

Cirugía Estética: Cualquier intervención quirúrgica, tratamiento o servicio, o cualquier parte de una intervención quirúrgica, tratamiento o servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia física. Un procedimiento quirúrgico, tratamiento o servicio no es Cirugía Cosmética si restaura la función corporal o corrige una deformidad para restaurar la función de una parte del cuerpo que ha sido alterada por una Lesión Accidental, enfermedad o trastorno, o Cirugía cubierta.

Coaseguro de Medicamentos con Receta: El reparto de costos de los Cargos permitidos para la compra de Medicamentos con Receta. El reparto de costos se expresa como un par de porcentajes, un porcentaje de la Compañía que Nosotros pagamos y un porcentaje del Afiliado que Usted paga. Una vez que haya alcanzado el Importe del Deducible de Medicamentos con receta aplicable, su porcentaje se aplicará a los Cargos Permitidos de Medicamentos con receta para determinar su responsabilidad económica. Nuestro porcentaje se aplicará a los Cargos Permitidos por Medicamentos con Receta para determinar los Beneficios proporcionados. Es posible que se requiera un Coaseguro diferente para los distintos niveles de Medicamentos con Receta comprados en una farmacia o por correo.

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

Cobertura Acreditada para Portabilidad de HIPAA: Cobertura que Usted tuvo anteriormente en un plan médico Individual o Grupal que incluye, entre otros, Medicare, Medicaid, planes gubernamentales, planes de iglesias, ley COBRA y planes militares o el Programa Estatal de Seguro Médico para Menores (p. ej., LaCHIP). La *Cobertura Acreditada* no incluye lo siguiente:

- Pólizas Médicas de Corta Duración
- Pólizas para enfermedades específicas (p.ej. Pólizas para el cáncer),

- Cobertura complementaria (p.ej. Complemento de Medicare),
- Beneficios limitados (p. ej., solo accidentes, seguro por discapacidad, seguro de responsabilidad, Indemnización a Trabajadores, seguro de automóvil para gastos médicos, seguro de crédito solamente) o
- Cobertura en centros médicos en el mismo lugar o cobertura como se especifica en las normativas federales bajo las cuales los Beneficios para atención médica son secundarios o inherentes a los Beneficios del seguro).

Compañía: HMO Louisiana, Inc.(HMOLA).

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

Consulta: Opinión o recomendación de otro Médico sobre Su evaluación o tratamiento, y que se proporciona a petición del Médico que le atiende. Las consultas no incluyen lo siguiente:

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

Copago: El importe específico que Usted debe pagar cuando recibe los Servicios cubiertos. Para conocer esa cantidad consulte el *Esquema de Beneficios*. Puede que Su Proveedor de la Red le cobre el Copago directamente a Usted.

Copago de Medicamentos con Receta: La cantidad que debe pagar por cada receta en una Farmacia Participante cuando surta una receta. Es posible que deba pagar un Copago diferente para los diferentes niveles de medicamentos cuando compre medicamentos en una farmacia o por correo.

Cuidados de Hospicio: Un conjunto integrado de servicios y suministros diseñados para proporcionar cuidados paliativos y de apoyo para satisfacer Sus necesidades especiales y las de Su familia durante las etapas finales de una enfermedad terminal. Un Médico dirige un equipo interdisciplinario que coordina de forma centralizada el alcance total de los servicios de salud. Una agencia de Cuidados de Hospicio que Nosotros aprobemos proporciona los servicios y suministros.

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

- La Necesidad Médica, idoneidad, entorno de la atención médica, nivel de atención, eficacia o tratamiento que se considera experimental o en investigación;
- Su derecho a recibir cobertura según la Póliza;
- Cualquier determinación de revisión prospectiva o retrospectiva; o
- Una Rescisión;

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

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

Duración de la póliza: El periodo que abarca hasta un máximo de 11 meses, que comienza a las 12:00 a.m. de la Fecha de entrada en vigor y finaliza a las 11:59 p.m. de la fecha de rescindir la póliza indicada en el *Esquema de Beneficios*.

Emergencia: Consulte *Afección Médica de Emergencia*.

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

En Investigación: Un tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o producto biológico se encuentra «en Investigación» si la efectividad no se ha evaluado con claridad y si no se ha incorporado en la práctica médica estándar. Cualquier determinación que Nosotros tomemos respecto de si un tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo, o producto biológico se encuentra En Investigación consideraremos lo siguiente:

- Si el tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o producto biológico puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos y si tal aprobación se otorgó en el momento en que el tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o producto biológico se debía proporcionar; o
- Si el tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo o producto biológico requiere estudios adicionales o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad, efectividad o eficiencia en comparación con los medios estándares de tratamiento o diagnóstico, y debe mejorar los resultados médicos de acuerdo con el consenso de opinión entre expertos como lo demuestra la evidencia confiable, que incluye lo siguiente:
 - Consulta con el programa de evaluación de tecnología (TEC, por sus siglas en inglés) de Blue Cross and Blue Shield Association u otro(s) centro(s) de evaluación de tecnología no afiliados;
 - Evidencia científica confiable publicada en literatura médica revisadas por colegas generalmente reconocidas por la comunidad médica correspondiente; o
 - Referencia a las normativas federales.

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

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

Farmacia de la Red: Farmacias que tiene un contrato con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia para aceptar una cantidad negociada como pago total de los Medicamentos con Receta cubiertos que ellos le despachan a Usted. Farmacias de la Red también puede definirse como Farmacias Participantes.

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

Fecha de la Póliza: La fecha a partir de la cual Nosotros le emitimos a Usted esta Póliza.

Fecha de rescisión: Fecha en la que finaliza esta póliza, a menos que se renueve o prorrogue.

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

Formulario de Medicamentos con receta: Lista de Medicamentos con receta específicos cubiertos por esta póliza.

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

Hospital: Una institución que la agencia estatal apropiada licencia como un Hospital médico quirúrgico general. *Hospital* también puede referirse a una institución que principalmente proporciona atención psiquiátrica, para dependencia química, de rehabilitación, de enfermería especializada, a largo plazo, intermedia u otra atención especializada.

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

Lesión Accidental: Una condición que resulta directamente de una lesión corporal traumática sufrida sólo por medios accidentales de una fuerza externa. Las lesiones causadas por masticación no son lesiones accidentales en los dientes.

Límite Máximo de la Póliza: Importe máximo de los Cargos Permitidos a pagar por la Compañía por Reclamaciones cubiertas incurridas durante la Vigencia de la Póliza según se indica en el *Esquema de Beneficios*.

Madre Medicamente Discapacitada de Forma Temporal: Una mujer que ha dado a luz recientemente y cuyo Médico ha sugerido que el traslado habitual puede ser peligroso para su salud.

Madre Sustituta Gestacional: Una mujer, no cubierta por el Plan, que acepta participar en un proceso por el cual intenta llevar y dar a luz a un niño que nace como resultado de una transferencia in útero de un embrión humano al que no contribuye genéticamente.

Medicamento Necesario (o Necesidad Médica): Servicios de atención médica, tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos, elementos u otros suministros que un Proveedor, aplicando su juicio clínico prudente, proporcionaría a un paciente con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que presentan los siguientes puntos:

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

diagnósticos equivalentes como los diagnósticos o tratamientos de la enfermedad, lesión o afección del paciente.

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

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

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

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

Medicamento Genérico: Un Medicamento con Receta equivalente a un Medicamento de Marca respecto de su dosis, seguridad, concentración, vía de administración, calidad, características del rendimiento y uso previsto; o, un Medicamento que Nosotros identificamos como Genérico. Clasificamos a un Medicamento con Receta como Medicamento Genérico sobre la base de una fuente de precios reconocida a nivel nacional. Los fabricantes o las farmacias no los clasifican para Nosotros. Es posible que Nosotros no clasifiquemos como Medicamentos Genéricos los mismos medicamentos que el fabricante o la farmacia identifica como Genéricos.

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

Medicamentos con Receta: Aquellos medicamentos que incluyen los Medicamentos Especializados, cuya venta o entrega requieren por ley la orden de un Médico u otro profesional de atención médica, y que llevan el texto exigido a nivel federal que estipula que dichos medicamentos no podrán despacharse sin una receta, y que actualmente son aprobados por la FDA por su seguridad y efectividad, sujeto a *¿Cuándo no pagará el Plan? Limitaciones y Exclusiones. Limitaciones y Exclusiones.*

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

Médico: Un Doctor en Medicina o un Doctor en Osteopatía, legalmente calificado y con licencia para practicar la medicina dentro del alcance de su licencia en el momento y lugar donde se presta el servicio.

Médico de Atención Primaria (PCP): Un médico de familia, médico general, internista, geriatra o pediatra. Al realizar servicios de atención primaria, un enfermero especializado y un asistente médico pueden ser considerados como un Médico de Atención Primaria.

Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) : Una Organización de Revisión Independiente que lleva a cabo revisiones externas de Nuestras Determinaciones Adversas finales. La IRO no está afiliada con Nosotros y su decisión es vinculante tanto para Usted como para Nosotros.

Operación:

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

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

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

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

Periodo de Beneficios: El periodo que comienza en la Fecha de entrada en vigor y continúa hasta un máximo de 11 meses, como se indica en el Esquema de Beneficios.

Póliza: Este acuerdo, incluyendo la *Solicitud de Cobertura Médica a Corto Plazo, Esquema de Beneficios*, las enmiendas y endosos, si los hubiere, que le dan derecho a Usted a los Beneficios.

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

Programa Diurno de Rehabilitación: Un programa que provee más de una (1) hora de Atención de Rehabilitación después que alguien sea dado de alta de un Admisión para pacientes hospitalizados.

Programas de Hospitalización Parcial: Programas de tratamiento de día, tarde o noche estructurados y médicamente supervisados los cuales son proporcionados al menos cuatro (4) horas al día y se encuentran disponibles al menos tres (3) días a la semana, aunque algunos pacientes pueden necesitar asistir con menor frecuencia. Los servicios presentan esencialmente la misma naturaleza e intensidad (incluida la atención médica y de enfermería) que los proporcionados en un hospital, excepto que el paciente se encuentra en el programa menos de veinticuatro (24) horas al día. El paciente no se considera un residente del programa. La gama de servicios ofrecidos aborda un trastorno relacionado con la Salud Mental o relacionado con el consumo de sustancias tóxicas a través de un plan de tratamiento individualizado que un equipo coordinado de tratamiento multidisciplinario proporciona.

Programas Intensivos para Pacientes Ambulatorios: Los programas que tienen la capacidad de brindar servicios planificados y estructurados de al menos dos (2) horas por día y tres (3) días a la semana, aunque es posible que algunos pacientes necesiten asistir con menor frecuencia. Estos programas suelen incluir servicios multidisciplinarios coordinados e integrados. La gama de servicios ofrecidos se dirige a un trastorno mental o relacionado con el consumo de sustancias tóxicas y podría incluir servicios de psicoterapia de grupo, individual, familiar o multifamiliar, servicios psicoeducativos y servicios complementarios como el seguimiento médico. Estos servicios incluyen el tratamiento múltiple o extendido, la rehabilitación y visitas de asesoramiento o supervisión y apoyo profesional. Los modelos de programas incluyen: «programas de intervención en caso de crisis estructurados», «rehabilitación psiquiátrica o psicosocial» y algunos «tratamientos diurnos». (Aunque el tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de sustancias tóxicas normalmente incluye la participación en un programa de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, el tiempo del programa como se describe aquí excluye el tiempo invertido en estos programas de autoayuda, que son ofrecidos por voluntarios de la comunidad sin cargo).

Proveedor: Un Hospital, Centro de Salud Asociado, Médico o Profesional de la Salud Asociado, con licencia donde sea requerida, que se desempeñe dentro del alcance de la licencia y que haya sido aprobado por Nosotros. Si un Proveedor no se encuentra sujeto a una licencia estatal o federal, tenemos el derecho de definir todos los criterios bajo los que pueden ofrecerse los servicios de un Proveedor a Nuestros Afiliados, de forma que los Beneficios se apliquen a una Reclamación del Proveedor. Las Reclamaciones sometidas por Proveedores que no cumplan con estos criterios serán denegadas.

- **Proveedor Community Blue:** Un Proveedor que firmó un contrato con Nosotros para participar en la Red de Proveedores Community Blue. Este Proveedor también puede definirse como un Proveedor de la Red o Proveedor dentro de la Red.
- **Proveedor Participante:** Un Proveedor que no firmó un contrato para participar en la Red Community Blue, pero firmó un contrato para participar en la Red de HMOLA, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana u otro plan de Blue Cross and Blue Shield.
- **Proveedor No Participante:** Un Proveedor que no firmó un contrato para participar en la Red Community Blue, HMOLA, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana ni de ningún otro plan de Blue Cross and Blue Shield.

Proveedor Asociado: Cualquier Centro de Salud Asociado o Profesional de la Salud Asociado.

Proveedor de la Red: Un Proveedor que firmó un acuerdo con Nosotros para participar en la Red de Proveedores Community Blue de HMO Louisiana, Inc. Nos referimos a estos Proveedores como *Proveedores de la Red Community Blue* o *Proveedores de la Red*.

Proveedor Quality Blue: Cualquier Proveedor que haya firmado un contrato para participar en el programa Quality Blue. En la actualidad, los Proveedores Quality Blue incluyen médicos de familia, médicos generalistas, pediatras,

internistas, geriatras, enfermeros especialistas y asistentes médicos, pero hay más Proveedores que pueden firmar un contrato para participar en el programa Quality Blue. Para comprobar si un Proveedor participa en el programa Quality Blue, puede consultar un directorio de Proveedores en Nuestra página web es.bcbsla.com o póngase en contacto con nuestro servicio de atención al cliente llamando al número que figura en la tarjeta de identificación.

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

Queja: Una expresión oral de insatisfacción con un servicio.

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

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

Reconsideración Informal: Una solicitud telefónica para Nuestra revisión de una decisión de no Autorizar un servicio o tratamiento por parte de Administración de Utilización. Puede solicitar una Reconsideración Informal dentro de los diez (10) días después de la determinación de Revisión inicial o Concurrente.

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

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

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

Rescisión: Cancelación o interrupción de la cobertura que tiene efecto retroactivo.

Revisión Concurrente: Una revisión de la Necesidad Médica, idoneidad de la atención o el nivel de atención realizada durante la estancia del paciente en las instalaciones o durante el transcurso del tratamiento.

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

Servicio de Ambulancia: Traslado que es Médicamente Necesario por medio de un vehículo de Emergencia especialmente diseñado para transportar enfermos y personas lesionadas. El vehículo debe estar equipado como un vehículo de traslado de Emergencia y debe contar con personal de ambulancia capacitado de acuerdo con lo requerido por las leyes estatales y locales correspondientes que rigen para los vehículos de traslado de Emergencia.

Servicio de Diagnóstico: Servicios de radiología, laboratorio y patología y otras pruebas o procedimientos que Nosotros reconocemos como práctica médica aceptada, que se prestan cuando se presentan síntomas específicos y

que están dirigidos a detectar o controlar una afección, enfermedad o lesión específica. Un Servicio de Diagnóstico debe ser indicado por un Proveedor antes de prestar el servicio.

Servicios de diagnóstico por imágenes:

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

Servicio de Enfermería General, Comidas y Alojamiento: Las habitaciones, comidas y todos los servicios y actividades generales proporcionados por los empleados de un Hospital para la atención de los pacientes. Este servicio incluye toda la atención de enfermería y servicios instructivos de enfermería proporcionados como parte del gasto de alojamiento y comida del Hospital.

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

Servicios Médicos de Emergencia: Aquellos servicios médicos inmediatos y no programados que son necesarios para evaluar o tratar una Afección Médica de Emergencia.

Servicios Privados de Enfermería: Servicios de un Enfermero Registrado (RN, por sus siglas en inglés) o un Enfermero Especializado con Licencia (LPN, por sus siglas en inglés) que no sea un familiar directo, cónyuge ni hijo adoptado del paciente. El Médico que atiende debe ordenar estos servicios y estos servicios requieren la destreza técnica de un RN o un LPN, en turnos de al menos 8 horas continuas.

Servicios Protésicos: La ciencia y práctica de evaluar, medir, diseñar, fabricar, ensamblar, acondicionar, alinear, ajustar o reparar una prótesis a través del reemplazo de partes externas de un cuerpo humano que se perdieron por amputación o malformaciones congénitas para restaurar el funcionamiento, la prótesis estética o ambos. También incluye la atención clínica Médicamente Necesaria.

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

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

A. **Servicios de Telemedicina Asíncrona:** La transmisión de información médica pregrabada del paciente a un Proveedor desde el sitio de origen a un sitio distante sin que el paciente esté presente.

B. **Servicios de Telemedicina Síncrona:** La interacción entre el paciente y el Proveedor en diferentes ubicaciones en tiempo real, mediante la transmisión de video y audio bidireccional, generalmente a través de un portal de pacientes establecido.

Suscriptor / Afiliado: Alguien que es un residente de este estado, que ha cumplido con las especificaciones del *Esquema de Requisitos*, que ha firmado la *Solicitud de Cobertura Médica de Corta Duración* o para el cual algún representante legal autorizado ha firmado la solicitud, que se ha inscrito para la cobertura, y a quien le hemos emitido esta Póliza.

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

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

Terapia Genética: Un tratamiento que implica la administración de material genético para modificar o manipular la expresión de un gen o para alterar las propiedades biológicas de las células vivas para uso terapéutico.

Terapia Ocupacional (OT, por sus siglas en inglés): La evaluación y el tratamiento de lesiones físicas o afecciones, disfunciones cognitivas, discapacidades congénitas o del desarrollo, o el proceso de envejecimiento por el uso de actividades orientadas a una meta específica, ejercicios terapéuticos u otras intervenciones que mitigan una discapacidad o mejoran la capacidad funcional. Estos pueden incluir:

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

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

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

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

Síndrome de Rett, el Trastorno de Desintegración Infantil, el Síndrome de Asperger y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.

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

- psicosis,
- trastornos neuróticos,
- trastornos de personalidad,
- trastornos afectivos, y
- las siguientes enfermedades mentales graves específicas según lo definido en Luisiana. R.S. 22:1043:
 - esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo;
 - trastorno bipolar;
 - trastorno de pánico;
 - trastorno obsesivo compulsivo;
 - trastorno depresivo severo;
 - anorexia y bulimia;
 - trastorno explosivo intermitente;
 - trastorno de estrés postraumático;
 - psicosis NOS cuando se diagnostica en menores de diecisiete (17) años;
 - Síndrome de Rett; y
 - síndrome de Tourette,
- y afecciones y enfermedades enumeradas en la edición más reciente del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Washington, D.C. (DSM), incluyendo otros trastornos mentales no psicóticos que Nosotros determinamos.

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

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

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

Artículo 3. Esquema de Requisitos

Mediante una enmienda, o como se indica en el *Esquema de Beneficios*, podemos eliminar o revisar cualquier requisito para la afiliación de esta póliza que no sea obligatorio por ley estatal o federal.

A. Requisitos para la afiliación

1. **Suscriptor/Afiliado:** Un Suscriptor/Afiliado es alguien que ha firmado la Solicitud de Cobertura Médica a Corto Plazo, o alguien en cuyo nombre el representante legal correspondiente ha firmado una solicitud, y que Nosotros hemos aceptado cubrir. Usted debe ser un residente de Luisiana en el momento de la solicitud y mientras esté cubierto.

B. Fecha de entrada en vigor de la cobertura

1. Ninguna persona para la que se solicite cobertura estará cubierta por esta Póliza a menos que hayamos aprobado la *Solicitud de Cobertura Médica de Corta Duración* y dicha aprobación haya sido demostrada por la emisión de una tarjeta de identificación (ID) u otra notificación de aprobación por escrito. El pago de las primas que Nosotros recibimos en nombre de una persona que procure recibir cobertura no hará efectiva la cobertura a menos y hasta que hayamos emitido la tarjeta de identificación u otra aprobación por escrito y, cuando no se hayan emitido, Nuestra responsabilidad será limitada a reembolsar las primas pagadas.
2. Cuando una solicitud ha sido aprobada y todas las primas de cobertura han sido pagadas por adelantado de acuerdo con lo requerido por esta Póliza, la cobertura comenzará en la fecha que Nosotros asignemos como su Fecha de entrada en vigor. No se pagarán Reclamaciones por fechas de servicios anteriores a Su Fecha de entrada en vigor.
3. Podemos requerir al solicitante que Nos pague todas las cantidades vencidas de la cobertura anterior antes de aceptar la solicitud de cobertura de esta póliza.

Artículo 4. Beneficios

A. Categorías de Beneficios

1. **Beneficios de la Red (*dentro de la Red*):** Beneficios de atención médica recibidos a través de un Proveedor de la Red Community Blue. Cuando un Afiliado recibe atención de un Proveedor de la Red, el Afiliado recibirá el nivel más alto de Beneficios conforme esta Póliza.
2. **Beneficios que no son de la Red (*Fuera de la Red*):** Los beneficios para la atención médica recibidos de un Proveedor que no tiene un contrato con Nosotros como Proveedor de la Red Community Blue. Los Proveedores Participantes y No Participantes no tienen contrato con Nuestra Red de Proveedores Community Blue. Cuando un Afiliado recibe atención de un Proveedor que No Pertenece a la Red, recibirá el nivel más bajo de Beneficios de esta Póliza.

B. Cantidades de Deducible

1. Sujetos a las Cantidades de Deducible que se muestran en el *Esquema de Beneficios*, las limitaciones máximas provistas y otros términos y disposiciones de esta Póliza, Nosotros ofreceremos Beneficios de acuerdo con el porcentaje de Coaseguro que figura en el *Esquema de Beneficios* respecto a los Cargos Permitidos incurridos por concepto de Servicios Cubiertos por Usted durante un Período de Beneficios. Los siguientes Deducibles pueden aplicarse a los Beneficios proporcionados por esta Póliza.
 - a. **Cantidad de Deducible del Periodo de Beneficios:** Cuánto debe pagar por los Servicios Cubiertos en un Periodo de Beneficios antes de que Nosotros paguemos por Beneficios. Usted paga por separado los deducibles del Periodo de Beneficios para las categorías de la Red Community Blue y fuera de la Red. Consulte el *Esquema de Beneficios* para conocer la cantidad específica del Deducible del Periodo de Beneficios. Puede aplicarse un Deducible distinto para ciertos Servicios Cubiertos si así aparece en el *Esquema de Beneficios*.
 - b. **Cantidad de Deducible de Atención del Embarazo:** Cuánto debe pagar en el Periodo de Beneficios aplicable por los Servicios Cubiertos de Atención del Embarazo antes de que Nosotros empecemos a pagar los Beneficios de Atención del Embarazo. Consulte el *Esquema de Beneficios* para conocer la cantidad específica del Deducible de Atención del Embarazo. El Deducible de Atención del Embarazo no se acumula al Deducible del Periodo de Beneficios. Una vez alcanzado el Deducible de Atención del Embarazo, se aplica el Coaseguro hasta alcanzar la Cantidad de Desembolso indicada en el *Esquema de Beneficios*.
 - c. **Deducible de Medicamentos con Receta:** Cuánto debe pagar en el Periodo de Beneficios aplicable antes de abonar un porcentaje de Copago o Coaseguro por Medicamentos con receta. El Deducible de Medicamentos con receta es independiente del Deducible del Periodo de Beneficios y del Deducible de Atención del Embarazo. Consulte el *Esquema de Beneficios* para conocer la cantidad específica del Deducible de Medicamentos con receta.
2. Cada uno de los Deducibles descritos en el *Esquema de Beneficios* debe cumplirse para cada Periodo de Beneficios. Puede tener importes separados dentro y fuera de la red. Los importes que se aplican a un Deducible de la Red no se aplican a un Deducible que No Pertenece a la Red. Los importes que se aplican a un Deducible que No Pertenece a la Red no se aplican a un Deducible de la Red.
3. Aplicaremos sus Reclamaciones al Deducible correspondiente en el orden en que se reciban y procesen las Reclamaciones. Es posible que 1 Proveedor pueda cobrarle el importe del Deducible a Usted, y posteriormente, cuando Usted reciba Servicios Cubiertos de otro Proveedor, que ese Proveedor también le cobre a Usted el Deducible. Esto generalmente ocurre cuando sus Reclamaciones no han sido recibidas y procesadas por Nosotros. Nuestro sistema solo mostrará la Cantidad de deducible aplicada a las Reclamaciones que han sido procesadas. Por lo tanto, es posible que Usted deba pagar el importe del Deducible hasta que se presenten y procesen sus Reclamaciones, demostrando que se ha alcanzado la Cantidad de su deducible. Si Usted realiza un pago que excede su Cantidad de deducible, el Afiliado tiene derecho a recibir un reembolso del Proveedor al que pagó de más.
4. Si Nosotros pagamos a un Proveedor médico cantidades que son Su responsabilidad, como Copagos o Deducibles y porcentajes de Coaseguro, Nosotros podemos cobrarle directamente esas cantidades. Usted acepta que Nosotros tenemos derecho a recibir tales cantidades de Su parte.

C. Coaseguro

Si en el *Esquema de Beneficios* aparece un porcentaje de Coaseguro para un Servicio Cubierto, Usted deberá pagar en primer lugar cualquier Importe del Deducible antes de que se aplique un porcentaje de Coaseguro. Después de que se haya alcanzado cualquier Cantidad de Deducible, y sujeto a las limitaciones máximas y otros términos y disposiciones de esta Póliza, proporcionaremos Beneficios en los porcentajes de Coaseguro que se muestra en el *Esquema de Beneficios* para los Cargos Permitidos por los Servicios Cubiertos. Nuestro pago real a un Proveedor o pago a Usted cumple con Nuestra obligación de pagar Beneficios bajo esta Póliza.

D. Servicios de Copago

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

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

1. Ejemplos de Servicios Cubiertos sujetos a Copagos:
 - a. Consultas médicas;
 - b. Procedimientos quirúrgicos realizados en el consultorio del Médico; y
 - c. Educación sobre diabetes.
2. Los siguientes servicios están cubiertos al 100 % del Cargo Permitido cuando los realiza un Médico de la Red u otro Proveedor que está sujeto a un Copago por consulta médica.
 - a. Inyecciones, sueros para alergias y viales de medicamentos para alergia;
 - b. Pruebas de alergia;
 - c. Anestesia;
 - d. Quimioterapia;
 - e. Tratamiento de radiación;
 - f. Imágenes de Baja Tecnología;
 - g. Pruebas de laboratorio;
 - h. Diálisis;
 - i. Terapia de infusión intravenosa; y
 - j. Suministros médicos y quirúrgicos;

E. Cantidad de Desembolso

1. Después de que Usted haya alcanzado el importe de Desembolso que se muestra en el *Esquema de Beneficios*, pagaremos 100 % de los Cargos Permitidos por Servicios Cubiertos durante el resto del Período de Beneficios.
2. Los siguientes importes se acumulan en la Cantidad de Desembolso de esta Póliza:
 - a. Cantidades de Deducible;
 - b. Cantidad de Deducible por Medicamentos con Receta;
 - c. Coaseguros; y
 - d. Copagos.
3. Los siguientes no se acumulan en la Cantidad de Desembolso de esta Póliza:
 - a. Cantidad de Deducible de Atención del Embarazo;
 - b. cualquier cargo que exceda el Cargo Permitido;
 - c. cualquier sanción que Usted o el Proveedor tenga que pagar; y
 - d. los cargos por Servicios no Cubiertos.

Artículo 5. Beneficios de Hospital

Todas las Admisiones (incluyendo Admisiones electivas o no de Emergencia, Emergencia, Atención del Embarazo, Trastornos Mentales y Trastornos por Uso de Sustancias) deben ser Autorizadas como se indica en la *Administración de la Atención*. Además, a intervalos regulares durante la estancia como Paciente Hospitalizado, Nosotros realizaremos una Revisión Concurrente para determinar si la continuación de la hospitalización y el nivel de atención son adecuados.

Debe pagar todos los copagos, importes de deducibles y coaseguros que se muestran en el *Esquema de Beneficios*. Si Usted recibe servicios de un Médico en una clínica de un Hospital, Usted puede quedar sujeto a cargos por parte del Médico o la clínica, como también de las instalaciones.

Si Usted acude a la sala de Emergencias de un Hospital por una Afección Médica de Emergencia y es ingresado en el Hospital, la Admisión hospitalaria debe ser Autorizada.

Si se encuentra médicamente estable e ingresado en un Hospital fuera de la Red, los beneficios se tramitarán según el Importe del Deducible y el Coaseguro fuera de la Red que figuran en el *Esquema de Beneficios*.

Si se encuentra médicamente estable e ingresado en un Hospital fuera de la Red, los beneficios se tramitarán según el Importe del Deducible y el Coaseguro fuera de la Red que figuran en el *Esquema de Beneficios*. Sin embargo, una vez estabilizado, deberá trasladarse a un Hospital de la Red Community Blue.

También es posible que le facture el saldo un Hospital No Participante.

Los siguientes servicios que le brinda un Hospital están cubiertos:

A. Servicio de enfermería general, comidas y alojamiento para Pacientes Hospitalizados

1. Habitación del Hospital, comidas y servicios de enfermería general.
2. En una Unidad de Atención Especial si está gravemente enfermo y requiere cuidados intensivos.
3. En un Centro o Unidad de Enfermería Especializada o mientras recibe servicios de enfermería especializada en un Hospital u otro centro aprobado por Nosotros.
4. En un Centro de Tratamiento Residencial cuando usa Beneficios para trastornos de Salud Mental o trastornos por consumo de sustancias tóxicas.

B. Otros servicios hospitalarios (Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios)

1. Uso de las salas de operaciones, partos, recuperación o tratamiento y los equipos.
2. Fármacos y medicinas, incluidos aquellos de venta con receta para ser administrados en casa.
3. Las transfusiones de sangre, incluyendo el costo de sangre entera, plasma sanguíneo y expansores, cargos de procesamiento, los cargos de la administración de transfusiones, equipos y suministros.
4. Anestesia, suministros de anestesia y servicios de anestesia proporcionados por un empleado del Hospital.
5. Suministros médicos y quirúrgicos, yesos y férulas.
6. Servicios de Diagnóstico proporcionados por un empleado del Hospital.
7. Fisioterapia proporcionada por un empleado del Hospital.
8. Evaluación psicológica cuando lo indique el Médico que atiende y la realice un empleado del Hospital.

C. Evaluación previa a la Admisión

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

Artículo 6. Beneficios médicos y quirúrgicos

Los Beneficios para los siguientes servicios médicos y quirúrgicos están disponibles y pueden requerir Autorización. Consulte el *Esquema de Beneficios* para determinar qué servicios requieren Autorización. Deberá pagar los Copagos, Deducible y Coaseguros que figuran en el *Esquema de Beneficios*.

A. Servicios Quirúrgicos

1. Operación

- a. El Cargo Permitido por Operación para Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios incluye todas las visitas médicas las visitas médicas preoperatorias y posoperatorias.
- b. Nosotros definimos y determinamos el período preoperatorio y posoperatorio, y este es el período adecuado para la atención médica de rutina del procedimiento quirúrgico específico.
- c. Cuando se lleva a cabo en el consultorio del Médico, el Cargo Permitido para la Operación incluye la consulta médica. No se permiten Beneficios adicionales para los cargos por consultas el mismo día de la Operación.

2. Servicios Médicos o Quirúrgicos Múltiples: cuando se realizan múltiples servicios Medicamente Necesarios (concurrentes, sucesivos u otros servicios médicos o quirúrgicos múltiples) en el mismo evento, los Beneficios se pagan de la siguiente manera:

a. Servicio Primario

- (1) Nosotros determinaremos el servicio primario o principal.
- (2) Los Beneficios para el servicio primario se basarán en el Cargo Permitido.

b. Servicio Secundario

El servicio secundario es un servicio realizado además del servicio primario, según sea determinado por Nosotros. El Cargo Permitido para el servicio secundario se basará en un porcentaje del Cargo Permitido que podría aplicarse si el servicio secundario hubiera sido el servicio primario.

c. Servicio Secundario

- (1) Un servicio secundario es aquel que se lleva a cabo al mismo tiempo que un servicio primario según lo determinemos Nosotros.
- (2) Los servicios secundarios cubiertos no se reembolsan por separado. El Cargo Permitido para el procedimiento primario incluye cobertura para cualquier servicio secundario. Si el servicio primario no está cubierto, el servicio secundario tampoco estará cubierto.

d. Servicios desagregados

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

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

e. Servicio Mutuamente Excluyentes

- (1) Los servicios mutuamente excluyentes son dos (2) o más servicios que normalmente no se realizan en la misma sesión operatoria u ocurren en el mismo paciente, en la misma fecha de servicio. Los servicios mutuamente excluyentes podrían también incluir diferentes códigos de servicios y descripciones para el mismo tipo de servicios en los cuales el Médico deberá someter solamente uno (1) de los códigos. Uno o más de los servicios duplicados no es reembolsable, ya que debe reembolsarse una sola vez.
- (2) El Cargo Permitido incluye todos los servicios realizados en el mismo evento. Aquellos servicios que no se consideren Médicamente Necesarios no estarán cubiertos.

3. Asistente de Cirujano

Un asistente de cirujano es un médico, un asistente médico licenciado, un primer auxiliar de enfermería registrado y certificado (CRNFA), un primer auxiliar de enfermería registrado (RNFA) o practicante de enfermería certificado. La cobertura para un asistente de cirujano se provee solo si el uso de un asistente del cirujano es requerido por las normas nacionales establecidas. El Cargo Permitido para el asistente del cirujano se basa en un porcentaje de la tarifa que se le paga al cirujano principal.

4. Anestesia

Los servicios de anestesia general están cubiertos cuando los solicite el Médico que realiza la operación y los presten un enfermero registrado anestesista certificado (CRNA, por sus siglas en inglés) o un Médico, que no sea el Médico que realiza la operación o el cirujano asistente, para servicios quirúrgicos cubiertos. También se proveerá cobertura para otros tipos de servicios de anestesia, según Nosotros lo definamos y aprobemos. La dirección o supervisión médica de la administración de la anestesia incluye atención de la administración de la anestesia en las etapas preoperatoria, operatoria y posoperatoria.

Los procedimientos de anestesia o sedación que realice el Médico que opera, su cirujano asistente, o un enfermero registrado de práctica avanzada, se cubrirán como parte del procedimiento quirúrgico o de diagnóstico a menos que Nosotros determinemos lo contrario.

Los beneficios de anestesia se determinarán aplicando el porcentaje de Coaseguro al Cargo Permitido basado en el procedimiento quirúrgico principal realizado. Los Beneficios están disponibles para el anesitiólogo o el CRNA que proporcione el servicio. Cuando un anestesista dirija o supervise médicamente al CRNA, el pago podría dividirse entre la dirección o supervisión médica y la administración de la anestesia cuando se facturen por separado.

5. Segunda Opinión Quirúrgica

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

B. Servicios Médicos para Pacientes Hospitalizados

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

1. Consulta médica a pacientes hospitalizados
2. Atención Concurrente; y
3. Consultas (como se definen en esta Póliza).

C. Servicios Médicos y Quirúrgicos para Pacientes Ambulatorios

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

Artículo 7. Beneficios de Medicamentos con Receta

Los Medicamentos con Receta están cubiertos como se muestran en la Opción 1 o la 2 a continuación. Consulte Su Esquema de Beneficios para saber qué Beneficio de Medicamentos con Receta le corresponde.

A. Los Medicamentos con Receta deben ser dispensados correctamente

Los Medicamentos con Receta deben despacharse en o después de su Fecha de entrada en vigor por un farmacéutico con licencia o un técnico de farmacia bajo la dirección de un farmacéutico con licencia, con la receta de un Médico o un Profesional de la Salud Asociado que tenga licencia para recetar medicamentos. Los Beneficios se basan en el Cargo Permitido que determinemos y solo se cubrirán aquellos Medicamentos con Receta que Nosotros consideremos Medicamento Necesarios. Ciertos Medicamentos con Receta pueden estar sujetos a la Terapia Escalonada o requerir de Autorización previa como figura en el *Esquema de Beneficios*.

B. Algunas Farmacias han contratado con Nosotros

Algunas farmacias han contratado con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia para aceptar una cantidad negociada como pago total de los Medicamentos con Receta cubiertos que dispensan. Estas farmacias son «Farmacias Participantes».

Los Beneficios se basan en el Cargo Permitido que Nosotros determinemos. El Cargo Permitido para los Medicamentos de Venta con Receta cubiertos adquiridos en «Farmacias Participantes» se basa en el importe que pagamos a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia. Usamos el importe que Nosotros pagamos a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia como base de nuestro pago por Sus Medicamentos con receta cubiertos y el importe que Usted debe pagar por los Medicamentos con receta cubiertos.

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

C. Presente una tarjeta de identificación válida al comprar Medicamentos con Receta

Al comprar Medicamentos con Receta cubiertos en una Farmacia de la Red, presente una tarjeta de identificación válida. El Deducible de Medicamentos con Receta, si aparece en el *Esquema de Beneficios*, se debe haber cumplido antes de que se aplique cualquier Copago o Coaseguro. Si Usted no ha alcanzado su Deducible de Medicamentos con Receta, la Farmacia de la Red puede cobrar el 100 % de los costos descontados del medicamento en el punto de venta. Si Usted ha alcanzado su Deducible de Medicamento con Receta, pagará la Cantidad de Copago o Coaseguro que figure en el *Esquema de Beneficios*. La Farmacia de la Red presentará de forma electrónica la Reclamación por Usted.

D. Formulario de Medicamentos con Receta

Esta Póliza cubre los Medicamentos con Receta y utiliza un Formulario cerrado de Medicamentos con Receta. Un *Formulario de Medicamentos con Receta* es una lista de los Medicamentos con Receta cubiertos en esta Póliza. Dentro del Formulario de Medicamentos de venta con Receta, los medicamentos se agrupan en diferentes niveles que representan las cantidades variables de los costos compartidos. En general, los Medicamentos con Receta en los niveles más bajos le costarán a Usted menos que los medicamentos en los niveles más altos. Para los medicamentos cubiertos que se enumeran en el formulario, se podría aplicar Nuestro Programa de Administración de Utilización de Medicamentos que se describe más detalladamente en la siguiente sección. Para los medicamentos cubiertos que están incluidos en el formulario, Nuestro Programa de Administración de Utilización de Medicamentos, que se describe más detalladamente en la siguiente sección, puede aplicar.

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

También puede llamarnos al número de teléfono que se encuentra en la tarjeta de identificación para consultar si un medicamento específico está incluido en Su formulario. El hecho de que un Medicamento con Receta esté incluido en Su Formulario de Medicamentos con Receta no garantiza que Su Proveedor de atención médica que emite la receta le recetará el medicamento para una afección médica o enfermedad mental determinada.

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

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

Opción 1 - Beneficios para Medicamentos con Receta (Nivel 3)

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

Nivel 1: *Principalmente los Medicamentos Genéricos (tradicionales y especializados), aunque algunos Medicamentos de Marca pueden caer en esta categoría.*

Nivel 2: Incluye medicamentos de marca tradicionales y genéricos, medicamentos de marca especializados y genéricos, y biosimilares

Nivel 3: Incluye medicamentos de marca tradicionales y genéricos, medicamentos de marca especializados y genéricos, biosimilares, y medicamentos compuestos cubiertos.

Opción 2 - Beneficios para Medicamentos con Receta (Nivel 2)

1. Después de que se haya alcanzado el Deducible, se otorgarán los Beneficios por Medicamentos con Receta que se despachen en tiendas o por correo, según los porcentajes de Coaseguro aplicables que se muestran en el *Esquema de Beneficios*. Los Medicamentos genéricos y los Medicamentos de marca pueden estar sujetos a diferentes Cantidades de Coaseguro.
2. Si se aprueba una solicitud de revisión del formulario, Usted recibirá cobertura para el medicamento que no se encuentra en el Formulario de Medicamentos con Receta al costo compartido del Medicamento de Marca o Medicamento Genérico aplicable.

Nivel 1: Medicamentos Genéricos

Nivel 2: Medicamentos de Marca

E. Programa de Administración de Utilización de Medicamentos

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

1. **Autorización Previa:** Como parte de nuestro programa de Administración de Utilización de Medicamentos, los Afiliados o Médicos deben solicitar y recibir Autorización previa para ciertos Medicamentos con Receta y suministros para acceder a los Beneficios de Medicamentos con Receta. El *Esquema de Beneficios*

contiene una lista de categorías de Medicamentos con Receta que requieren Autorización previa. Sin embargo, esta lista puede cambiar cada cierto tiempo. La lista de categorías de Medicamentos con Receta que requieren Autorización previa se encuentra disponible en nuestro sitio web en es.bcbsla.com/pharmacy o al número de teléfono del servicio de atención al cliente que se encuentra en la tarjeta de identificación. Si el Medicamento con Receta requiere Autorización previa, Su Médico debe llamar al número de teléfono para Autorizaciones Médicas que figura en la tarjeta de identificación. Si no se obtiene una Autorización, se pueden denegar los Beneficios si posteriormente se determina que el Medicamento con Receta no es Medicamento Necesario.

2. **Controles de seguridad:** Antes de que se despache Su receta, Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia o Nosotros, realizaremos controles de calidad y seguridad para precauciones de uso, duplicación de medicamentos y frecuencia de renovación (por ejemplo, renovar antes de que el 75 % del suministro despachado se haya agotado).
3. **Límite de Cantidad por Despacho o Gasto Cubierto:** Los Medicamentos con Receta que seleccionemos se encuentran sujetos a límites de cantidad por suministro diario, por cada vez que se dispensa o cualquier combinación de estos. El Límite de Cantidad por Despacho o el Gasto Cubierto se basa en lo siguiente:
 - a. la dosis recomendada por el fabricante y la duración de la terapia;
 - b. el uso común por tratamiento episódico o intermitente;
 - c. las recomendaciones o estudios clínicos aprobados por la FDA; o
 - d. lo que Nosotros determinemos.
4. **Terapia Escalonada:** Ciertos medicamentos y tipos de medicamentos están sujetos a Terapia Escalonada. En algunos casos, es posible que necesitemos que Usted pruebe primero uno o más Medicamentos con Receta para el tratamiento de una afección médica antes de que cubramos otro Medicamento con Receta para la misma afección. Por ejemplo, si el Medicamento A como el Medicamento B tratan Su afección médica, es posible que solicitemos a Su Médico que recete el medicamento A en primer lugar. Si el medicamento A no funciona para Usted, entonces cubriremos una receta escrita para el medicamento B. Sin embargo, si la solicitud de Su Médico para recetar el medicamento escalonado B no cumple con los criterios necesarios para comenzar con un medicamento escalonado B sin intentar utilizar primero uno del tipo A, o si Usted elige un medicamento B incluido en el programa de Terapia Escalonada de medicamentos sin intentar primero con uno alternativo A, Usted será responsable del costo total del medicamento.
5. **Anulaciones de la Terapia Escalonada:** Su Proveedor de Atención Médica que prescribe el Medicamento con Receta puede solicitar una anulación de la Terapia Escalonada.
 - a. Se proporcionan anulaciones de la Terapia Escalonada para el cáncer metastásico avanzado en etapa cuatro o afecciones asociadas cuando existen ciertos criterios; también se proporcionan anulaciones de Terapia Escalonada para otras afecciones cuando se cumplen ciertos criterios.
 - b. Cuando se envía una solicitud de Anulación de Terapia Escalonada, responderemos a la solicitud dentro de las setenta y dos horas, a menos que existan circunstancias apremiantes, en cuyo caso responderemos a la solicitud dentro de las veinticuatro horas. Si no tomamos la determinación a tiempo, la solicitud de anulación se considera aprobada.
 - c. Si se deniega una solicitud de Anulación de Terapia Escalonada, se puede presentar una Apelación.

F. Esta Póliza cubre suministros selectos para diabéticos, incluidos, entre otros, los monitores continuos de glucosa necesarios y suministros asociados, jeringas de insulina y tiras reactivas en virtud del beneficio de Medicamentos con Receta

G. Cuando usted compra Medicamentos con Receta Cubiertos en una farmacia que no tiene un contrato con Nosotros

Cuando usted compra Medicamentos con Receta Cubiertos en una farmacia que tiene un contrato con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia o cuando nos presenta una reclamación por escrito o a nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia, los Cargos Permitidos son el importe que pagamos a nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia por los Medicamentos con Receta cubiertos.

H. Cuando Usted compra Medicamentos con Receta fuera de los Estados Unidos

Los Medicamentos con Receta adquiridos fuera de los Estados Unidos deben ser equivalentes a los medicamentos que, de acuerdo con la ley Federal de los Estados Unidos, requieren una receta. En el caso de los Medicamentos con receta cubiertos y los suministros adquiridos fuera de los Estados Unidos, Usted debe presentar las Reclamaciones en Nuestro formulario de reclamaciones de Medicamentos con receta. Para obtener información de cómo presentar Reclamaciones por compras de Medicamentos con Receta en el extranjero, debe contactarnos o contactar a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia al número de teléfono que se muestra en la tarjeta de identificación.

I. Podemos divulgar información sobre su utilización de Medicamentos con Receta

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

J. Usamos cualquier descuento o reembolso para equilibrar las tarifas

Los descuentos o reembolsos que recibimos de los fabricantes de medicamentos sobre el costo de los medicamentos adquiridos en esta Póliza se utilizan para equilibrar las tarifas.

Artículo 8. Atención Preventiva o de Bienestar

Los siguientes servicios de Atención Preventiva o de Bienestar están a su disposición en la fecha de entrada en vigor requerida para la cobertura. Si recibe Servicios Cubiertos Preventivos o de Bienestar de un Proveedor de la Red, los beneficios se pagarán al 100 % del Cargo Permitido. Cuando los Servicios Cubiertos de Atención Preventiva o de Bienestar sean prestados por un Proveedor Fuera de la Red, los Beneficios estarán sujetos al Copago (si corresponde) y a los porcentajes de Coaseguro indicados en el *Esquema de Beneficios*. La Cantidad de Deducible del Periodo de Beneficios se aplicará a los Servicios Cubiertos recibidos de un Proveedor que No Pertenece a la Red, salvo que se especifique lo contrario a continuación. Los servicios de Atención Médica de Prevención o del Bienestar pueden estar sujetos a otras limitaciones que se muestran en el *Esquema de Beneficios*.

SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN PREVENTIVA o DE BIENESTAR	EDAD / CRITERIO
EXÁMENES Y PUERBAS - TODOS LOS ADULTOS	
<p>Examen físico de bienestar de rutina –Las pruebas de diagnóstico de rutina para el bienestar que ordene un médico (análisis de orina; conteo sanguíneo completo (CBC, en inglés); bioquímica sérica, los niveles de calcio, potasio, colesterol y azúcar en la sangre). Limitado a uno (1) por Período de Beneficios.</p> <p>Los servicios de Imágenes de Alta Tecnología, tales como, una resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas in inglés) y cardiología nuclear no están cubiertos por este Beneficio de Atención Preventiva o de Bienestar, pero pueden estar cubiertos por los Beneficios de este contrato.</p>	Adultos: Todas las edades
<p>Detección del Cáncer Colorrectal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés) para sangre: Una (1) por Período de Beneficios. • Sigmoidoscopia flexible: Una (1) cada cinco (5) años. • Colonoscopia: Una (1) cada diez (10) años. • Medicamentos recetados por el médico para la preparación de la colonoscopia: Limitado a dos (2) recetas para medicamentos genéricos seleccionados. • Prueba de ADN Cologuard: Una (1) por Período de Beneficios. • Colonografía por tomografía computarizada (TC): Una (1) cada cinco (5) años. • Cualquier examen adicional está sujeto a las Cantidades de Deducible y porcentajes de Coaseguro que aparecen en el Esquema de Beneficios. Los servicios considerados en Investigación no están cubiertos. 	<p>De 45 a 75 años</p> <p>De 45 a 75 años</p> <p>De 45 a 75 años</p> <p>De 45 a 75 años</p> <p>De 45 a 75 años</p> <p>De 45 a 75 años</p>
VACUNAS - TODOS LOS ADULTOS	
Vacunas recomendadas por el Médico	Adultos: Todas las edades
Vacunas contra la gripe de temporada y H1N1	Adultos: Todas las edades
EXAMENES, ASESORAMIENTO Y SUPLEMENTOS – PARA TODOS LOS ADULTOS	

Detección de cáncer de piel	Adultos: Todas las edades
Detección de sífilis	Adultos con mayor riesgo
Detección de infección tuberculosa latente (LTBI, en inglés)	Adultos asintomáticos mayores de 18 años con mayor riesgo de infección
Detección y asesoramiento sobre el consumo de tabaco	Adultos: Todas las edades
Detección de la prediabetes y la diabetes de tipo 2	Personas con sobrepeso u obesidad
Detección y asesoramiento sobre el consumo no saludable de alcohol	Adultos: De 18 años o más
Prueba de detección del uso nocivo de drogas	Adultos: De 18 años o más
SERVICIOS CUBIERTOS PARA MUJERES	
Detección de ansiedad/conducta/social/emocional	Mujeres y mujeres adolescentes
Pruebas genéticas BRCA1 & BRCA2: detección y asesoramiento	Mujeres con antecedentes familiares de riesgo (según las pautas)
Asesoramiento sobre quimioprevención del cáncer del seno	Mujeres con riesgo de cáncer del seno
Detección de infección por clamidia	Mujeres de 24 años o menos sexualmente activas; mayores si corren un mayor riesgo
Detección de gonorrea	Mujeres de 24 años o menos sexualmente activas; mayores si corren un mayor riesgo
Prueba de ADN del virus del papiloma humano (HPV, en inglés): límite de una (1) cada cinco (5) años. La prueba se puede completar sola o junto con una prueba de Papanicolaou de rutina.	De 30 a 65 años
Detección de violencia en la pareja	De 1 a 50 años
Examen de mamografía, incluida la ecografía mamaria <ul style="list-style-type: none"> • Mamografía anual (DBT, por sus siglas en inglés) para mujeres con susceptibilidad hereditaria o radiación previa de la pared torácica. • Una mamografía de referencia 	Mayores de 30 años De 35 a 39 años Mayores de 35 años

<ul style="list-style-type: none"> • Mamografía anual (DBT, por sus siglas en inglés) y acceso a pruebas de imagen complementarias (resonancia magnética de seno) por recomendación médica para mujeres con un riesgo previsto a lo largo de la vida superior al 20 %. • Mamografía anual (DBT, por sus siglas en inglés) y diagnóstico por imagen complementario (ecografía mamaria, luego resonancia magnética mamaria si la ecografía mamaria no es concluyente) si lo recomienda el médico para mujeres con densidad mamaria C y D. <p>Una ecografía mamaria se puede completar sola o junto con una mamografía.</p> <p>Consulte a continuación los detalles sobre la cobertura de las resonancias magnéticas de mama.</p>	<p>Mayores de 40 años</p>
<p>Resonancia magnética de las mamas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resonancia magnética de seno anual para mujeres con susceptibilidad hereditaria o radiación previa de la pared torácica • Acceso a pruebas de imagen suplementarias (resonancia magnética de seno) por recomendación del médico para las mujeres con un riesgo previsto de por vida superior al 20 %. • Diagnóstico por imagen complementario (resonancia magnética mamaria si la ecografía mamaria no es concluyente) si lo recomienda el médico para mujeres con densidad mamaria C y D. • Resonancia magnética de seno anual si lo recomienda el médico para mujeres con antecedentes de cáncer de seno menores de 50 años. • Resonancia magnética de seno anual si lo recomienda el médico para mujeres con antecedentes de cáncer de mama a cualquier edad con densidad mamaria C y D <p>Los beneficios no se pagarán al cien por cien (100 %). Se renunciará al Importe del Deducible, si corresponde.</p> <p>Todas las demás resonancias magnéticas se pagan igual que los Servicios de Imágenes de Alta Tecnología.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa si aparece en el Esquema de Beneficios.</p>	<p>Mayores de 25 años</p> <p>Mayores de 35 años</p> <p>Mayores de 40 años</p>
<p>Asesoramiento en prevención de la obesidad</p>	<p>Mujeres de mediana edad, entre 40 y 60 años, con un índice de masa corporal (IMC) normal o con sobrepeso (18,5-29,9 kg/m²).</p>
<p>Detección de osteoporosis: Uno (1) por Período de Beneficios</p>	<p>Mayores de 65 años; mujeres posmenopáusicas más jóvenes</p>

	en situación de riesgo (según pautas)
Métodos de esterilización permanente	Mujeres con capacidad reproductiva
Visitas de rutina al ginecólogo u obstetra	Según sea apropiado de acuerdo con la edad y al desarrollo
Frotis de Papanicolaou de rutina: uno (1) por Período de Beneficios	Según sea apropiado de acuerdo con la edad y al desarrollo
Orientación sobre infecciones de transmisión sexual	Mujeres sexualmente activas
Detección de incontinencia urinaria: anualmente	Impacta las actividades y la calidad de vida de las mujeres
Asesoramiento sobre violencia y abuso doméstico: anualmente	Mujeres y mujeres adolescentes
SERVICIOS CUBIERTOS PARA MUJERES EMBARAZADAS	
Detección de anemia	Durante el embarazo
Detección de ansiedad/conducta/social/emocional	Durante el periodo de embarazo o de posparto
Detección de bacteriuria	Durante 12 a 16 semanas de gestación o en la primera visita prenatal
Intervención de lactancia materna	Durante el embarazo y después del parto
Asesoramiento para un peso saludable y un aumento de peso en el embarazo	Durante el embarazo
Diabetes después de las pruebas de detección y pruebas de embarazo: Las pruebas iniciales deberían realizarse idealmente durante el primer año después del parto.	Durante el período posparto para mujeres con antecedentes de diabetes gestacional que actualmente no están embarazadas y que no han sido diagnosticadas previamente con diabetes tipo 2
Extractores de leche eléctricos y manuales	Durante el periodo de posparto

Pruebas y detección de diabetes gestacional	Mujeres embarazadas asintomáticas después de 24 semanas de gestación
Detección de hepatitis B	Durante la primera visita prenatal
Orientación sobre la lactancia	Durante el embarazo y después de cada parto
Suministros de lactancia para uso exclusivo de máquinas Límite de ocho (8) cajas para bolsas de almacenamiento de leche por Período de Beneficio.	Durante el periodo de posparto
Prevención de la Depresión Perinatal: dieciocho (18) visitas de asesoramiento por Período de Beneficios	Durante el embarazo y hasta 1 año después del parto para las mujeres que no tienen un diagnóstico actual de depresión pero que corren un mayor riesgo.
Examen de detección de preeclampsia	Durante todo el embarazo
Detección de incompatibilidad Rh	Embarazadas durante 24 - 28 semanas de gestación si están en riesgo o en la primera consulta prenatal
Detección de sífilis	Durante el embarazo
Detección del consumo de tabaco e intervenciones, con asesoramiento ampliado.	Durante el embarazo
SERVICIOS CUBIERTOS PARA HOMBRES	
Detección de aneurisma aórtico abdominal: Examen único de prevención	Hombres que han fumado: De 65 a 75 años
Detección del cáncer de próstata: <ul style="list-style-type: none"> Examen de tacto rectal de rutina: Uno (1) por Período de Beneficios Prueba del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés): Uno (1) por Período de Beneficios 	De 50 años o más o según lo recomendado por el médico para edades de 40 a 49 años De 50 años o más o según lo recomendado por el médico para edades de 40 a 49 años Mayores de 40 años

<ul style="list-style-type: none"> Segunda visita: Tratamiento de seguimiento dentro de 60 días posteriores a la visita si está relacionado con una afección que es diagnosticada o tratada durante la visita y recomendado por un médico. 	
SERVICIOS CUBIERTOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES	
<p>Examen físico de bienestar de rutina –Las pruebas de diagnóstico de rutina para el bienestar que ordene un médico (análisis de orina; conteo sanguíneo completo (CBC, en inglés); bioquímica sérica, los niveles de calcio, potasio, colesterol y azúcar en la sangre). Limitado a uno (1) por Período de Beneficios.</p> <p>Los servicios de Imágenes de Alta Tecnología, tales como, una resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas in inglés) y cardiología nuclear no están cubiertos por este Beneficio de Atención Preventiva o de Bienestar, pero pueden estar cubiertos por los Beneficios de este contrato.</p>	A partir de 1 año
Atención de rutina del bebé	A partir de 1 año, según las recomendaciones del médico en función de los hitos del desarrollo.
Vacunas recomendadas por el Médico	A partir de 1 año
Vacunas contra la gripe de temporada y H1N1	A partir de 1 año
Evaluaciones de alcoholismo y drogodependencia	De 11 a 21 años
Detección de ansiedad/conducta/social/emocional	De 0 a 21 años
Detección de autismo	De 1 a 2 años
Evaluaciones de comportamiento	De 1 a 21 años
Chequeo de la presión arterial	De 1 a 17 años
Detección de displasia cervical	Niñas adolescentes: De 11 a 21 años
Detección de infección por clamidia	De 24 años y menores que son sexualmente activos
Detección de depresión y suicidio	De 12 a 18 años
Evaluación del desarrollo	Intervalos variados: De 1 a 3 años

Detección de dislipidemia	Intervalos variados a partir de los 24 meses
Detección de gonorrea	De 24 años y menores que son sexualmente activos
Examen de audición: Una (1) por Período de Beneficios.	De 1 a 21 años
Mediciones de altura, peso e índice de masa corporal	De 2 a 21 años
Detección de hematocrito o hemoglobina	Intervalos variados: De 1 a 21 años
Detección de hepatitis B	Adolescente de alto riesgo
Detección y asesoramiento de VIH	Adolescentes
Detección de violencia en la pareja	De 1 a 50 años
Evaluación del nivel de plomo en sangre Uno (1) por Período de Beneficios	De 1 a 6 años
Detección de obesidad y orientación	De 3 a 18 años
Evaluación de la salud oral	Intervalos variados entre 1 y 6 años
Orientación sobre infecciones de transmisión sexual	Adolescentes sexualmente activos
Asesoramiento sobre el cáncer de piel	De 1 a 24 años
Detección y asesoramiento sobre el consumo de tabaco	Niños y adolescentes en edad escolar
Detección de tuberculosis: Uno (1) por Período de Beneficios	De 1 a 21 años
Orientación sobre violencia y abuso doméstico	Según sea necesario
Examen de la vista: Uno (1) por Período de Beneficios	De 1 a 21 años

Artículo 9. Beneficios de salud mental

El tratamiento de la Salud Mental está cubierto. El tratamiento debe ser administrado por un Doctor en Medicina, Doctor en Osteopatía o un Profesional de la Salud Asociado. Los beneficios para el tratamiento de la Salud Mental no incluyen servicios de asesoramiento, tales como la orientación profesional, terapia de pareja, terapia de divorcio, terapia de pérdida y duelo, asesoría para padres y orientación laboral.

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

Artículo 10. Beneficios de trastornos por consumo de sustancias tóxicas

Existen beneficios para el tratamiento de los trastornos por el consumo de sustancias tóxicas. El tratamiento debe ser administrado por un Doctor en Medicina, Doctor en Osteopatía o un Profesional de la Salud Asociado. Los Servicios Cubiertos solo serán aquellos para el tratamiento del alcoholismo, la drogodependencia y el consumo de sustancias tóxicas y de la dependencia fisiológica o psicológica que se desarrolla debido al consumo continuo.

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

Artículo 11. Beneficios de cirugía bucal

El nivel más alto de Beneficios está disponible cuando los servicios son realizados por un Proveedor de la red de Su plan médico, la Red Dental Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. Acceda a la Red en línea en es.bcbsla.com, o llame al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente en la tarjeta de identificación para obtener una copia del directorio.

A. Esta Póliza solo cubre los siguientes servicios o procedimientos

1. Escisión de tumores o quistes (no incluye quistes odontogénicos) de mandíbulas, encías, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca.
2. Extracción de dientes retenidos
3. Atención y Tratamiento Dental que incluyen Cirugía y dispositivos dentales requeridos para corregir Lesiones Accidentales de mandíbula, mejillas, labios, lengua, paladar o base de la boca y de los dientes naturales. Para los fines de esta sección, los dientes naturales sanos incluyen aquellos que están empastados, cubiertos por fundas o coronas, o unidos por medio de una corona o funda a un puente. Los dientes naturales sanos pueden tener empastes o tratamiento de conducto radicular.
4. Escisión de exóstosis o torus mandibular y del paladar duro
5. Incisión y drenaje de abscesos y tratamiento contra la celulitis
6. Incisión de senos paranasales, glándulas y conductos salivales

7. Anestesia para los servicios o procedimientos mencionados anteriormente cuando los proporcione un cirujano oral
8. Anestesia para los servicios o procedimientos mencionados anteriormente cuando los proporcione un dentista que cuente con todos los permisos requeridos o con la capacitación para administrar dicha anestesia.
9. Anestesia cuando se proporciona en un entorno Hospitalario y para cargos asociados con el Hospital cuando Su afección mental o física requiera tratamiento dental en un entorno Hospitalario. Los Beneficios de anestesia no están disponibles para los tratamientos del trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).
10. Los Beneficios están disponibles para servicios dentales no cubiertos de otro modo por esta Póliza, cuando se requieren específicamente para pacientes que padecen cáncer de cabeza y cuello para restaurar la función corporal de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Los Beneficios se limitan a la preparación o seguimiento de radioterapia que involucra la boca. Para averiguar si Usted tiene derecho para recibir estos Beneficios médicos, comuníquese con el servicio de Atención al Cliente al número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación y solicite hablar con un Administrador de Casos.

B. Coordinación de esta sección con contratos dentales

Si tiene cobertura dental además de esta Póliza médica, se determinarán primero los beneficios dentales de la otra cobertura. Los beneficios en virtud de esta póliza médica se determinarán de forma secundaria y se reducirán, de modo que no se pague más de la cantidad total del Cargo Permitido en todas las pólizas que cubran la misma Reclamación o servicio.

Artículo 12. Beneficios del trasplante de órganos, tejidos y médula ósea

Se requiere nuestra autorización para la evaluación de Su compatibilidad para todos los procedimientos de Trasplante de Órganos Sólidos y de Médula Ósea. Para los fines de cobertura bajo esta Póliza, todos los procedimientos autólogos se consideran trasplantes.

Los trasplantes de órganos sólidos y médula ósea no se cubrirán a menos que Usted obtenga Nuestra Autorización por escrito antes de que se presten los servicios. Usted o su Proveedor debe notificarnos sobre el procedimiento de trasplante en cuestión antes de la Admisión y debe presentarnos una solicitud de Autorización por escrito. Debemos recibir la información adecuada para que podamos verificar la cobertura, determinar si la Necesidad Médica está documentada, y aprobar el Hospital en el que se realizará el procedimiento de trasplante. Remitiremos la Autorización escrita a Usted y a los Proveedores.

A. Gastos de adquisición

Si se obtiene un órgano sólido, tejido o médula ósea de un donante vivo para un trasplante cubierto, los gastos médicos del donante se encuentran cubiertos como gastos de adquisición del receptor conforme a esta Póliza.

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

B. Beneficios del trasplante de órganos, tejidos y médula ósea

1. Los beneficios de trasplantes de órganos sólidos y médula ósea están disponibles solo cuando los servicios se reciben en un Centro de Trasplantes Blue Distinction (BDCT) para el trasplante u órgano específico o en el centro de la Red HMO Louisiana, Inc. (HMOLA), a menos que autoricemos lo contrario por escrito. No hay Beneficios disponibles para trasplantes de órganos sólidos y médula ósea realizados en otros centros. Para encontrar un centro de trasplante autorizado, contacte al número de atención al cliente que figura en la tarjeta de identificación.

Los Beneficios de trasplantes de órganos, tejidos y médula ósea figuran en el *Esquema de Beneficios* y no están cubiertos en la categoría de Beneficios fuera de la red. Los Beneficios se ofrecen solo para los servicios de la Red.

2. Los Beneficios de trasplantes de órganos, tejidos y médula ósea incluyen cobertura de medicamentos inmunosupresores prescritos para procedimientos de trasplantes.
3. Los Beneficios como se especifican en esta sección se proporcionarán para el tratamiento y atención médica que estén directamente relacionados con los procedimientos de trasplante.

a. Trasplantes de Órganos Humanos Sólidos del:

- (1) Hígado;
- (2) Corazón;
- (3) Pulmón;
- (4) Riñón;
- (5) Páncreas;
- (6) Intestino Delgado; y
- (7) Otros procedimientos de trasplante de órganos sólidos, según Nosotros lo determinemos que se hayan convertido en práctica estándar y eficaz y que se hayan considerado procedimientos eficaces por publicaciones revisadas por homólogos, así como otros recursos utilizados para evaluar nuevos procedimientos. Estos trasplantes de órganos sólidos serán considerados caso por caso.

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

Los trasplantes de tejido (que no sean de médula ósea) se cubren bajo los Beneficios normales y no requieren Autorización previa. Sin embargo, si se requiere una Admisión hospitalaria, la misma está sujeta a los requisitos de Autorización en el artículo de *Administración de la Atención*.

Los siguientes trasplantes de tejidos están cubiertos:

- (1) Transfusiones de sangre;
- (2) Trasplante autólogo de paratiroide;
- (3) Trasplantes de córnea;

- (4) Injerto de hueso y cartílago; injerto de piel;
- (5) Trasplantes autólogos de células de los islotes; y
- (6) Otros procedimientos de trasplante de tejidos, según Nosotros lo determinemos, que se hayan convertido en práctica estándar y eficaz y que se hayan considerado procedimientos eficaces por publicaciones revisadas por homologos, así como otros recursos utilizados para evaluar nuevos procedimientos. Estos trasplantes de tejidos serán considerados caso por caso.

c. Trasplantes de Médula Ósea

- (1) Están cubiertos los trasplantes de médula ósea alogénicos, autólogos y singénicos, incluyendo trasplantes en tándem, minitrasplantes (*Transplant lite*) e infusiones intravenosas de linfocitos de donante.
- (2) Otros procedimientos de trasplante de médula ósea que Nosotros hayamos determinado como práctica eficaz estándar y que se hayan convertido en práctica estándar y eficaz y que se hayan considerado procedimientos eficaces por publicaciones revisadas por homologos, así como también otros recursos utilizados para evaluar nuevos procedimientos. Estos trasplantes de médula ósea se examinarán caso por caso.

Artículo 13. Atención del Embarazo

Los siguientes beneficios de Atención del Embarazo están disponibles para Usted cuando la cobertura está en vigor y dichos servicios se prestan en relación con su embarazo:

A. Servicios Médicos y Quirúrgicos

1. Consulta inicial y las consultas durante el período del embarazo.
2. Servicios de Diagnóstico.
3. Parto, incluyendo la atención prenatal y posparto necesaria.
4. Abortos Médicamente Necesarios que se requieran para salvar la vida de la madre.
5. Los partos electivos anteriores a la semana 39 de gestación serán denegados por no ser Médicamente Necesarios, a menos que los registros médicos avalen la Necesidad Médica. Los cargos del centro y otros cargos relacionados con un parto temprano electivo que no sea Médicamente Necesario también serán denegados.

B. Servicios del centro

Los Beneficios de Atención del Embarazo para los servicios de Hospital requeridos en relación con el embarazo y los abortos Médicamente Necesarios (como se describe anteriormente), están sujetos a la Cantidad de deducible por atención del embarazo y al porcentaje de Coaseguro o Copago, según figura en el ***Esquema de Beneficios***.

Se requiere una Autorización para una estadía en el Hospital relacionada al parto para la madre cubierta solo si la duración de la estancia de la madre excede las cuarenta y ocho (48) horas tras un parto natural o las noventa seis (96) horas tras un parto por cesárea.

La póliza no cubre a los recién nacidos.

Los partos electivos antes de la semana 39 de gestación no estarán cubiertos, a menos que se demuestre que son Médicamente Necesarios. Los cargos del centro y otros cargos relacionados con un parto temprano electivo que no sea Médicamente Necesario tampoco estarán cubiertos.

Contamos con varios programas de maternidad disponibles para ayudar a las Afiliados embarazadas a dar a luz bebés saludables. Comuníquese con el servicio de Atención al Cliente al número que figura en la tarjeta de identificación cuando sepa que está embarazada. Cuando Usted llame, le dejaremos saber los programas que hay disponibles para Usted.

C. Beneficios

1. **Beneficios de la Red Community Blue:** Si se indica en el *Esquema de Beneficios*, se aplicará un Deducible por Atención al Embarazo a los Servicios Cubiertos prestados por Proveedores de la Red Community Blue, por cada embarazo cubierto. Es posible que en algunos planes se aplique un Importe del Deducible y un Coaseguro de la red Community Blue, si figura en el *Esquema de Beneficios*.
2. **Beneficios que No Pertenecen a la Red:** Si se indica en el *Esquema de Beneficios*, se aplicará un Deducible por Atención al Embarazo a los Servicios Cubiertos prestados por Proveedores de la Red Community Blue, por cada embarazo cubierto. Es posible que se aplique un Deducible y Coaseguro Fuera de la Red a ciertos planes, si figura en el *Esquema de Beneficios*.
3. Deberá pagar el Coaseguro de Admisión Hospitalaria y el Coaseguro de Atención del Embarazo, además del Importe del Deducible de Atención del Embarazo. Es posible que se aplique un Deducible y Coaseguro Fuera de la Red a ciertos planes, si figura en el *Esquema de Beneficios*.

Artículo 14. Beneficios de Atención de Rehabilitación y Habilidadación

Si se indican en el *Esquema de Beneficios*, pueden aplicarse limitaciones a los siguientes beneficios.

Los Beneficios de Atención de Rehabilitación y Habilidadación estarán disponibles para servicios y dispositivos proporcionados a pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluyendo servicios de Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Terapia de Patología del Habla y Lenguaje, Rehabilitación Cardíaca, Rehabilitación Pulmonar y Servicios Quiroprácticos, sujetos a las limitaciones del Periodo de Beneficios que se muestran en el *Esquema de Beneficios*. Los Beneficios están disponibles cuando la terapia es proporcionada por un Proveedor licenciado y que ejerce dentro de la competencia que le otorga su licencia. Para que se considere la atención en un centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados, Usted debe ser capaz de tolerar un mínimo de 3 horas de terapia activa por día.

La Admisión de rehabilitación debe ser Autorizada antes de la Admisión y debe comenzar dentro de las 72 horas posteriores después de dado de alta de una Admisión Hospitalaria por la misma afección o una similar, a menos que Nosotros aprobemos lo contrario.

Los Programas Diurnos de Rehabilitación para la Atención de Rehabilitación pueden ser Autorizados en lugar de las estancias como Pacientes hospitalizados para la rehabilitación. Los Programas de Rehabilitación Diurna deben ser Autorizados antes de iniciar el programa y deben comenzar dentro de las 72 horas posteriores al alta de un Ingreso Hospitalario por la misma o similar afección, a menos que Nosotros aprobemos lo contrario.

A. Terapia Ocupacional

1. Los servicios de Terapia Ocupacional están cubiertos cuando son realizados por un Proveedor con licencia y que ejerce dentro de la competencia que le otorga su licencia, que incluyen, entre otros, un terapeuta ocupacional con licencia, un asistente de Terapia Ocupacional con licencia y certificado, supervisado por un terapeuta ocupacional con licencia o un enfermero registrado de práctica avanzada con licencia.
2. La Terapia Ocupacional debe ser referida u ordenada por un Médico, un enfermero registrado de práctica avanzada, un dentista, podólogo u optometrista antes de recibir los servicios.
3. Los servicios relacionados con la prevención, el bienestar y la educación para la Terapia Ocupacional no requerirán un referido.

B. Fisioterapia

1. Los servicios de Fisioterapia están cubiertos cuando son realizados por un fisioterapeuta con licencia que ejerce dentro de la competencia que le otorga su licencia.
2. Un fisioterapeuta con licencia puede realizar una evaluación o consulta inicial de detección para determinar la necesidad de Fisioterapia.
3. La Fisioterapia debe ser recetada o referida por un Médico, dentista, podólogo o quiropráctico antes de recibir los servicios. Sin embargo, la Fisioterapia se puede proporcionar sin la receta o referido de un Médico, dentista, podólogo o quiropráctico cuando se realiza bajo las siguientes circunstancias, si figura como un Servicio Cubierto:
 - a. A los niños con una discapacidad del desarrollo diagnosticada conforme a Su plan de atención;
 - b. Como parte de una agencia de Atención Médica a Domicilio conforme a Su plan de atención.
 - c. A un paciente en un hogar para ancianos conforme a Su plan de atención.
 - d. En relación con la preparación o para proporcionar educación o actividades en un entorno de bienestar para prevenir las lesiones, reducir el estrés o promover el estado físico; o
 - e. a una persona para una afección o afecciones previamente diagnosticadas para las cuales los servicios de Fisioterapia son adecuados, tras informar al Proveedor de atención médica que proporciona el diagnóstico. El diagnóstico se debe haber realizado dentro de los noventa (90) días anteriores. El fisioterapeuta debe proporcionar al Proveedor de atención médica que realizó dicho diagnóstico un plan de atención para los servicios de Fisioterapia dentro de los primeros quince (15) días a partir de la intervención de Fisioterapia.

C. Terapia de Patología del Habla y Lenguaje

1. Los servicios de Terapia de Patología del Habla y Lenguaje están cubiertos cuando los presta un Proveedor con licencia para ejercer en el estado donde se presten los servicios y dentro de la competencia que le otorga su licencia, incluyendo un patólogo del habla o audiólogo.
2. La terapia debe utilizarse para mejorar o recuperar las deficiencias del habla y el lenguaje o de la función de tragar.
3. La Terapia de Patología del Habla y Lenguaje debe ser prescrita por un Médico antes de recibir los servicios.

D. Servicios Quiroprácticos

1. Los Servicios Quiroprácticos estarán cubiertos cuando los preste un quiropráctico con licencia y que ejerce dentro de la competencia que le otorga su licencia.
2. Un quiropráctico con licencia puede hacer recomendaciones sobre la higiene personal y prácticas nutricionales apropiadas para la rehabilitación de un paciente y puede ordenar las pruebas diagnósticas que sean necesarias para determinar las afecciones asociadas con el funcionamiento integral de la columna vertebral.

Artículo 15. Otros servicios, suministros o equipos cubiertos

Los Beneficios mencionados a continuación están disponibles para Usted, sujetos a otras limitaciones que figuran en el *Esquema de Beneficios*.

A. Beneficios de servicio de ambulancia

1. Servicios de traslado en ambulancia por carretera
 - a. Traslado de Emergencia

Los Beneficios para Servicios de Ambulancia están disponibles para el transporte local para Afecciones Médicas de Emergencia o Servicios Médicamente Necesarios de Hospitalización sólo para Usted, hacia o desde el Hospital más cercano capaz o que proporcione servicios apropiados a Su Afección para una enfermedad o lesión que requiera atención hospitalaria.

- b. Traslado que No es de Emergencia

Los beneficios para Servicios de Ambulancia están disponibles para el transporte local para afecciones médicas que no sean de Emergencia para obtener servicios Médicamente Necesarios para Pacientes Hospitalizados o Ambulatorios cuando Usted esté confinado en cama o la afección sea tal que el uso de cualquier otro método de transporte esté contraindicado. Los Beneficios para el Traslado que no es de Emergencia solo están disponibles hacia o desde el centro u Hospital más cercano, capaz de proveer los servicios Médicamente Necesarios.

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

(1) incapaz de levantarse de la cama sin asistencia; e

(2) incapaz de caminar; e

(3) incapaz de sentarse en una silla o en una silla de ruedas.

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

2. Ambulancia por carretera sin traslado

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

3. Servicios de Traslado en Ambulancia Aérea

a. Traslado de Emergencia

Su póliza cubre los Servicios de Ambulancia aérea en caso de Afecciones Médicas de Emergencia. Para que Su póliza cubra el Servicio de Ambulancia para Afecciones Médicas de Emergencia, el Servicio de Ambulancia aérea debe ser solicitado por la policía o las autoridades médicas presentes en el lugar.

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

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

b. Traslado que No es de Emergencia

Si Nosotros autorizamos los servicios antes de que se presten, los Beneficios para los Servicios de Ambulancia aérea que no sean de Emergencia están disponibles para Usted, al centro u Hospital más cercano capaz de proporcionar servicios apropiados a la afección del Afiliado por una enfermedad o lesión que requiera atención Hospitalaria. Una vez Autorizados, Usted debe verificar que el Proveedor del Servicio de Ambulancia aérea en el estado o área donde se recogerá a la persona según el código postal pertenezca a la Red. Para encontrar un Proveedor de la Red dentro del estado o el área donde usted estará recibiendo los servicios, acceda a Blue National Doctor and Hospital Finder (Buscador nacional Blue de médicos y hospitales) a través de <http://provider.bcbs.com> (en inglés) o llame al 1-800-810-2583.

4. Los Beneficios Servicios de Ambulancia se proveerán de la siguiente manera:

a. Si Usted paga una tarifa periódica por afiliación a una organización de ambulancias con la que Nosotros no tenemos un contrato de Proveedor, los Beneficios por gastos incurridos por Usted por sus Servicios de Ambulancia se basarán en cualquier obligación que Usted deba pagar que no esté cubierta por la tarifa. Si existe un acuerdo de Proveedor en vigencia entre Nosotros y la organización de ambulancias, los Beneficios se basarán en el Cargo Permitido.

b. Los servicios de traslado médico deben cumplir con todas las leyes locales, estatales y federales, y deben contar con todas las licencias y los permisos válidos adecuados.

- c. No hay Beneficios si el transporte se realiza para su comodidad o conveniencia.
- d. No hay Beneficios disponibles cuando un Hospital le transporta a Usted entre distintos lugares de su propio recinto o entre instalaciones que son propiedad o están afiliadas a la misma entidad.

B. Trastorno de Déficit de Atención o Hiperactividad

El diagnóstico y el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención o Hiperactividad estará cubierto cuando lo provea o recomiende un Médico o Profesional de la Salud Asociado. Debe pagar el Copago, la Cantidad de Deducible y el Coaseguro que correspondan al tipo de Proveedor que presta los servicios para esta afección.

C. Trastornos del Espectro Autista

Los Beneficios para el Trastorno del Espectro Autista incluyen, entre otros, las valoraciones, evaluaciones o pruebas Médicamente Necesarias realizadas para el diagnóstico, la Atención de Rehabilitación y Habilidad, la atención farmacéutica, la atención psiquiátrica, la atención psicológica y la atención terapéutica. Los Afiliados que no han cumplido veintiún (21) años pueden recibir el Análisis de Comportamiento Aplicado, cuando Nosotros lo consideremos Médicamente Necesario. El Análisis de Comportamiento Aplicado no estará cubierto para Afiliados de veintiún (21) años o mayores.

Los beneficios para los Trastornos del Espectro Autista están sujetos a las cantidades de Copagos, Deducibles, y Coaseguros que corresponden a los Beneficios obtenidos. Ejemplo: Un Afiliado obtiene terapia del habla para el tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. El Afiliado pagará el Copago, Deducible y Coaseguro correspondientes que se muestra en el Esquema de Beneficios.

D. Servicios quirúrgicos para la reconstrucción del seno y atención de supervivencia a largo plazo para el cáncer del seno

1. De acuerdo con la Ley de los Derechos de la Mujer Sobre la Salud y el Cáncer, si Usted está recibiendo Beneficios relacionados con una mastectomía y elige la reconstrucción del seno, Usted también recibirá Beneficios para los siguientes Servicios Cubiertos:
 - a. Todas las fases de la reconstrucción del seno en la que se ha realizado la mastectomía o la reconstrucción de ambos senos si se ha realizado una mastectomía bilateral.
 - b. La cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica incluyendo, entre otros, mastectomía profiláctica contralateral, liposucciones para transferencia a un seno reconstruido o para reparar una deformidad en el lugar de donde se realizó la extracción, tatuar la areola del seno, ajustes quirúrgicos del seno no mastectomizado, complicaciones médicas imprevistas que pueden requerir una reconstrucción adicional en el futuro;
 - c. Prótesis; y
 - d. el tratamiento de las Complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

Estos Servicios Cubiertos deben prestarse de una forma determinada tras la consulta entre Usted y el Médico que le atiende y, si corresponde, estarán sujetos a cualquier cantidad de Copago, cantidad de Deducible y Coaseguro.

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

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

E. Servicios para labio leporino y paladar hendido

Los siguientes servicios están cubiertos para el tratamiento y la corrección de labio leporino y paladar hendido:

1. cirugía bucal y facial, administración de la cirugía y atención de seguimiento;
2. tratamiento con prótesis, como obturadores, dispositivos para el habla y dispositivos para la alimentación;
3. tratamiento y administración de ortodoncia;
4. servicios dentales preventivos y de restauración para asegurar la buena salud y las estructuras dentales adecuadas para el tratamiento de ortodoncia o la administración de prótesis o la terapia;
5. evaluación y terapia del habla y del lenguaje;
6. evaluaciones audiológicas y dispositivos de amplificación;
7. tratamiento y administración otorrinolaringológicos;
8. evaluación y asesoramiento psicológico; y
9. evaluación y asesoramiento genético para pacientes y padres.

La cobertura también se proporciona para afecciones secundarias y tratamientos atribuibles a la afección médica primaria.

F. Participación en ensayos clínicos

1. Esta Póliza proporciona cobertura a cualquier Persona Calificada, para cubrir los costos de rutina de suministros o servicios proporcionados al paciente en relación con su participación en un Ensayo Clínico Aprobado para el cáncer u otra enfermedad que pone en riesgo la vida. La cobertura estará sujeta a los términos, condiciones y limitaciones que se aplican en virtud de esta Póliza, incluidos los copagos, las cantidades de deducibles y los coaseguros que se muestran en el Esquema de Beneficios.

2. Una *Persona Calificada* bajo esta sección, significa un Afiliado que:
 - a. Es apto para participar en un Ensayo Clínico Aprobado, según se establece en el protocolo del ensayo del tratamiento contra el cáncer u otra Enfermedad que pone en riesgo la vida;
 - b. O que,
 - (1) El profesional de atención médica que deriva es un Proveedor Participante y ha llegado a la conclusión de que la participación de la persona en dicho ensayo sería conveniente basado en que la persona cumple con los requisitos mencionados en el párrafo «a», anterior; o
 - (2) Usted provee información médica y científica que establece que Su participación en el ensayo sería conveniente basado en que Usted cumple con las condiciones descritas en el párrafo «a» anterior.
3. Un *Ensayo Clínico Aprobado* a los fines de este párrafo se refiere a un ensayo clínico de Fase I, II, III o IV realizado para prevenir, detectar o tratar el cáncer u otra Enfermedad que pone en riesgo la vida y que:
 - a. El estudio o investigación está aprobado o financiado (lo que puede incluir fondos a través de contribuciones en especie) por uno o más de los siguientes:
 - (1) Los Institutos Nacionales de la Salud.
 - (2) Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
 - (3) La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud. (AHRQ, por sus siglas en inglés).
 - (4) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
 - (5) Grupos o centros cooperativos de cualesquiera de las entidades descritas en los párrafos (i) a (iv), el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de los Veteranos.
 - (6) Una entidad de investigación calificada no gubernamental identificada en las directrices emitidas por los Institutos Nacionales de la Salud para subvenciones de apoyo al centro.
4. El estudio o investigación se lleva a cabo conforme a una solicitud de medicamento nuevo en investigación, evaluada por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
5. El estudio o investigación es un ensayo de medicamento que está exento de tener una solicitud de medicamento nuevo en investigación.
6. El estudio o investigación es realizado por cualquiera de los siguientes Departamentos, y el estudio o investigación ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de evaluación por pares que el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (i) determina que es comparable al sistema de revisión por pares de estudios e investigaciones utilizados por los Institutos Nacionales de Salud, y (ii) asegura una revisión imparcial de los más altos estándares científicos por parte de personas calificadas que no tienen un interés en el resultado de la evaluación:
 - a. El Departamento de Asuntos de los Veteranos.
 - b. El Departamento de Defensa.

- c. El Departamento de Energía.
 - d. Los siguientes servicios no están cubiertos:
 - e. Servicios no relacionados con la atención médica que se provean como parte del ensayo clínico;
 - f. Costos de gestión de los datos de investigación asociados al ensayo clínico;
 - g. Los medicamentos en investigación, dispositivos, artículos o servicios en sí mismos; y
 - h. Servicios, tratamiento o suministros que no están cubiertos de otra forma bajo esta Póliza.
7. Tratamientos y atención al paciente relacionados al protocolo que no están excluidos en este párrafo se cubrirán si cumplen con todos los criterios que se mencionan a continuación:
- a. El tratamiento se proporciona con una intención terapéutica o paliativa para pacientes con cáncer u otra Enfermedad que Ponga en Riesgo la Vida o para la prevención o detección temprana de tales enfermedades.
 - b. El tratamiento se proporciona o los estudios se llevan a cabo en un ensayo clínico de Fase I, II, III o IV.
 - c. El protocolo propuesto debe haber sido revisado y aprobado por una junta de evaluación institucional calificada que opera en este estado y que tiene un contrato de aseguramiento de proyectos múltiples aprobado por la oficina de protección contra a riesgos de investigación.
 - d. El centro y el personal que proporcionan el protocolo deben ofrecer el tratamiento dentro del alcance de su práctica, experiencia y capacitación y ser capaces de hacerlo en virtud de su experiencia, capacitación y cantidad de pacientes tratados para mantener la pericia.
 - e. No debe haber un enfoque claramente superior, que no sea de investigación.
 - f. Los datos clínicos o preclínicos disponibles proporcionan una expectativa razonable de que el tratamiento será al menos tan eficaz como la alternativa que no sea de investigación.
 - g. El paciente ha firmado un formulario de consentimiento aprobado por la junta de revisión institucional.

G. Beneficios de cobertura para la Diabetes

- 1. Educación en Diabetes y Capacitación para el Autocontrol
 - a. Los Afiliados que tienen diabetes insulina dependiente, diabetes con uso de insulina, diabetes gestacional o diabetes sin uso de insulina pueden necesitar educación sobre su afección y capacitación para controlar su afección. La cobertura está disponible para la capacitación y educación del autocontrol, las consultas al dietista y para el equipo y suministros necesarios para la capacitación, si lo prescribe el Proveedor que le atiende.
 - b. Los programas de evaluación y educación para el control personal de la diabetes están cubiertos sujetos a las siguientes situaciones:

- (1) El programa debe ser prescrito por el Proveedor que atiende al Afiliado y proporcionado por un profesional de la salud licenciado que certifique que Usted ha completado con éxito el programa de capacitación.
- (2) El programa debe cumplir con los Estándares Nacionales del Programa de Educación para el Control Personal de la Diabetes, tal como lo desarrolló la Asociación Estadounidense de la Diabetes.

2. Detección de Retinopatía Diabética

Los Afiliados diabéticos cumplen con los requisitos para recibir exámenes oculares de la retina para detectar y prevenir la retinopatía diabética y otras Complicaciones de los ojos, una vez por Periodo de Beneficios, sin costo para el Afiliado cuando los servicios son proporcionados por un Proveedor de la red. Los exámenes adicionales o los exámenes realizados por un Proveedor que No Pertenece a la Red están sujetos a los beneficios del contrato.

H. Consultas con un dietista

Los Beneficios están disponibles para las visitas de Pacientes Ambulatorios a los dietistas registrados. Una (1) visita del Dietista está cubierta sin costo para Usted cuando la realiza un Proveedor de la Red. Todas las demás consultas posteriores a Dietistas están cubiertas por los Beneficios del contrato. Los diabéticos que necesiten los servicios de un Dietista deben recibir esos servicios como parte de sus Beneficios de Educación y Capacitación para el Autocontrol de la diabetes

I. Equipos y suministros médicos desechables

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

J. Equipo médico duradero, dispositivos ortésicos, aparatos y dispositivos protésicos

El equipo médico duradero, los dispositivos ortésicos y los aparatos y dispositivos protésicos (ya sean para extremidades o no) están cubiertos por la cantidad de deducible y coaseguros que se muestran en el *Esquema de Beneficios*.

1. Equipo Médico Duradero

El Equipo Médico Duradero está cubierto cuando el equipo sea prescrito por un Médico y Autorizado por Nosotros antes de obtener el equipo. El equipo no debe proporcionarse principalmente para la comodidad o conveniencia. Además, el equipo debe cumplir con todos los siguientes criterios que se detallan a continuación:

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

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

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

- (a) que no tienen una finalidad médica;
 - (b) que no son necesarios para realizar las actividades de la vida diaria;
 - (c) que son únicamente para la comodidad o confort del Afiliado; o
 - (d) que no son determinados por Nosotros como Médicamente Necesarios.
- e. Los accesorios y suministros médicos necesarios para el funcionamiento efectivo del Equipo Médico Duradero cubierto, se consideran parte integral del gasto cubierto para el alquiler o compra y no se cubrirán por separado.
 - f. La reparación o el ajuste del Equipo Médico Duradero que se compre o el reemplazo de los componentes están cubiertos. No se cubrirá el reemplazo de equipos perdidos o el reemplazo de equipos dañados debido a negligencia o mal uso. No se cubrirá el reemplazo de equipo dentro de los cinco (5) años posteriores a la compra o alquiler que no sea Médicamente Necesario, según se define en este Contrato. Independientemente de la Necesidad Médica, no se cubrirá la reparación, ajuste o sustitución de equipos sujetos a una retirada de venta del mercado en los cinco (5) años posteriores a su compra o alquiler. Independientemente de la Necesidad Médica, no se cubrirá la reparación, el ajuste o la sustitución del equipo cuando se proporcione en garantía.
 - g. Limitaciones relacionadas al Equipo Médico Duradero.
 - (1) Durante el alquiler del Equipo Médico Duradero, no habrá cobertura para la reparación, ajuste o reemplazo de las piezas y accesorios necesarios para el funcionamiento y mantenimiento adecuado del equipo cubierto, ya que esto es responsabilidad del proveedor del Equipo Médico Duradero.
 - (2) No habrá cobertura para el equipo cuando un suministro o aparato normalmente disponible pueda sustituir el equipo para cumplir con el mismo propósito de manera efectiva.
 - (3) No hay cobertura para el reemplazo de equipos perdidos. No habrá cobertura para la reparación o el reemplazo del equipo dañado debido a negligencia o uso incorrecto.
 - (4) Nosotros determinaremos cuáles serán los límites de cantidad razonables de artículos y suministros de Equipo Médico Duradero.

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

2. Órtesis

Los Beneficios que se especifican en esta sección estarán disponibles para la compra de Órtesis que Nosotros Autoricemos. Estos Beneficios estarán sujetos a lo siguiente:

- a. No habrá cobertura para pruebas o ajustes ya que éstos están incluidos en el Cargo Permitido para la Órtesis.
- b. La reparación o el reemplazo de Órtesis está cubierto solo dentro de un período razonable desde la fecha de compra, lo cual está sujeto a la vida útil esperada del dispositivo. Nosotros determinaremos cuál es ese período de tiempo. Independientemente de la necesidad médica, la reparación o sustitución del dispositivo no estará cubierta cuando se preste en garantía o cuando el dispositivo está sujeto a una retirada de venta del mercado.
- c. Cuando los dispositivos ortopédicos sean aprobados por Nosotros, los beneficios para los dispositivos estándar se proporcionarán para cualquier dispositivo de lujo.

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

- (a) que no tienen una finalidad médica;
 - (b) que no son necesarios para realizar las actividades de la vida diaria;
 - (c) que son únicamente para la comodidad o confort del Afiliado; o
 - (d) que no son determinados por Nosotros como Medicamento Necesarios.
- (2) Independientemente de las Reclamaciones de Necesidad Médica, los dispositivos y características de lujo y las funcionalidades de los dispositivos que no estén aprobados por Nosotros no están cubiertos.

- d. No habrá Beneficios disponibles para dispositivos de apoyo para los pies, excepto cuando se utiliza en el tratamiento de la enfermedad de pie diabético.

3. Aparatos y Dispositivos Protésicos (que no son para extremidades)

Los Beneficios estarán disponibles para la compra de Aparatos y Dispositivos Protésicos (que no sean prótesis de extremidades o servicios) que autoricemos, y están cubiertos conforme a las siguientes condiciones:

- a. No habrá cobertura para pruebas o ajustes, ya que estos están incluidos en el Cargo Permitido para el Aparato o Dispositivo Protésico.
- b. La reparación o el reemplazo del Aparato o Dispositivo Protésico estará cubierta solo dentro de un período de tiempo razonable a partir de la fecha de compra sujeto a la vida útil esperada del aparato. Nosotros determinaremos cuál es ese período de tiempo. Independientemente de la necesidad médica, la reparación o sustitución de los aparatos o dispositivos no estará cubierta cuando se preste bajo garantía o cuando los aparatos o dispositivos están sujetos a una retirada de venta del mercado.

- c. Cuando los aparatos o dispositivos protésicos sean aprobados por Nosotros, los beneficios para los dispositivos estándar se proporcionarán para cualquier dispositivo Aparato de lujo.
 - (1) Los aparatos o dispositivos de lujo o las características y funcionalidades de lujo de los aparatos o dispositivos son aquellos que:
 - (a) que no tienen una finalidad médica;
 - (b) que no son necesarios para realizar las actividades de la vida diaria;
 - (c) que son únicamente para la comodidad o confort del Afiliado; o
 - (d) que no son determinados por Nosotros como Medicamento Necesarios.
 - (2) Independientemente de las Reclamaciones de Necesidad Médica, los aparatos o dispositivos de lujo o las características y funcionalidades de lujo de los aparatos o dispositivos que no estén aprobados por Nosotros no están cubiertos.

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

Los Beneficios estarán disponibles para la compra de Aparatos y Dispositivos Protésicos y Servicios Protésicos para las extremidades que Nosotros Autoricemos, y estarán cubiertos sujeto a lo siguiente:

- a. La reparación o el reemplazo del Aparato o Dispositivo Protésico estará cubierta solo dentro de un período de tiempo razonable a partir de la fecha de compra sujeto a la vida útil esperada del aparato. Nosotros determinaremos cuál es ese período de tiempo. Independientemente de la necesidad médica, la reparación o sustitución de los aparatos o dispositivos no estará cubierta cuando se preste bajo garantía o cuando los aparatos o dispositivos están sujetos a una retirada de venta del mercado.
- b. Cuando los aparatos o dispositivos protésicos sean aprobados por Nosotros, los beneficios para los dispositivos estándar se proporcionarán para cualquier dispositivo o aparato de lujo.
 - (1) Los aparatos o dispositivos de lujo o las características y funcionalidades de lujo de los aparatos o dispositivos son aquellos que:
 - (a) que no tienen una finalidad médica;
 - (b) que no son necesarios para realizar las actividades de la vida diaria;
 - (c) que son únicamente para la comodidad o confort del Afiliado; o
 - (d) que no son determinados por Nosotros como Medicamento Necesarios.
 - (2) Independientemente de las Reclamaciones de Necesidad Médica, los aparatos o dispositivos de lujo o las características y funcionalidades de lujo de los aparatos o dispositivos que no estén aprobados por Nosotros no están cubiertos.
- c. Podrá elegir un aparato o dispositivo protésico cuyo precio sea superior a la prestación a pagar en virtud de esta Póliza y podrá pagar la diferencia entre el precio del aparato o dispositivo y la prestación a pagar, sin que ello suponga una penalización económica o contractual para el proveedor del aparato o dispositivo.

- d. Los Aparatos y Dispositivos Protésicos para las extremidades deben ser prescritos por un Médico con licencia y provistos por un centro acreditado por la Junta Estadounidense para la Certificación en Ortésica, Protésica y Pedórsica (ABC, por sus siglas en inglés) o por la Junta para la Certificación de Ortésicos y Protésicos (BOC, por sus siglas en inglés).

K. Beneficios de Terapia Genética e Inmunoterapia Celular

La Terapia Genética y la Inmunoterapia Celular son tratamientos especializados de alto costo administrados por un número limitado de proveedores médicos capacitados y de calidad. Los Beneficios están disponibles solo para estos servicios: (1) CUANDO LA COMPAÑÍA AUTORICE POR ESCRITO LA NECESIDAD MÉDICA ANTES DE QUE SE LLEVEN A CABO LOS SERVICIOS; Y (2) CUANDO LOS SERVICIOS SE LLEVEN A CABO EN UN CENTRO MÉDICO QUE HAYA RECIBIDO LA APROBACIÓN PREVIA POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA PARA REALIZAR SU PROCEDIMIENTO.

L. Beneficios de Audición

1. Los Beneficios de audífonos están disponibles para Afiliados menores de 17 años y cuando se obtienen de un Proveedor de la Red. Este Beneficio se limita a 1 audífono para cada oído con pérdida auditiva cada 36 meses. El audífono debe ser ajustado y entregado por un audiólogo con licencia, un especialista en audífonos con licencia o un distribuidor de audífonos tras recibir la autorización médica por parte de un Médico y una evaluación audiológica médicamente apropiada para la edad del niño.

Pagaremos hasta Nuestro Cargo Permitido por este Beneficio. Es posible que incrementemos nuestro Cargo Permitido si el costo del fabricante para el Proveedor excede el Cargo Permitido.

2. Los audífonos implantables de conducción ósea, los implantes cocleares y los audífonos de fijación osteointegrada (BAHA, por sus siglas en inglés) están cubiertos para todos los Afiliados que cumplan los requisitos, independientemente de la edad, al igual que cualquier otro servicio o suministro, siempre y cuando sea necesidad médica y al pago correspondiente de los Copagos, Cantidades de Deducible y Coaseguro.

M. Servicios de diagnóstico por imágenes de alta tecnología

Los servicios de diagnóstico por Imágenes de Alta Tecnología que son Médicamente Necesarios, incluidos entre otros, resonancia magnética (IRM), angiografía por resonancia magnética (ARM), tomografía computarizada (TC), tomografía por emisión de positrones (TEP), y cardiología nuclear. Nosotros debemos Autorizar estos servicios antes de que Usted los reciba.

N. Atención Médica a Domicilio

Los Servicios Médicos a Domicilio prestados en lugar de una Admisión Hospitalaria están cubiertos, sujetos a las limitaciones del Periodo de Beneficios que se indican en el *Esquema de Beneficios*.

O. Cuidados de Hospicio

Los cuidados de Hospicio están cubiertos, sujetos a las limitaciones del Periodo de Beneficios que se indican en el *Esquema de Beneficios*.

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

Los servicios realizados por un intérprete calificado o una persona encargada de la transliteración están cubiertos cuando Usted necesite estos servicios en relación con un tratamiento médico o Consultas por diagnósticos proporcionados por un Médico o Profesional de la Salud Asociado, si los servicios se requieren por pérdida auditiva o Su incapacidad para comprender o comunicarse a través del idioma hablado. Estos servicios no están cubiertos si los presta un Afiliado, o si el tratamiento médico o la consulta diagnóstica no están cubiertos.

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

Los productos alimenticios bajos en proteínas para el tratamiento de ciertas enfermedades metabólicas hereditarias están cubiertos. *Enfermedades Metabólicas Hereditarias* son enfermedades provocadas por una anomalía heredada de la química del cuerpo. Los *Productos Alimenticios bajos en proteínas* son alimentos que se formulan especialmente para tener menos de 1 gramo de proteína por porción y que están creados para utilizarse bajo la indicación de un Médico para el tratamiento dietario de una Enfermedad Metabólica Hereditaria. Los Productos Alimentarios Bajos en Proteínas no incluyen a los alimentos naturales que son naturalmente bajos en proteínas.

Los Beneficios para los Productos Alimenticios bajos en proteínas están limitados al tratamiento de las siguientes enfermedades:

- Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)
- Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce (MSUD, por sus siglas en inglés)
- Acidemia Metilmalónica (MMA, por sus siglas en inglés)
- Acidemia Isovalérica (IVA, por sus siglas en inglés)
- Acidemia Propiónica
- Acidemia Glutárica
- Defectos Cíclicos de la Urea
- Tirosinemia

R. Beneficios de Linfedema

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

S. Procedimientos de Esterilización Permanente

Los Beneficios están disponible para los procedimientos quirúrgicos y dispositivos anticonceptivos que producen la esterilización permanente, como la vasectomía, la ligadura de trompas y la colocación histeroscópica de microinsertos en las trompas de Falopio.

T. Medicamentos con Receta

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

U. Servicios Privados de Enfermería

1. Usted dispone de cobertura para recibir los Servicios Privados de Enfermería cuando se realicen de forma Ambulatoria y cuando el personal de enfermería R.N. o L.P.N. no esté relacionado con el Afiliado por consanguinidad, matrimonio o adopción.
2. Los Servicios Privados de Enfermería están sujetos a la Cantidad de Deducible y al de Coaseguro como aparece en el *Esquema de Beneficios*.
3. Los Servicios Privados de Enfermería están sujetos a los límites máximos del Periodo de Beneficios indicados en el *Esquema de Beneficios*.
4. Los Servicios Privados de Enfermería no están cubiertos para Pacientes Hospitalizados.

V. Estudios del sueño

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

W. Servicios de Telemedicina y Terapia a Distancia

Los Beneficios están disponibles para Usted para diagnósticos, consultas, tratamientos, educación, administración de la atención, autocontrol del paciente y apoyo a los cuidadores cuando Usted y su Proveedor no se encuentren físicamente en el mismo lugar. La interacción entre Usted y el Proveedor puede tener lugar de diferentes maneras, según las circunstancias, pero esta interacción debe ser siempre adecuada para el entorno en el que se prestan los servicios de Telemedicina los servicios de Terapia a Distancia para Pacientes. Los Servicios de Telemedicina generalmente deben realizarse en tiempo real mediante transmisiones simultaneas de vídeo y audio bidireccionales (sincrónicas). Los Servicios de Telemedicina no cubren llamadas telefónicas y solo cuando lo aprobamos, se permite por otros métodos distintos a transmisiones simultaneas de audio y vídeo.

Los Servicios de Telemedicina Asíncronos o de Almacenamiento Directo entre un Paciente establecido y su Proveedor pueden tener lugar cuando un paciente establecido envía sus videos o imágenes pregrabados a un Proveedor a través de una comunicación compatible con HIPAA, a solicitud del proveedor o cuando los datos se transfieren entre dos Proveedores en nombre del paciente. Este método de Servicios de Telemedicina está limitado a los servicios que Nosotros aprobemos.

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

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

A menos que lo prohíba la legislación vigente, la cantidad que pague por una consulta de Servicios de Telesalud visita o de Servicios de Terapia con Pacientes a Distancia puede ser diferente de la que pagaría por el mismo servicio del Proveedor en un entorno que no sea de Telesalud ni de Terapia a Distancia. Pagará más por una visita de Telesalud o una visita de Terapia a Distancia cuando su Proveedor no pertenezca a su Red.

Tenemos derecho a determinar si la facturación fue apropiada y contiene los elementos necesarios para que podamos tramitar la Reclamación.

En general, no hay cobertura para los Servicios de Telemedicina ni los servicios de Terapia a Distancia que no están dentro del alcance de la licencia del Proveedor o no cumplen con ningún estándar de atención en comparación con una consulta en persona. No existe cobertura para los servicios que no cumplan la ley HIPAA y que no proporcionen un sistema de comunicación seguro para salvaguardar la información sanitaria protegida.

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

Artículo 16. Administración de la atención médica

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

1. Autorización y selección del Proveedor

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

Debemos aprobar el uso de un Proveedor que No Pertenece a la Red y emitir cualquier Autorización requerida antes de que se presten los servicios. Si no aprobamos el uso de un Proveedor Fuera de la Red ni emitimos la Autorización correspondiente antes de que se presten los servicios, los Servicios Cubiertos que posteriormente se determinen como Médicamente Necesarios se pagarán según el nivel más bajo de un Proveedor Fuera de la Red que figure en el *Esquema de Beneficios*.

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

servicios. Deduiremos de Nuestro pago el importe del copago del Afiliado. Importe del Deducible y Coaseguro tanto si el Copago, Importe del Deducible y Coaseguro es aceptado por el Proveedor Fuera de la Red o no.

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

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

Si no se solicita la Autorización antes de la Admisión o de recibir otros Servicios Cubiertos y suministros que necesiten Autorización, Nosotros tendremos derecho a determinar si la Admisión o los otros Servicios Cubiertos y suministros serán Médicamente Necesarios. Si los servicios no eran Médicamente Necesarios, la Admisión o los otros Servicios Cubiertos y suministros no tendrán cobertura y Usted deberá pagar todos los gastos en los que haya incurrido.

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

a. Admisiones

- (1) Si un Proveedor de la Red o un Proveedor Participante no cumple con obtener la Autorización requerida, Nosotros descontaremos de los Cargos Permitidos el importe de la sanción que se estipula en el contrato que el Proveedor tiene con Nosotros o con cualquier otro plan de Blue Cross and Blue Shield. Esta sanción se aplica a todos los cargos cubiertos de hospitalización. El Proveedor de la Red o el Proveedor Participante es responsable de todos los cargos no cubiertos. El Afiliado sigue siendo responsable de cualquier copago, cantidad de deducible y coaseguro que se muestre en el Esquema de Beneficios.
- (2) Si un Proveedor No Participante no obtiene una Autorización necesaria, reduciremos los Cargos Permitidos según la Sanciones en el importe de la sanción que figura en el **Esquema de Beneficios**. Esta sanción se aplica a todos los cargos cubiertos de hospitalización. Usted es responsable de todos los cargos no cubiertos y de cualquier copago, cantidad de deducible y coaseguro que se muestren en el Esquema de Beneficios.

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

- (1) Si un Proveedor de la Red no obtiene la Autorización requerida, Nosotros reduciremos el Cargo Permitido en un 30 %. Esta sanción se aplica a todos los servicios y suministros que requieran una Autorización, excepto los cargos por hospitalización. El Proveedor de la Red es responsable de todos los cargos no cubiertos. El afiliado sigue siendo responsable de su copago, deducible y coaseguro.
- (2) Si un Proveedor Fuera de la Red no cumple con obtener la Autorización requerida, los Beneficios se pagarán al nivel más bajo Fuera de la Red que figura en el **Esquema de Beneficios**. El afiliado es responsable de todos los cargos no cubiertos y sigue siendo responsable de cualquier Copago, Deducible y Coaseguro.

3. Autorización de Admisiones

a. Autorización de Admisiones Electivas

El Afiliado es responsable de garantizar que el Proveedor notifique a Nuestro departamento de administración de la atención sobre cualquier Admisión Hospitalaria, electiva o que no sea de emergencia. Se nos debe notificar antes de la Admisión la naturaleza y el propósito de cualquier Admisión Electiva o Admisión que no sea de Emergencia en el departamento de Hospitalización de un Hospital. Para notificárnoslo antes de la Admisión, el Proveedor debe ponerse en contacto con Nuestro departamento de Administración de la Atención en el número de teléfono que aparece en el Esquema de Beneficios, con Nuestro departamento de atención al cliente en el número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación o seguir las instrucciones del Manual del Proveedor, si está a su disposición. La Compañía determinará cuál es el entorno más adecuado para el servicio electivo y la duración adecuada de la estancia, cuando se documente que la Hospitalización es Médicamente Necesaria.

- (1) Si rechazamos una solicitud de Autorización, no se cubrirá la Admisión y Usted debe pagar todos los cargos incurridos durante la Admisión para la cual se denegó la Autorización.
- (2) Si no se solicita la Autorización antes de la Admisión, Nosotros tendremos derecho a determinar si la Admisión era Médicamente Necesaria. Si la Admisión era Médicamente Necesaria, los Beneficios se otorgarán de acuerdo con el estatus de participación del Proveedor.
- (3) Las cantidades adicionales por las que Usted es responsable, puesto que se denegó o no se solicitó la Autorización de una Admisión hospitalaria electiva o que no sea de emergencia, se consideran como no cubiertas y no se aplicarán para cubrir la Cantidad de Desembolso.

b. Autorización para Admisiones de Emergencia

Es responsabilidad del Afiliado asegurarse de que su médico, Hospital o un representante del este, notifique a Nuestro departamento de Administración de la Atención todas las Admisiones de Emergencia. Dentro de las 48 horas siguientes a la Admisión de Emergencia, se nos deberá notificar la naturaleza y el propósito de esta. El centro o Proveedor deben ponerse en contacto con Nuestro departamento de Administración de la Atención en el número de teléfono que aparece en el Esquema de Beneficios, con Nuestro departamento de atención al cliente en el número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación o seguir las instrucciones del Manual del Proveedor, si están disponibles para el centro o el Proveedor. Podremos anular o ampliar este límite de tiempo si se determina que usted no puede notificarnos a tiempo o indicar a un representante que nos notifique la Admisión de Emergencia. En el caso en que el final del período de notificación sea un día feriado o fin de semana, Nosotros debemos recibir la notificación al siguiente día hábil. Nosotros determinaremos la duración adecuada de la estancia para la cual se pide Admisión de Emergencia, cuando se haya documentado que la Hospitalización es Médicamente Necesaria.

- (1) Si se deniega la Autorización, la Admisión no estará cubierta y el Afiliado deberá abonar todos los gastos incurridos durante la Admisión.
- (2) Si no se solicita Autorización, Nosotros tendremos derecho a determinar si la Admisión era Médicamente Necesaria. Si la Admisión era Médicamente Necesaria, los Beneficios se otorgarán de acuerdo con el estatus de participación del Proveedor.
- (3) Las cantidades adicionales por las que el Afiliado es responsable, puesto que se denegó o no se solicitó la Autorización de una Admisión hospitalaria Electiva o que no sea de Emergencia, se consideran como no cubiertas y no se aplicarán para cubrir el Desembolso.

c. Revisión Concurrente

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

- (1) Si Nosotros no recibimos una solicitud de Autorización para continuar la estadía en o antes del último día Autorizado, no se aprobarán más días una vez transcurrido el último día Autorizado y no se pagarán Beneficios adicionales a menos que Nosotros recibamos y Autoricemos otra solicitud. Si en cualquier momento de este procedimiento de Revisión Concurrente se recibe una solicitud de Autorización para continuar la estadía y Nosotros determinamos que no es Médicamente Necesario que el Afiliado permanezca hospitalizado o que permanezca hospitalizado en un nivel de atención solicitado, Nosotros notificaremos por escrito al Afiliado y a sus Proveedores que se denegó la solicitud y que no se Autorizan días adicionales.
 - (2) Si Nosotros denegamos una solicitud de Revisión Concurrente o una solicitud de nivel de atención para Servicios de Hospital, Nosotros notificaremos al Afiliado, a su Médico y al Hospital dicha denegación. Si, a partir de entonces, el Afiliado decide permanecer Hospitalizado, o con el mismo nivel de atención, el Afiliado no será responsable de ningún cargo a menos que el Médico o el Hospital le notifiquen al afiliado de su responsabilidad financiera antes de incurrir en cargos adicionales.
 - (3) Los cargos por días en el Hospital que no hayan sido autorizados y que el Afiliado debe pagar, se consideran como no cubiertos y no se aplicarán para cubrir la Cantidad de Desembolso.
4. Autorización de Servicios para Pacientes Ambulatorios, Incluidos Otros Servicios Cubiertos y Suministros
- Ciertos servicios, suministros y Medicamentos con Receta requieren de Nuestra Autorización antes de que el Afiliado los reciba. La lista de Autorizaciones figura en el Esquema de Beneficios del Afiliado. El Afiliado es responsable de asegurar que su Proveedor obtenga todas las Autorizaciones requeridas antes de que reciba los servicios, suministros o Medicamentos con Receta. Podríamos necesitar que el Proveedor del Afiliado nos envíe información médica o clínica acerca de la afección que padece el Afiliado. Para obtener Autorizaciones previas, el Proveedor del Afiliado debe ponerse en contacto con Nuestro departamento de administración de la atención al número de teléfono que aparece en el Esquema de Beneficios, con Nuestro departamento de atención al cliente al número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación o seguir las instrucciones del Manual del Proveedor, si está disponible para el Proveedor.
- a. Si Nosotros denegamos una solicitud de Autorización, los servicios para Pacientes Ambulatorios y los suministros no estarán cubiertos.
 - b. Si no se solicita la Autorización antes de recibir los servicios para Pacientes Ambulatorios y suministros que la requieran, Nosotros tendremos el derecho de determinar si dichos servicios y

suministros fueron Medicamento Necesarios. Si los servicios y suministros fueron Medicamento Necesarios, los Beneficios se otorgarán según el estatus de participación del Proveedor.

- c. Las cantidades adicionales por las que el Afiliado es responsable, puesto que se denegó o no se solicitó la Autorización de una Admisión hospitalaria Electiva o que no sea de Emergencia, se consideran como no cubiertas y no se aplicarán para cubrir el Desembolso.

B. Control de Enfermedades

1. **Cualificación:** Usted puede reunir los requisitos para participar en los programas de control de enfermedades, a Nuestra discreción, de acuerdo con distintos criterios, entre ellos el diagnóstico de enfermedades crónicas, la gravedad y el tratamiento propuesto u obtenido. El programa busca identificar a los candidatos tan temprano como sea posible. Se refuerzan las técnicas de autocontrol y se asigna un enfermero personal. Usted o Sus Médicos y los cuidadores pueden incluirse en todas las fases del programa de control de enfermedades. El enfermero de control de enfermedades también le puede referir a los recursos comunitarios para que reciba más apoyo y tratamiento.
2. **Control de Enfermedades:** Los programas de control de enfermedades de HMO Louisiana, Inc. están dedicados a mejorar la calidad de la atención para Usted, así como también a disminuir los costos de atención médica en poblaciones que sufren de enfermedades crónicas. El enfermero trabaja con Usted para ayudarle a aprender técnicas de autocuidado que Usted necesitará para poder controlar Su enfermedad crónica, establecer metas realistas para la modificación de su estilo de vida y mejorar el cumplimiento con el plan de tratamiento ordenado por el Médico. HMO, Louisiana, Inc. está dedicada a respaldar el trabajo del Médico para mejorar Su salud y bienestar.

C. Administración de Casos

1. Es posible que usted reúna los requisitos para solicitar los servicios de Administración de Casos, a Nuestra discreción, sobre la base de distintos criterios, entre ellos el diagnóstico, la gravedad, la duración de la enfermedad y el tratamiento propuesto u otorgado. El programa procura identificar a los candidatos tan temprano como sea posible y trabajar con Usted, sus Médicos y familiares, y otros recursos comunitarios para evaluar alternativas de tratamiento y Beneficios disponibles.
2. La función de la Administración de Casos es prestarle servicios a Usted evaluando, facilitando, planificando y haciendo recomendaciones sobre las necesidades médicas, de forma individual. La población de pacientes que se beneficia de la Administración de Casos es amplia y está formada por varios grupos, entre ellos los que se encuentran en una fase crítica de la enfermedad o los que padecen una afección crónica.
3. Nuestra decisión de que su afección médica específica le convierte en un candidato adecuado para los servicios de Administración de Casos no nos obligará a tomar la misma decisión o una similar para cualquier otra persona cubierta. La prestación de servicios de Administración de Casos para un Afiliado no le dará derecho a ningún otro Afiliado a recibir los servicios de Administración de Casos, ni deberá interpretarse como una renuncia a Nuestro derecho de administrar y hacer cumplir esta Póliza de acuerdo con los términos que en él se expresan.
4. A menos que Nosotros lo hayamos acordado explícitamente, todos los términos y condiciones de esta Póliza, incluidas las limitaciones máximas de Beneficios y todas las demás limitaciones y exclusiones, continuarán en plena vigencia y efecto si Usted recibe los servicios de Administración de Casos.

5. Sus servicios de Administración de Casos se darán por finalizados de presentarse alguna de las siguientes situaciones:
 - a. Determinamos, a Nuestro criterio, que Usted ya no es un candidato adecuado para recibir los servicios de Administración de Casos o que dichos servicios ya no son necesarios.
 - b. Las metas a corto y a largo plazo establecidas en el plan de Administración de Casos se han alcanzado, o Usted decide no participar en el plan de Administración de Casos.

D. Beneficios Alternativos

1. Es posible que usted reúna los requisitos para solicitar Beneficios Alternativos, a Nuestra discreción, sobre la base de distintos criterios, entre ellos el diagnóstico, la gravedad, la duración de la enfermedad y el tratamiento propuesto u otorgado. El programa busca identificar los candidatos tan temprano como sea posible y trabajar con Usted, sus Médicos y familiares, y otros recursos comunitarios para evaluar alternativas de tratamiento y los Beneficios disponibles cuando se determine que es beneficioso para Usted y para Nosotros.
2. Nuestra determinación de que una Afección concreta le convierte en candidato idóneo para recibir Beneficios Alternativos no nos obligará a volver a tomar la misma determinación u otra similar; la prestación de Beneficios Alternativos tampoco se interpretará como una renuncia a Nuestro derecho a administrar y hacer cumplir esta Póliza de acuerdo con sus términos explícitos.
3. A menos que lo hayamos acordado explícitamente, todos los términos y las condiciones de esta Póliza, incluidos, entre otros, las limitaciones máximas de beneficios y todas las demás limitaciones y exclusiones, se mantendrán totalmente vigentes y aplicables si Usted recibe Beneficios Alternativos.
4. Los Beneficios Alternativos provistos según lo estipulado en este Artículo se proporcionan en lugar de los Beneficios a los que Usted tiene derecho bajo esta Póliza y acumulan para las limitaciones máximas de Beneficios bajo esta Póliza.
5. Sus Beneficios Alternativos serán rescindidos si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:
 - a. Nosotros determinamos, a Nuestra entera discreción, que Usted ya no es un candidato idóneo para recibir Beneficios Alternativos o que ya no necesita Beneficios Alternativos.
 - b. Usted recibe atención, tratamiento, servicios o suministros para tratar su afección médica que estén excluidos conforme a esta Póliza, y que no estén especificados como Beneficios Alternativos aprobados por Nosotros.

Artículo 17. Limitaciones y exclusiones

A. Esta Póliza no Cubre Ciertos Servicios, Suministros o Tratamientos

Se excluyen los beneficios por afecciones, servicios, cirugía, suministros y tratamiento por servicios que no están cubiertos por esta Póliza.

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

B. Nosotros Podemos Eliminar o Revisar las Limitaciones o Exclusiones en esta Póliza

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

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

1. Servicios, tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos, artículos o suministros que no sean Médicamente Necesarios, como se define en esta póliza. El hecho de que un Médico u otro Proveedor recete, ordene, recomiende o apruebe un servicio o suministro, o que un tribunal ordene que se provea un servicio o suministro, no lo convierte en Médicamente Necesario.
2. Cualquier cargo que exceda el Cargo Permitido.
3. Los cargos adicionales por servicios de enfermería que se suman al cargo estándar del Hospital por los Servicios de Enfermería General, Comidas y Alojamiento; los cargos por alojamiento de lujo o por alojamiento en cualquier Hospital o Centro de Salud Asociado brindado principalmente para la conveniencia del paciente; o, el Servicio de Enfermería General, Comidas y Alojamiento en cualquier otra habitación al mismo tiempo que se proveen los Beneficios para el uso de una Unidad de Atención Especial.
4. Se excluyen los Beneficios para servicios, Operaciones, suministros, tratamiento o gastos:
 - a. que no sean los mencionados específicamente como cubiertos en esta Póliza o por los cuales Usted no tiene la obligación de pagar, o por los cuales no hay cargos ni un cargo menor si Usted no tiene cobertura de seguro médico (los Beneficios están disponibles cuando los Servicios Cubiertos se prestan en centros médicos de propiedad y operados por el Estado de Luisiana o cualquiera de sus subdivisiones políticas);
 - b. que se ha dado antes de Su Fecha de entrada en vigor o después que Su cobertura finalice, excepto como se indica a continuación: Las prestaciones médicas relacionadas con una Admisión Hospitalaria se proporcionarán para una Admisión en curso en la fecha en que finalice su cobertura según esta Póliza, hasta el final de dicha Admisión o hasta que Usted haya alcanzado cualquier limitación de beneficios establecida en esta Póliza, lo que ocurra primero;
 - c. que se realicen por, o bajo la dirección de, un Proveedor, Médico o Profesional de la Salud Asociado que actúe fuera de la competencia que le otorga su licencia;
 - d. en la medida en que el pago se haya realizado o esté disponible bajo algún otro contrato emitido por HMO Louisiana, Inc. o por cualquier Compañía Blue Cross o Blue Shield, o en la medida provista a través de otro contrato, excepto cuando la ley así lo disponga, y excepto cuando haya beneficios bajo pólizas de Beneficios limitados;
 - e. que sean de naturaleza de Investigación, excepto por lo provisto específicamente en esta Póliza. Las determinaciones de investigación se realizan de acuerdo con Nuestras políticas y procedimientos;
 - f. prestados como resultado de una enfermedad o lesión ocupacional compensable bajo cualquier ley federal o estatal de compensación a los trabajadores o cualquier programa relacionado, pero sin

limitarse a, la Ley Jones, la Ley Federal de Responsabilidad de los Empleadores, la Ley Federal de Compensación a los Empleados, la Ley de Compensación a los Trabajadores Marítimos y Portuarios, la Ley de Beneficios para el Pulmón Negro, el Programa de Compensación de Enfermedades Ocupacionales de los Empleados de Energía y el Artículo 23 de los Estatutos Revisados de Luisiana, esté o no vigente la cobertura de dichas leyes o programas;

- g. que se reciba de un departamento o clínica dental, de la vista o médica mantenida por o en nombre de una compañía empleadora, una asociación mutua de beneficios, un sindicato laboral, fideicomiso o persona o grupo similar; o
 - h. prestados, prescritos o provistos de otro modo por un Proveedor que es el Afiliado, el Cónyuge, hijo, hijastro, padre, padrastro o abuelo del Afiliado;
 - i. para llamadas telefónicas, comunicaciones por video, mensajes de texto, mensajes de correo electrónico, mensajes instantáneos o comunicaciones a través del portal del paciente entre Usted y Su Proveedor, a menos que se indique específicamente como cubierto por el Beneficio de Servicios de Telemedicina; por los servicios facturados con códigos de Telemedicina no adecuados para el entorno en el que se prestan los servicios; por los servicios de Telemedicina no permitidos por nosotros; y por los servicios de Telemedicina prestados por proveedores no permitidos por nosotros.
 - j. para los servicios y dispositivos de Terapia a Distancia, a menos que los resultados se requieran específicamente para una decisión de tratamiento médico de un Afiliado o según lo exija la ley.
 - k. por no acudir a una consulta programada, por no completar un formulario de Reclamación, por no obtener los registros médicos de la información requerida para adjudicar una Reclamación, o por no acceder a un proveedor o inscribirse en él;
 - l. para los servicios que se prestan en el hogar a menos que los servicios cumplan con la definición de servicios de atención médica a domicilio, o que estén cubiertos específicamente en esta póliza, o estén aprobados por Nosotros;
 - m. todo procedimiento incidental, procedimiento desagregado o mutuamente exclusivo, excepto según lo descrito en esta Póliza; o
 - n. pruebas de paternidad y pruebas realizadas con fines legales.
5. Los Beneficios para los servicios en las siguientes categorías están excluidos:
- a. aquellos servicios para enfermedades contraídas o lesiones sostenidas como resultado de una guerra, declarada o no declarada, o cualquier acto de guerra;
 - b. aquellos para lesiones o enfermedades que el Secretario de Asuntos de los Veteranos encontró que fueron incurridas o agravadas durante la prestación del servicio en los servicios uniformados;
 - c. aquellos que ocurran como resultado de haber participado en un motín o acto de desobediencia civil;
 - d. para el tratamiento de cualquier Afiliado detenido en una institución correccional que haya sido juzgado y condenado por el delito que causó la detención; y
 - e. aquellos que ocurren como resultado de haber cometido o intentado cometer un delito. Esta exclusión no se aplica al punto de no coincidir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico

de 1996 (HIPAA), junto con sus enmiendas. Los beneficios están a su disposición en caso de Enfermedad o Lesión Corporal debida a un acto de violencia doméstica o a una Afección Médica (incluidas las Afecciones Físicas y de Salud Mental); o en caso de Atención Médica de Emergencia, el examen médico inicial, el tratamiento y la estabilización de una Afección Médica de Emergencia.

6. **INDEPENDIEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por servicios, Operaciones, suministros, tratamiento o gastos relacionados con, o Complicaciones de lo que se detalla a continuación:
- a. rinoplastia;
 - b. servicios de blefaroplastia identificados con los códigos CPT 15820, 15821, 15822, 15823; de ptosis de ceja identificado con el código CPT 67900; o cualesquiera otros códigos revisados o equivalentes;
 - c. ginecomastia;
 - d. aumento o Reducción mamaria, excepto por los servicios reconstructivos de mamas, como se establece específicamente en esta Póliza;
 - e. implante, extracción o reimplante de implantes de seno y servicios, enfermedades, afecciones, complicaciones o tratamiento en relación con, o como resultado de, implantes de seno, excepto por los servicios de reconstrucción de seno especificados en esta Póliza;
 - f. implante, extracción o reimplante de prótesis penianas y servicios, enfermedades, afecciones, complicaciones o tratamiento relacionados con la prótesis peniana o como resultado de ella;
 - g. diástasis del recto;
 - h. biorretroalimentación;
 - i. clínicas o programas para el cambio de hábitos o estilo de vida, excepto aquellos que ofrecemos, respaldamos, aprobamos o promocionamos como parte de Su cobertura de atención médica en esta Póliza. Algunos de estos programas pueden ofrecerse como programas de valor añadido y pueden estar sujetos a un costo adicional mínimo. Si es clínicamente apto para participar, Usted elige voluntariamente si desea participar en los programas.
 - j. Los campamentos o programas de la naturaleza, excepto cuando los proporciona un Centro de Tratamiento Residencial calificado y aprobado por Nosotros como Medicamento Necesarios para el tratamiento de afecciones de salud mental o trastornos por el consumo de sustancias tóxicas;
 - k. tratamiento relacionado con disfunciones eréctiles o sexuales, trastorno de bajo deseo sexual u otras deficiencias sexuales.
 - l. pruebas industriales o programas de autoayuda, incluidos, los programas para el tratamiento del estrés programas de refuerzo laborales o evaluación de capacidad funcional; exámenes de conducir, etc.;
 - m. terapia recreativa;
 - n. Programas de rehabilitación del dolor o de control del dolor para pacientes hospitalizado; y
 - o. con el objetivo principal de mejorar la capacidad atlética.

7. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, Operaciones, suministros, tratamiento o gastos relacionados con:
- a. exámenes de la vista de rutina (excepto para los diabéticos que se muestran en la sección de Beneficios), anteojos o lentes de contacto o exámenes (excepto para el par inicial y el ajuste de anteojos o lentes de contacto necesarios tras la Operación de cataratas), a menos que se indiquen como cubiertos en esta póliza o *Esquema de Beneficios*;
 - b. ejercicios de la vista, entrenamiento visual u ortóptica;
 - c. audífonos o exámenes para recetar o ajustar audífonos, excepto por lo especificado en esta Póliza;
 - d. postizos, pelucas, crecimiento del cabello o implantes capilares;
 - e. corrección de errores de refracción del ojo, incluyendo, entre otros, la queratotomía radial y la cirugía con láser; o
 - f. terapia visual.
8. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, Operaciones, suministros, tratamiento o gastos relacionados con:
- a. cualquier de los costos originados por la donación de un órgano o tejido para trasplante cuando Usted es el donante a excepción de lo estipulado en esta Póliza;
 - b. procedimientos de trasplante de cualquier órgano o tejido humano que no estén específicamente mencionados como cubiertos.
 - c. servicios o suministros relacionados que incluyen la administración de quimioterapia en altas dosis para acompañar los procedimientos de trasplante;
 - d. el trasplante de cualquier órgano o tejido no humano; o
 - e. los trasplantes de médula ósea y el rescate de células madre (autólogo y alogénico) no están cubiertos, excepto según lo dispuesto en esta Póliza.
 - f. Terapia Génica o Inmunoterapia Celular si no se obtiene la Autorización previa o si los servicios se realizan en un Centro administrador que no haya sido aprobado por escrito por la compañía antes de la prestación de los servicios.
9. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por cualquiera de los siguientes, excepto según lo dispuesto específicamente en esta Póliza o en el Esquema de Beneficios:
- a. programas para bajar de peso;
 - b. procedimientos de cirugía bariátrica que incluyen, entre otros:
 - (1) Baipás gástrico en Y de Roux
 - (2) Banda gástrica ajustable laparoscópica

- (3) Banda gástrica
 - (4) Cruce duodenal con derivación biliopancreática;
 - c. eliminación de excesos de grasa o piel o servicios prestados en un *spa* o centros similares; o
 - d. obesidad u obesidad mórbida.
10. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para alimentos o suplementos alimentarios, fórmulas y alimentos médicos, incluyendo aquellos para alimentación por sonda gástrica. Esta exclusión no se aplica a los productos alimentarios bajos en proteínas, tal como se describe en esta Póliza.
11. Se excluyen Beneficios para los Medicamentos con Receta que Nosotros determinemos que no son Medicamento Necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los siguientes artículos también están excluidos, a menos que figuren como cubiertos en el ***Esquema de Beneficios***:
- a. Medicamentos para mejorar el estilo de vida incluyendo entre otros, medicamentos utilizados con fines cosméticos (por ejemplo, Botox®, Renova®, Tri-Luma®), medicamentos utilizados para mejorar el rendimiento deportivo, medicamentos utilizados para los efectos del envejecimiento en la piel y medicamentos utilizados para la pérdida o restauración del cabello (por ejemplo, Propecia®, Rogaine®), excepto los Medicamentos con receta aprobados por Nosotros para tratar la alopecia areata o la alopecia universal;
 - b. medicamentos para la obesidad, la pérdida de peso, el control del peso o el mantenimiento del peso (por ejemplo, Contrave®, Qsymia®, Saxenda®, Wegovy™);
 - c. todo medicamento que no se haya comprobado que sea eficaz en la práctica médica en general;
 - d. Medicamentos en investigación y medicamentos usados que no sean para la indicación aprobada por la FDA junto con todos los servicios Medicamento Necesarios asociados con la administración del medicamento, excepto los medicamentos que no están aprobados por la FDA para una indicación particular, pero que están reconocidos por tratar la indicación cubierta en un compendio de referencia estándar o como se muestra en los resultados de estudios clínicos controlados publicados en al menos 2 revistas médicas nacionales profesionales revisadas por homólogos o se espera que el medicamento proporcione un resultado clínico similar para la indicación cubierta como aquellos incluidos en los estándares de práctica médica aceptados a nivel nacional según lo determinemos Nosotros;
 - e. Medicamentos para la fertilidad;
 - f. suplementos nutricionales o dietéticos, o suplementos y tratamientos a base de plantas;
 - g. vitaminas prescritas que no aparecen como cubiertas en el Formulario de Medicamentos con Receta (incluyendo entre otras, Enlyte);
 - h. medicamentos que puedan obtenerse legalmente sin la receta de un Médico, inclusive los medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés);
 - i. Algunos Medicamentos con Receta para los que existe un equivalente o una alternativa similar entre los medicamentos de venta libre (OTC);

- j. medicamentos anticonceptivos;
- k. Dispositivos intrauterinos y dispositivos anticonceptivos implantables que no provoquen una esterilización permanente;
- l. Repeticiones de medicamentos que excedan el número especificado por el Médico o el límite de despacho que se describe en esta Póliza, o una repetición antes de usar el 75 % del suministro diario o cualesquiera repeticiones dispensadas más de 1 año después de la fecha de la receta original del Médico;
- m. cualquier medicamento utilizado para dejar de fumar, (excepto Zyban);
- n. Medicamentos compuestos que presentan cualquiera de las siguientes características:
 - (1) Son similares a un producto comercialmente disponible;
 - (2) Aquellos ingredientes principales se utilizan para una indicación que no cuenta con la aprobación de la FDA;
 - (3) Sus ingredientes principales se mezclan para administrarse de una manera inconsistente con lo aprobado por la FDA en el etiquetado del medicamento (por ejemplo, un medicamento aprobado para uso oral que se administre tópicamente);
 - (4) medicamentos compuestos que contienen productos farmacéuticos o componentes de dichos productos farmacéuticos que han sido retirados o sacados del mercado por razones de seguridad;
o
 - (5) Recetas compuestas cuyos únicos ingredientes no requieran receta;
- o. medicamentos con Receta seleccionados que contengan más de un ingrediente activo (algunas veces conocidos como «medicamentos combinados»);
- p. Productos de Medicamentos con Receta que incluyan o estén empaquetados con un producto de Medicamento sin Receta están incluidos;
- q. Los equipos para la preparación de Medicamentos con Receta están excluidos;
- r. algunos Medicamentos con Receta que están envasados de manera que contienen más de un (1) Medicamento con Receta;
- s. algunos Medicamentos con Receta con múltiples alternativas terapéuticas, que pueden estar disponibles con una mayor o menor concentración o en una forma de dosificación diferente (por ejemplo, tableta, cápsula, líquido, suspensión, liberación prolongada, a prueba de manipulación);
- t. Medicamentos con Receta que contengan marihuana, incluyendo la marihuana medicinal;
- u. Medicamentos con Receta que se despachen antes de Su Fecha de entrada en vigor o después que Su cobertura finalice;
- v. Reemplazo de Medicamentos con Receta extraviados o hurtados, o de aquellos que se echan a perder por mal manejo, daño o rotura;

- w. Medicamentos con Receta, equipos o sustancias para tratar disfunciones sexuales o eréctiles (por ejemplo, Viagra®, Cialis®, Levitra®), trastorno de bajo deseo sexual (Addyi®) u otras deficiencias sexuales;
- x. Medicamentos, drogas, o sustancias cuyo despacho, posesión, consumo o uso sea ilegal bajo las leyes de los Estados Unidos, o de cualquier otro estado, o que se dispensen o usen de manera ilegal;
- y. Terapia de hormona de crecimiento, excepto para insuficiencia renal crónica, síndrome de desgaste por SIDA, Síndrome de Turner, Síndrome de Prader-Willis, Síndrome de Noonan, para sanar heridas en pacientes quemados, retraso en el crecimiento en pacientes con quemaduras severas, síndrome del intestino corto, talla baja por deficiencia del gen SHOX, déficit de hormona del crecimiento cuando un Médico lo confirma por medio de una prueba de estimulación provocativa con resultados anormales;
- z. Medicamentos con Receta para, o tratamiento de estatura baja idiopática;
- aa. La cobertura de Medicamentos con Receta para Fármacos Peligrosos Regulados podría estar limitada o excluida cuando dichos Fármacos Peligrosos Regulados hayan sido recetados por varios médicos de manera simultánea, cuando un médico esté de acuerdo en que las recetas se obtuvieron a través de una declaración falsa del Afiliado a dicho médico. La limitación podría incluir que en el futuro se requiera que las Sustancias Peligrosas Controladas se obtengan de un solo médico y de una farmacia;
- bb. Preparaciones de medicamentos con recetas de aplicación tópica que estén aprobados por la FDA como dispositivos médicos;
- cc. Medicamentos con Receta sujetos al programa de Terapia Escalonada cuando dicho programa no se utilizó o porque el medicamento no fue aprobado por Nosotros o por Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia;
- dd. Los Medicamentos con Receta aprobados para la administración propia (p. ej., medicamentos orales y autoinyectables) están excluidos cuando se obtienen de un Médico o de otro Proveedor, a menos que esté contratado por Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia;
- ee. los medicamentos antihemofílicos cubiertos, inmunoglobulinas, medicamentos recomendados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA), para ser administrados por un profesional de atención médica, o los medicamentos cuya vía de administración incluya, entre otras, el bolo e infusión intravenosa, administración intramuscular, implantable, intratecal, intraperitoneal, intrauterina, gránulos, bombas y otras vías de administración según lo determine la Compañía están cubiertos bajo el beneficio médico y están excluidos bajo el beneficio de farmacia; y
- ff. El impuesto o interés sobre la venta, que incluya el impuesto sobre la venta de Medicamentos con Receta. Cualquier impuesto aplicado a la venta de los medicamentos con receta se incluirá en el costo del medicamento para determinar Su Coaseguro y nuestra responsabilidad financiera. Nosotros cubriremos el costo del impuesto sobre la venta de Medicamentos con receta cualificados, a menos que el costo total del Medicamento con receta sea inferior a la cantidad de Su Copago, en cuyo caso, Usted deberá pagar el costo del Medicamento con receta y el impuesto sobre la venta.

12. INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA, los Beneficios se excluyen para artículos para la comodidad, higiene y conveniencia personal, incluidos, aires acondicionados, humidificadores, equipo para hacer ejercicio, equipos personales para el acondicionamiento físico o modificaciones a Su domicilio o vehículo.

13. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para el cuidado de rutina de los pies; cuidado o tratamiento paliativo o cosmético; y tratamiento de pies planos, excepto para Operaciones Médicamente Necesarias. Además, los Beneficios para cortar o remover callos y callosidades, cortar o desbridar las uñas o dispositivos de apoyo para el pie están disponibles para personas a quienes se les ha diagnosticado diabetes cuando esos servicios son Médicamente Necesarios;
14. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para cualquier aborto que no sea para salvar la vida de la madre.
15. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios o suministros relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, incluida la fertilización in vitro, el lavado uterino para la recuperación embrionaria, la transferencia de embriones, la inseminación artificial, la transferencia de gametos en las trompas de Falopio, la transferencia de cigotos en las trompas de Falopio, la transferencia de óvulos por tubo inferior y terapia farmacológica u hormonal administrada como parte del tratamiento. Aun si la persona fuese fértil, estos procedimientos no están disponibles como Beneficios.
16. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, suministros o tratamientos relacionados con métodos artificiales de Embarazo, incluida la fertilización in vitro, el lavado uterino para la recuperación embrionaria, la transferencia de embriones, la inseminación artificial, la transferencia de gametos en las trompas de Falopio, la transferencia de cigotos en las trompas de Falopio, la transferencia de óvulos por tubo inferior y terapia farmacológica u hormonal administrada como parte del tratamiento;
17. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los servicios prenatales y posnatales o los suministros de una Madre Sustituta Gestacional incluyendo, entre otros, servicios de Hospital, Operaciones, Salud Mental, farmacia o médicos.
18. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, Cirugía, suministros, tratamiento o Sus gastos relacionados con:
 - a. Pruebas genéticas, a menos que los resultados sean específicamente requeridos para una decisión del tratamiento médico o si están requeridos por la ley;
 - b. Diagnóstico genético preimplantacional;
 - c. Prueba de detección antes de la concepción; y
 - d. Pruebas prenatales de detección, excepto aquellas para la detección de fibrosis quística.
19. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para acupuntura, anestesia por hipnosis o cargos por anestesia de Servicios no Cubiertos.
20. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para Cirugía Estética, perforaciones, procedimientos, servicios, suministros o tratamiento con fines estéticos, a menos que sea necesario debido a Anomalías Congénitas o Mastectomía. Las complicaciones que resulten de cualquiera de estos servicios u otros servicios no cubiertos están excluidos.

21. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por Tratamiento y Atención Dental y dispositivos dentales, excepto los señalados específicamente en esta Póliza bajo la sección de Beneficios de Cirugía Bucal. Esta exclusión no se aplica a los Servicios para Labio Leporino y Paladar Hendido.
22. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por diagnóstico, tratamiento o cirugía de anomalías dentofaciales, incluyendo, maloclusión, Trastorno de la Articulación Temporomandibular o cráneomandibular, hiperplasia o hipoplasia de la mandíbula o los maxilares y cualquier otra afección ortognática. Esta exclusión no se aplica a los Servicios para Labio Leporino y Paladar Hendido.
23. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen Beneficios para exámenes médicos o pruebas de diagnóstico para exámenes físicos de rutina o periódicos, exámenes de detección e inmunizaciones, inclusive exámenes exigidos con fines ocupacionales, recreativos, para campamentos o escuelas, excepto lo establecido específicamente en esta Póliza.
24. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los gastos de viaje de cualquier tipo o tipo que no sean los Servicios de Ambulancia cubiertos al hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente la afección del Afiliado, excepto según lo dispuesto específicamente en esta Póliza, o según lo aprobado por Nosotros.
25. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, No se cubre la repatriación de los restos mortales desde una ubicación en el extranjero hasta los Estados Unidos. El transporte aéreo o marítimo, privado o comercial no está cubierto. Los Afiliados que viajan al extranjero deben considerar la posibilidad de adquirir una póliza de seguro de viaje que cubra la Repatriación a su país de origen y viajes aéreos o marítimos cuando no se requiera una ambulancia.
26. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios educativos y suministros, adiestramiento y readiestramiento para una vocación, o el diagnóstico, pruebas o tratamiento para la recuperación de la lectura, dislexia y otros trastornos del aprendizaje. Esto incluye los servicios de Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) que no son tratamientos de habilitación y que se enfocan específicamente en metas académicas o educativas; y los servicios paraprofesionales o de supervisión utilizados como ayuda de mantenimiento o la Asistencia de un Cuidador para apoyar en las oportunidades de aprendizaje en un contexto académico. Esta exclusión de los servicios y suministros educativos no se aplica a la formación y educación para la diabetes.
27. Los Beneficios se excluyen para el Análisis de Comportamiento Aplicado que Nosotros determinemos que no es Medicamento Necesario. También se excluyen los siguientes: ABA realizado a los Afiliados mayores de veintiún años (21); ABA realizado por un Proveedor que no tiene certificación como analista asistente del comportamiento, ni licencia como analista de comportamiento otorgada por la Junta de Análisis de Comportamiento de Luisiana o la agencia emisora de licencias correspondiente, si es de otro estado. El Análisis de Comportamiento Aplicado no está cubierto en caso de afecciones distintas a los Trastornos del Espectro Autista.
28. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para la Admisión a un Hospital principalmente para recibir Servicios de Diagnóstico, que se podrían haber prestado de manera segura y adecuadamente en cualquier otro entorno, por ejemplo, el departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital o el consultorio de un Médico;

29. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para la Asistencia de un Cuidador, la Asistencia de un Hogar para Ancianos, la Asistencia de un Centro de Vida Asistida o en domicilios particulares, sin importar el nivel de cuidados requeridos o proporcionados. Esta exclusión para la Asistencia de un Cuidador no se aplica a los servicios de Atención de Rehabilitación. Esta exclusión para la Asistencia de un Cuidador se aplica a las Reclamaciones por Servicios Privados de Enfermería que Nosotros determinemos que son Asistencia de un Cuidador.
30. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para cargos de hospital para un recién nacido, excepto lo específicamente indicado en esta Póliza;
31. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los servicios de orientación que incluyen, entre otros, orientación profesional, terapia de pareja, terapia de divorcio, terapia de pérdida y duelo, asesoría para padres y orientación laboral.
32. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para el tratamiento médico y quirúrgico de los ronquidos en ausencia de apnea obstructiva del sueño, incluyendo la uvulopalatoplastia asistida por láser (LAUP, por sus siglas en inglés).
33. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para la reversión de un procedimiento de esterilización voluntaria.
34. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para cualquier Equipo Médico Duradero, equipo médico desechable, artículos y suministros que sobrepasen los límites de cantidad razonables, según Nosotros lo determinemos. Los desfibriladores portátiles no están cubiertos. Los desfibriladores implantables y los portátiles están cubiertos cuando Nosotros los Autoricemos.
35. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los estudios del sueño, a menos que se realicen como un estudio del sueño en el domicilio o en un laboratorio del sueño acreditado por la red. Si un estudio del sueño no es realizado por un laboratorio del sueño acreditado por la Red, como un estudio del sueño en su domicilio o se deniega la realización de un estudio del sueño, entonces ni el estudio del sueño ni las Reclamaciones profesionales relacionadas con el estudio del sueño son válidos para la cobertura.
36. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios o suministros para el almacenamiento profiláctico de sangre del cordón umbilical.

Artículo 18. Disposiciones generales

A. Esta Póliza

1. Esta Póliza, la *Solicitud de Cobertura Médica a Corto Plazo* que expresa todo el dinero y otras consideraciones de cobertura, el *Esquema de Beneficios* y cualquier enmienda o suplemento, constituyen la totalidad de la Póliza entre las partes.

2. La presente póliza está sujeta a suscripción. No se aprobará la cobertura inicial o la renovación de la cobertura a todos los solicitantes.
3. Esta póliza no tiene garantía de renovación ni es prorrogable, salvo a elección de la compañía. Si desea renovar o continuar la cobertura de esta Póliza, la Compañía volverá a determinar su elegibilidad y le notificará si es aceptado para la renovación o continuación de la cobertura.
4. Nosotros - tendremos el derecho de celebrar acuerdos contractuales con subcontratistas, proveedores de servicios médicos o de terceras partes en relación con esta Póliza. Cualquier función que Nosotros debamos llevar a cabo según esta Póliza podrán ser realizadas por Nosotros o cualquiera de Nuestras filiales, sucursales, subcontratistas o personas designadas.
5. Nuestra responsabilidad se limita a los Beneficios especificados en esta Póliza. Los Beneficios de los Servicios Cubiertos detallados en esta Póliza se prestarán únicamente para servicios y suministros prestados a partir de su Fecha de entrada en vigor por un Proveedor incluido en esta Póliza y regularmente incluidos en los cargos de dicho Proveedor.
6. Continuidad de los servicios de atención médica.
 - a. Cuando hayamos finalizado un acuerdo contractual con un Proveedor y Usted ha empezado un tratamiento con ese Proveedor, Nosotros le notificaremos que hemos eliminado a ese Proveedor de la Red HMOLA . Cualquier negación para la continuidad de los servicios de atención médica será sujeta a Nuestro proceso de Quejas y Apelaciones. Puede seguir recibiendo los Servicios Cubiertos hasta que finalice el curso del tratamiento, no más de noventa (90) días a partir de la fecha de entrada en vigor de la rescisión del acuerdo contractual del Proveedor.
 - b. Usted tiene derecho a la continuidad de la asistencia que se aplica a las siguientes Disposiciones y previo consentimiento del Proveedor que le atiende:
 - (1) Si le han diagnosticado una Enfermedad que pone en riesgo la vida.
 - (2) Si le han diagnosticado una Afección Aguda Grave.
 - (3) Si se le ha diagnosticado un embarazo de alto riesgo o ha superado la semana 24 de embarazo, puede seguir recibiendo los Servicios Cubiertos durante el parto y la atención posparto relacionada con el embarazo y el parto.
 - (4) Si está recibiendo tratamiento por una Afección para la que el Proveedor que le atiende certifica que la interrupción de la atención por parte de dicho Proveedor empeoraría la Afección o interferiría con los resultados previstos.
 - c. Las disposiciones de continuidad de la atención no se aplican si ocurre cualquiera las siguientes situaciones:
 - (1) La razón de la finalización del acuerdo contractual de un Proveedor es el resultado de las razones documentadas relativas a la calidad de la atención, o la suspensión, revocación o restricción correspondiente de la licencia para ejercer en Luisiana por el Tribunal Examinador de Médicos del Estado de Luisiana.
 - (2) Usted voluntariamente elige cambiar de Proveedor.

- (3) Usted se traslada a un lugar fuera de la zona geográfica de servicio del Proveedor o de la Red Community Blue.
- (4) Su afección crónica sólo requiere supervisión rutinaria y no se encuentra en una fase aguda de la enfermedad.

B. Sección 1557 Procedimiento de Quejas Formales

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

Section 1557 Coordinator
P. O. Box 98012
Baton Rouge, LA 70898-9012
225-298-7238
800-711-5519 (TTY 711)
Fax: 225-298-7240

Correo electrónico: Section1557Coordinator@bcbsla.com

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

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

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

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono en:

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

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

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

C. Cambios en la Póliza

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

D. Sin responsabilidad por las acciones de los proveedores

Nosotros no seremos responsables de incumplimientos, actos, omisiones, negligencias, cumplimiento irregular, acto ilícito o negligencia profesional de parte de cualquier Hospital u otra institución, o de cualquier representante o empleado, ni de parte de ningún Médico, Proveedor asociado, enfermero, técnico u otra persona que participe en Su atención médica o tratamiento.

E. Tarjetas de identificación

Emitiremos una tarjeta de identificación (ID) para Usted. Debe mostrar la tarjeta de identificación cada vez que reciba Servicios Cubiertos. Las tarjetas de identificación no son transferibles. El uso no autorizado de la tarjeta de identificación por parte de cualquier persona puede resultar en la rescisión de Su cobertura. La tarjeta de identificación sólo sirve para identificar al Afiliado y no confiere ningún derecho a Servicios Cubiertos o Beneficios. Para tener derecho a Servicios Cubiertos o Beneficios, el titular de la tarjeta de identificación debe ser un Afiliado en cuyo nombre se hayan pagado efectivamente todas las primas que correspondan. Usted debe llevar la tarjeta de identificación consigo en todo momento para asegurar la pronta recepción de los Servicios Cubiertos. Si pierde o le roban una tarjeta, háganos saber de inmediato.

F. Fecha de vencimiento del pago de las primas

1. Las primas vencen y se deben pagar por Usted por adelantado, antes de que se proporcione la cobertura. Las primas vencen y son pagaderas a partir de la Fecha de entrada en vigor del primer Periodo de Beneficios de esta Póliza y en la misma fecha cada mes a partir de entonces. Esa será la fecha de vencimiento de la prima. Esta Póliza es renovable mensualmente mediante el pago puntual de cada Prima a su vencimiento, hasta la fecha de rescindirla indicada en el *Esquema de Beneficios*.
2. Usted debe pagar las primas. Las primas no pueden ser pagadas por terceros, a menos que estén relacionados con Usted por sangre o matrimonio. Las primas no deben pagarse por terceros, como, entre otros, dentistas, hospitales, farmacias, Médicos, compañías aseguradoras de automóviles u otras compañías aseguradoras. La Compañía no aceptará pagos de primas por parte de terceros a menos que sea requerido por la ley hacerlo. El hecho de que Nosotros hayamos aceptado una prima de parte de un tercero no relacionado no quiere decir que, en un futuro, la Compañía acepte primas de dichos terceros.
3. Si una prima no es pagada a su vencimiento, Nosotros podríamos acordar aceptar una prima tardía. No estamos obligados a aceptar el pago tardío de la prima. El hecho de que Nosotros podamos haber aceptado antes un pago atrasado de la prima no quiere decir que en el futuro se acepten pagos atrasados de las primas. Usted no puede confiar en el hecho de que es posible que hayamos aceptado previamente una prima tardía como indicio de que lo haremos en el futuro.
4. Las primas deben pagarse en dólares estadounidenses. En caso de que la Prima se pague con un cheque devuelto por el banco por falta de fondos, se le cobrará una comisión de veinticinco dólares (\$25.00) por fondos insuficientes. Si el banco devuelve varios pagos, Nosotros podremos, a Nuestra entera discreción, negarnos a restablecer la cobertura.

G. Cambio en la Prima

1. Esta Póliza expirará en la fecha indicada en su *Esquema de Beneficios*. La compañía es la única facultada para decidir si esta póliza puede renovarse o prorrogarse. Todas las renovaciones están sujetas al pago puntual de las primas establecidas por la compañía para las renovaciones y prórrogas.
2. Salvo lo dispuesto en el párrafo siguiente, le notificaremos por escrito de un cambio en prima con 45 días de anticipación, a Su última dirección reflejada en Nuestros registros. Cualquier cambio en la prima será efectiva en la fecha especificada en la notificación. Si Usted continúa pagando Sus primas, Usted muestra que acepta el cambio.
3. Las primas están garantizadas por el Periodo de Beneficios. Sin embargo, en cualquier momento durante la vida de la Póliza, 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. Además, nos reservamos el derecho de cambiar la prima si Usted solicita un cambio en los Beneficios de la Póliza de lo que estaba en vigor en el momento de la última determinación de tarifas y estamos de acuerdo con ese cambio.
4. Si Su edad se declaró erróneamente, cualquier cantidad a pagar o cualquier indemnización acumulada bajo esta Póliza será igual a la prima pagada que habría sido comprada a la edad correcta. Un error administrativo no anulará un seguro que debe estar en vigor ni extenderá un seguro que debería haber finalizado.

5. Si se cobran primas para personas que no son usuarios de tabaco cuando deberían haberse cobrado primas para usuarios de tabaco, Nosotros podemos ajustar las primas retroactivamente y cobrar las primas que correspondan.

H. Nuestro derecho a ofrecer incentivos a las primas

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

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

I. Su derecho a cancelar esta póliza

1. Puede cancelar esta Póliza notificándonoslo por escrito al menos 14 días antes de la fecha de cancelación.
2. Si nos escribe, envíenos Su aviso a la oficina principal:

Individual Membership and Billing
HMO Louisiana, Inc.
A la atención de: Individual Membership and Billing
P. O. Box 98024
Baton Rouge, LA 70898-9024

3. **Usted no podrá cancelar verbalmente esta Póliza. Devuelva esta Póliza con Su aviso de cancelación por escrito.** Si Usted no incluye Su Póliza cuando nos escriba para cancelarlo, Nosotros consideraremos que Su aviso de cancelación incluye Su declaración que hizo un intento de buena fe de encontrar Su póliza y que la póliza no fue devuelta porque se perdió o destruyó.

4. Si Usted Nos envía un aviso de cancelación, el Póliza será cancelado con efecto en la fecha que sea 14 días a partir de la fecha de Su notificación de cancelación o cualquier fecha posterior que Nos solicite por escrito o en una fecha que exija la ley.
5. Si cancela esta póliza, no se reembolsará ninguna prima pagada por adelantado.

J. Nuestro derecho de finalizar esta Póliza por falta de pago de primas

1. Las primas deberán ser pagadas por adelantado antes de recibir la cobertura. Se considera que Usted está en falta si no se pagan las primas a la fecha del vencimiento.
2. Usted tiene un período de gracia (*período de morosidad*) de treinta (30) días a partir de la fecha de vencimiento de la prima. Si recibimos la prima durante el período de morosidad, la cobertura se mantendrá en vigor conforme a las disposiciones de esta Póliza. Si Nosotros no recibimos la prima adeudada durante el período asignado, Nosotros 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 Su dirección que figura en nuestros registros, podremos cancelar la Póliza automáticamente sin la necesidad de notificarle a Usted si no recibimos el pago de Su prima en Nuestra oficina central dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento (durante el período de morosidad). Si Nosotros rescindimos esta Póliza por falta de pago de la prima, la rescisión será efectiva a partir de la medianoche del último día por el cual se haya pagado la prima. No seremos responsables de pagar Beneficios por servicios que se presten una vez pasada la última fecha por la que se han pagado las primas. No tendremos ninguna obligación de volver a proporcionarle cobertura durante el Periodo de Beneficios ni posteriormente.
3. Si esta cobertura se rescinde por falta de pago de la prima o de otros importes, podemos exigir el pago de todos los importes atrasados antes de acceder a restablecer esta cobertura o de aceptarle para la cobertura de una futura póliza de seguros.
4. Usted se compromete a pagarnos los costes y honorarios razonables, incluyendo los honorarios razonables de abogados, por nuestro intento de cobrar cualquier importe adeudado en virtud de la presente Póliza, incluyendo, entre otros, la prima impagada.

K. Nuestro derecho a rescindir la cobertura, finalizar o no renovar la Póliza por motivos distintos al impago de la Prima

1. Si Usted recibe cobertura de otra Póliza de cobertura médica integral o de corta duración de la compañía, nuestra empresa matriz, filiales o subsidiarias, tenemos derecho a cancelar esta Póliza de cobertura médica de corta duración.
2. Si Usted ya está cubierto por una póliza de cobertura médica integral o de corta duración con la Compañía, Nuestra empresa matriz, filiales o subsidiarias, y adquiere esta Póliza, cancelaremos la otra cobertura ya que deducimos que es Su intención tener sólo esta Póliza.
3. Causas de Rescisión (*terminación retroactiva*) de esta Póliza:

Usted comete fraude o tergiversa intencionalmente hechos relevantes según los términos de esta Póliza. La emisión de esta Póliza depende de las declaraciones realizadas en Su solicitud, durante la suscripción o en la Solicitud de Cobertura Médica de Corta Duración. Todas las declaraciones hechas en la solicitud son importes para la emisión de esta Póliza. Cualquier información omitida intencionalmente de la solicitud con respecto a Usted, constituirá una tergiversación intencionada de hechos materiales. En tal caso,

Nosotros le daremos aviso por escrito por correo certificado con treinta 30 días de antelación, e incluiremos el motivo de la Rescisión. La rescisión podría ser retroactiva a la Fecha de entrada en vigor de la cobertura.

4. Causas para la rescisión de la cobertura o la no renovación de esta Póliza:

- a. La Compañía determina que Usted ya no reúne los requisitos para la cobertura; la Compañía decide no renovar o prorrogar su cobertura; se ha alcanzado el período máximo de cobertura de esta Póliza médica de corta duración; u otras razones determinadas por la Compañía a su entera discreción. Esta póliza no tiene garantía de renovación ni de prórroga.
- b. Usted no cumple con una disposición material del plan o con una obligación en virtud de la presente Póliza. En tal caso, le daremos aviso por escrito a Usted por correo con 60 días de antelación, e incluirá la razón de la rescisión o no renovación. La fecha de entrada en vigor de la rescisión o no renovación será proporcionada en la notificación.
- c. Usted ya no vive o reside en el Área de Servicio donde no estamos autorizados para hacer negocios. En tal caso, le daremos aviso por escrito a Usted por correo certificado con 60 días de antelación, e incluirá la razón de la rescisión o no renovación. La fecha de entrada en vigor de la rescisión o no renovación será proporcionada en la notificación.
- d. Nosotros dejamos de ofrecer este producto o cobertura en el mercado. En tal caso, le daremos aviso por escrito a Usted por correo normal con 90 días de antes de la rescisión o no renovación. La fecha de entrada en vigor de la rescisión o no renovación será proporcionada en la notificación.
- e. Usted se inscribe en otra Póliza de cobertura médica con Nosotros o con otra compañía. En tal caso, la cobertura se rescindirá a partir del día anterior al inicio de la cobertura de la otra cobertura, o cuando la compañía determine que la otra cobertura está en vigor.

L. Rescisión de su cobertura

1. La cobertura finalizará al final del período para el cual se han pagado las primas. El pago anticipado de las primas no significa que la compañía vaya a renovar o ampliar la cobertura más allá de la fecha de rescisión de la cobertura indicada en el Esquema de Beneficios. No habrá Beneficios disponibles para Servicios Cubiertos prestados después de la fecha de la rescisión de la cobertura. Sin embargo, si Usted es un Paciente Hospitalizado en la fecha de expiración, los Beneficios médicos asociados con la Admisión finalizaran cuando finalice tal Admisión, o tan pronto se alcancen las limitaciones de Beneficios establecidas en esta Póliza, lo que ocurra primero.
2. Si se traslada fuera de Nuestra Área de Servicio con la intención de mudarse o establecer una nueva residencia fuera de Nuestra Área de Servicio, Su cobertura finalizará.

M. Presentación de Reclamaciones

1. Usted debe presentar todas las Reclamaciones dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que se prestaron los servicios, a menos que no sea posible hacerlo dentro de ese período. En ninguna circunstancia una Reclamación se presentará más tarde de quince (15) meses a partir de la fecha en que se prestaron los servicios.

2. La mayoría de los Afiliados con cobertura de Medicamentos con Receta no necesitarán presentar Reclamaciones para obtener los Beneficios de Medicamentos con Receta, ya que esto se realiza automáticamente por Usted. Sin embargo, si Usted tiene que presentar una Reclamación para acceder a Su beneficio de Medicamentos con Receta, Usted debe utilizar el Formulario de Reclamación de Medicamentos con Receta. El Formulario de Reclamación de Medicamentos con Receta o un documento adjunto que nos resulte aceptable, deberá estar firmado por el farmacéutico que entregue el medicamento. El formulario de reclamaciones debe enviarse a Nuestro administrador de Beneficios de farmacia, cuyo número figura en la tarjeta de identificación.

N. Acciones legales

No se puede presentar ninguna demanda:

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.
3. Cualquier acción legal presentada contra la Póliza debe presentarse en el tribunal correspondiente del Estado de Luisiana.

O. Divulgación de la información

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

P. Cesión

1. Sus derechos y Beneficios pagaderos bajo esta Póliza; no puede cederlos en su totalidad o en parte a otra persona. Reconoceremos las asignaciones de Beneficios a los Hospitales si tanto esta Póliza como el del Proveedor están sujetos a La. R.S. 40:2010. Si ni la Póliza ni el Proveedor se encuentran sujetos a La. R.S. 40:2010, Nosotros no reconoceremos las cesiones ni los intentos de ceder los Beneficios. Nada en la descripción escrita de la cobertura de salud deberá interpretarse para hacer responsable al plan de salud o a Nosotros ante cualquier tercero ante el cual Usted sea responsable por el costo de la atención médica, tratamiento o servicios.
2. Nos reservamos el derecho de pagar directamente a los Proveedores de la *Red Community Blue* y a los Proveedores en la Red de Proveedores de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, en lugar de pagarle a Usted.

Q. Relación entre el Afiliado y el Proveedor

1. La elección de un Proveedor es enteramente Suya.
2. Nosotros y todos los Proveedores de la Red Community Blue somos contratistas independientes entre sí, y no se consideran agentes, representantes ni empleados el uno del otro, para ningún propósito en absoluto. HMO Louisiana, Inc. no presta Servicios Cubiertos, sólo hace el pago por Servicios Cubiertos que Usted

recibe. Nosotros no somos responsables de ninguna acción u omisión de cualquier Proveedor, ni de ninguna reclamación o demanda a causa de daños que surjan de, o de cualquier manera relacionada con, las lesiones sufridas por Usted mientras recibe atención de cualquier Proveedor de la Red o en cualquiera de las instalaciones de los Proveedores de la Red. No tenemos ninguna responsabilidad por el incumplimiento o la negativa de un Proveedor a prestarle los Servicios Cubiertos.

3. El uso o no de un adjetivo como «de la Red» o «No Pertenece a la Red» cuando nos referimos a un Proveedor, no es indicativo acerca de la capacidad del Proveedor.

R. Legislación vigente y política de conformidad

Esta Póliza estará regido y será interpretado acuerdo con las leyes y normas del Estado de Luisiana, excepto cuando queden desplazadas por las leyes federales. Esta Póliza no está sujeta a la normativa de parte de ningún otro estado que no sea el de Luisiana. Esta póliza no se ajusta ni está obligada a ajustarse a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asegurable ni a su paquete y requisitos de beneficios de salud esenciales. Si alguna disposición de esta Póliza entra en conflicto con alguna ley del Estado de Luisiana o de los Estados Unidos de América, cualquiera que corresponda, la Póliza se modificará automáticamente para cumplir con los requisitos mínimos de la ley.

S. Aviso

Cualquier aviso requerido bajo esta Póliza debe ser por escrito. La notificación se enviará a la dirección indicada en la Solicitud de Cobertura Médica a Corto Plazo. Una notificación dada a Nosotros será enviada a Nuestra dirección indicada en la presente Póliza. Todo aviso requerido se considerará entregado cuando se deposite en el correo de los Estados Unidos, con franqueo pagado, dirigido a Usted a Su dirección como mismo aparece en Nuestros registros. Usted o Nosotros podemos, mediante notificación escrita, indicar una nueva dirección para remitir la notificación.

T. Trabajar con usted electrónicamente

La compañía está realizando cada vez más operaciones por medios electrónicos. Si Usted ha optado por tratar con Nosotros electrónicamente, los medios electrónicos tienen prioridad sobre otras formas de notificación o comunicación descritas en esta Póliza, cuando esté dentro de las posibilidades de la compañía realizarlo electrónicamente.

U. Subrogación

1. En la medida en que los Beneficios por Servicios Cubiertos se proporcionen o paguen en virtud de esta Póliza, Nosotros seremos subrogados y sucederemos a Su derecho de recuperar la cantidad pagada bajo esta Póliza contra cualquier persona, organización u otra compañía aseguradora, aun cuando dicha compañía aseguradora le proporcione Beneficios directamente a Usted que es su asegurado. La aceptación de tales Beneficios en lo sucesivo constituirá la subrogación. Nuestro derecho de recuperación estará subordinado a Su derecho a «ser compensado». Nosotros aceptamos que seremos responsables de Nuestra responsabilidad proporcional de los honorarios razonables de abogados y los costos que Usted haya pagado para procurar su recuperación.
2. Usted nos reembolsará todas las cantidades recuperadas por una demanda, acuerdo o de algún otro modo de parte de cualquier persona, organización u otra compañía aseguradora, incluso cuando dicha compañía aseguradora le otorgue Beneficios directamente a Usted que es su asegurado, según el alcance de los

Beneficios proporcionados o pagados en virtud de esta Póliza. 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 tomar medidas, proveer información y asistencia, y suscribir los documentos que se nos soliciten, a fin de facilitar el cumplimiento de Nuestros derechos, y no llevará a cabo acciones que perjudiquen Nuestros derechos e intereses conforme a esta Póliza. Nosotros y Nuestros designados tienen el derecho de obtener y revisar Sus expedientes médicos y de facturación si Nosotros determinamos, a Nuestro criterio, que dichos expedientes podrían ser útiles para procurar Nuestro derecho de subrogación y reembolso.
4. Usted está obligado a notificarnos cualquier Lesión Accidental.

V. Derecho de reembolso

Siempre que hayamos realizado algún pago por Servicios Cubiertos por una cantidad que supere los Beneficios máximos disponibles para dichos servicios, conforme a esta Póliza, o siempre que hayamos realizado un pago por error en concepto de servicios no cubiertos, tendremos el derecho de recuperar ese pago de manos suyas o, si corresponde, del Proveedor. Como alternativa, Nos reservamos el derecho de deducir de toda Reclamación de pago pendiente en esta Póliza cualquier cantidad que se Nos adeude, ya sea de parte de Usted o del Proveedor.

W. 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 correspondientes.

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

X. Responsabilidad de los afiliados al Plan

Usted reconoce explícitamente Su entendimiento de que este acuerdo constituye una Póliza únicamente entre Usted y HMO Louisiana, Inc., que HMO Louisiana, Inc. es una corporación independiente que funciona con una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield y que la “Asociación” permite a HMO Louisiana, Inc. usar las marcas de servicio de Blue Cross and Blue Shield en el Estado de Luisiana, y que HMO Louisiana, Inc. no realiza el contrato como agente de la Asociación. Usted también reconoce y acepta que no forma parte de esta Póliza por medio de la representación de terceros que no sea HMO Louisiana, Inc. y que ninguna persona, entidad ni organización distinta de HMO Louisiana, Inc. podrá ser considerada responsable frente a Usted por ninguna de las obligaciones de HMO Louisiana, Inc. con Usted, creadas en virtud de este Contrato. Este párrafo no crea

ninguna obligación adicional para HMO Louisiana, Inc., salvo las creadas en virtud de otras disposiciones de esta Póliza.

Y. Servicios fuera del área

HMO Louisiana, Inc. («HMOLA») tiene una variedad de relaciones con otros Blue Cross o Planes Blue Shield y sus Afiliados Autorizados con Licencia («Licenciatarios»). Generalmente, estas relaciones se llaman «Acuerdos Entre Planes». Estos Acuerdos Entre Planes se basan en las reglas y procedimientos emitidos por Blue Cross and Blue Shield Association. Siempre que Usted obtenga servicios de atención médica fuera del área geográfica que atendemos, la Reclamación para esos servicios puede ser procesada a través de uno de estos Acuerdos Entre Planes.

Cuando Usted reciba atención fuera del área de servicio de HMOLA y el área de servicio de Blue Cross y Blue Shield of Louisiana, Usted la recibirá de uno de los dos tipos de Proveedores. La mayoría de los Proveedores («Proveedores Participantes») contratan con los Licenciatarios locales de Blue Cross o Blue Shield en esa área geográfica («Host Blue»). Algunos Proveedores («Proveedores No Participantes») no contratan con el Host Blue. Explicamos a continuación cómo pagamos Nosotros a ambos tipos de Proveedores.

Esta Póliza Médica de Corta Duración cubre los servicios de atención de salud recibidos fuera del Área de Servicio de HMOLA, pero paga los Beneficios fuera de la Red a un nivel inferior. Como se utiliza en esta sección, «Servicios Cubiertos Fuera del Área» incluye la mayoría, pero no todos los Servicios Cubiertos que se pueden obtener fuera del área geográfica a la que Nosotros damos servicio. Los trasplantes de órganos, tejidos y médula ósea obtenidos de Proveedores que No Pertenece a la Red no serán cubiertos cuando sean procesados a través de Acuerdos entre Planes, a menos que tanto los servicios como el uso de un Proveedor que No Pertenece a la Red estén autorizados por HMOLA antes de recibir estos servicios.

Requisitos para los Acuerdos entre Planes - Tipos de Reclamaciones

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

1. Programa BlueCard®

Con el Programa BlueCard®, cuando Usted recibe Servicios Cubiertos de Fuera del Área geográfica en la que presta servicio un Host Blue, Nosotros seguiremos siendo responsables de cumplir con Nuestras obligaciones contractuales. Sin embargo, el Host Blue es responsable de la contratación y por lo general de la administración de todas las interacciones con sus Proveedores Participantes.

El Programa BlueCard® le permite a Usted obtener Servicios Cubiertos fuera del área de un Proveedor de atención médica que participa con un Host Blue, donde esté disponible. El Proveedor Participante presentará automáticamente una Reclamación por los Servicios Cubiertos fuera del área que le han sido proporcionados, por lo que Usted no tiene que rellenar los formularios de Reclamación. Usted será responsable de obtener las Autorizaciones requeridas y el pago de Copagos, Deducible y Coaseguro correspondientes, según lo establecido en Su **Esquema de Beneficios**.

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

Cuando Usted recibe Servicios Cubiertos fuera de Nuestra Área de Servicios y la Reclamación se procese mediante el Programa BlueCard®, el importe que Usted paga por los Servicios Cubiertos se calcula en base a uno de los siguientes, según lo determinemos nosotros:

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

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

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

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

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

a. Cálculo de la Responsabilidad del Afiliado

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

b. Excepciones

En algunas ocasiones, Nosotros podemos usar otros medios de pago, como los costos a facturar por recibir sus Servicios Cubiertos, el pago que Nosotros haremos si los servicios de atención médica han sido recibidos dentro de Nuestra Área de Servicio, o un pago especial acordado para determinar la cantidad que Nosotros pagaremos por los servicios recibidos por Proveedores No Participantes. En estas situaciones, es posible que Usted sea responsable de la diferencia entre el importe que factura el Proveedor No Participante y el pago que realizaremos Nosotros por los Servicios cubiertos fuera del área, según se establece en esta Póliza.

3. Blue Cross Blue Shield Global® Core

Si Usted está fuera de los Estados Unidos, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos (en adelante «Área de servicio de BlueCard®»), Usted puede aprovechar de Blue Cross Blue Shield Global® Core cuando acceda a los Servicios Cubiertos. Blue Cross Blue Shield Global® Core es diferente en ciertos aspectos al programa BlueCard® disponible en el área de servicio de BlueCard®. Por ejemplo, aunque Blue Cross and Blue Shield Global® Core le ayuda a tener acceso a una Red de Pacientes Hospitalizados, Ambulatorios y Proveedores profesionales, la Red no es atendida por un Host Blue. Tal como ocurre cuando Usted recibe atención médica de un Proveedor fuera del área de servicio de BlueCard®, Usted tendrá que pagar típicamente al Proveedor y enviar la Reclamación Usted mismo para obtener el reembolso de estos servicios.

Si Usted necesita servicios de asistencia médica (incluyendo la localización de un Médico o un Hospital) fuera del área de servicio de BlueCard®, Usted debe llamar al Centro de Servicio Blue Cross Blue Shield Global® Core al 1-800-810.BLUE (2583) o llamar a cobro revertido al 1-804-673-1177, las veinticuatro (24) horas del día, siete (7) días a la semana. Un coordinador de asistencia, junto a un profesional Médico le organizará una cita Médica u hospitalización, si así es necesario.

a. Servicios para pacientes hospitalizados

En la mayoría de los casos, si Usted se comunica con el centro de servicio Blue Cross Blue Shield Global® Core para obtener asistencia, los Hospitales no le exigirán que Usted pague por los servicios cubiertos de Hospitalización, excepto por Su Deducible y Coaseguro. En tales casos, el Hospital presentará Sus Reclamaciones al centro de servicio Blue Cross Blue Shield Global® Core para comenzar el procesamiento de las Reclamaciones. Sin embargo, si Usted pagó en su totalidad en el momento del servicio, Usted debe presentar una Reclamación para recibir un reembolso por los Servicios Cubiertos. Usted debe ponerse en contacto con Nosotros para obtener la Autorización para los servicios de Hospitalización que no sean de Emergencia, como se explica en el Artículo Administración de la Atención de esta Póliza.

b. Servicios para Pacientes Ambulatorios

Los Médicos, los Centros de Atención de Urgencia y otros Proveedores de servicios Ambulatorios ubicados fuera del área de servicio de BlueCard®, normalmente requerirán que Usted pague en su totalidad al momento del servicio. Usted debe presentar una Reclamación para obtener el reembolso por los Servicios Cubiertos.

c. Para someter una Reclamación a Blue Cross Blue Shield Global® Core

Cuando Usted paga por Servicios Cubiertos fuera del área de servicio de BlueCard®, debe presentar una Reclamación para obtener el reembolso. Para las Reclamaciones institucionales y profesionales, Usted debe completar un formulario de Reclamación de Blue Cross Blue Shield Global® Core y enviar el formulario junto a la(s) factura(s) detallada(s) del Proveedor al centro de servicio Blue Cross Blue Shield Global® Core a la dirección del formulario para iniciar el procesamiento de las Reclamaciones. Si sigue las instrucciones del formulario de Reclamación, le ayudará a garantizar el procesamiento oportuno de Su Reclamación. El formulario de Reclamación está disponible en nuestro centro de servicios Blue Cross Blue Shield Global® Core o en línea en www.bcbsglobalcore.com (en inglés). Si Usted necesita ayuda con el envío de Su Reclamación, debe llamar al centro de servicio Blue Cross Blue Shield Global® Core al 1-800-810-BLUE (2583) o llamar por cobrar al 1-804-673-1177, las veinticuatro (24) horas del día, siete (7) días a la semana.

Artículo 19. Procedimiento de Quejas, Quejas formales y Apelaciones

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

Usted puede estar disconforme con las decisiones que tomemos respecto de los Servicios Cubiertos. Nosotros consideramos una Apelación por escrito como Su solicitud de modificar una Determinación Adversa de Beneficios realizada por la Compañía.

Sus derechos de Apelación se detallan más abajo, después de los procedimientos de Quejas y Quejas Formales. Además de los derechos de Apelación, Su Proveedor tiene la oportunidad de hablar con un Director Médico para una Reconsideración Informal de Nuestra decisión sobre la cobertura cuando estén involucradas determinaciones de Necesidad Médica.

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

A. Procedimiento de Quejas, Quejas Formales y Reconsideraciones Informales

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

1. Para Registrar una Queja

Una Queja es la expresión oral de insatisfacción con Nuestros servicios o los del Proveedor. Usted puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para presentar una Queja. Intentaremos resolver Su Queja durante la llamada.

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

2. Para Presentar una Queja Formal

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

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

Medical Benefits

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

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

3. Reconsideración Informal

Una reconsideración informal es una solicitud por teléfono, que realiza un proveedor autorizado en su nombre, para hablar con nuestro director médico o con un colega revisor acerca de la decisión de administración de utilización que hayamos tomado. Una Reconsideración Informal normalmente se basa en el envío de información adicional o la discusión entre pares.

Una Reconsideración Informal está disponible únicamente durante las determinaciones iniciales que se solicitan dentro de los diez (10) días de la denegación o la determinación de Revisión Concurrente. Llevaremos a cabo la Reconsideración Informal dentro de un (1) día hábil a partir de la fecha de recepción de la solicitud.

B. Proceso de Apelación Estándar

Si Usted no está satisfecho con Nuestra denegación de los servicios, una solicitud por escrito de Apelación debe ser presentada dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la recepción de la Determinación Adversa de Beneficios inicial para las Apelaciones Administrativas y Apelaciones Médicas internas. Solicitudes presentadas después de los ciento ochenta (180) días de Nuestra Determinación Adversa de Beneficios no serán consideradas.

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

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, puede llamar a nuestro departamento de atención al cliente.

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 interna o externa de una Determinación Adversa de Beneficios. El representante autorizado puede ser el Proveedor que le atiende, si Usted lo designa por escrito.

Nosotros determinaremos si Su Apelación es una Apelación administrativa o una Apelación médica.

Se le recomienda a Usted a proporcionarnos toda la información disponible para ayudarnos a evaluar completamente la Apelación, tal como comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con la Determinación Adversa de Beneficios.

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

1. Apelaciones Administrativas

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

Las Apelaciones Administrativas deben enviarse por escrito a:

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

Las personas que no hayan participado en las decisiones anteriores con respecto a la Determinación Adversa de Beneficios inicial revisarán Su Apelación Administrativa. Si se revoca la Apelación Administrativa, Nosotros volveremos a procesar Su Reclamación, si es el caso. Si se ratifica la Apelación administrativa, esta decisión será considerada como final y vinculante.

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

Las Apelaciones Administrativas tienen un solo nivel interno de revisión y no son aptas para el proceso de Apelación Externa a excepción de una Rescisión.

2. Apelaciones Médicas

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

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

Las Apelaciones Médicas deben enviarse por escrito a:

HMO Louisiana, Inc.
Apelaciones Médicas
P. O. Box 98022
Baton Rouge, LA 70898-9022

a. Apelaciones Médicas Internas

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

Si se anula la Apelación médica interna, volveremos a tramitar su Reclamación, si la hubiera. Si la Apelación médica interna es admitida, le notificaremos a Usted de sus derechos a emprender un proceso de Apelación Externa si la Determinación Adversa de Beneficios cumple los requisitos.

La decisión sobre la Apelación médica interna se les enviará por correo al Afiliado, su representante autorizado o al Proveedor autorizado para actuar a 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. Apelación Médica Externa y Rescisiones

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

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 está en desacuerdo con la decisión de Apelación Médica interna o la Rescisión, se debe presentar una solicitud por escrito para una Apelación Externa dentro de un plazo de cuatro (4) días tras recibir la decisión de Apelación Médica interna o la Rescisión a:

HMO Louisiana, Inc.
Apelaciones Médicas
P. O. Box 98022
Baton Rouge, LA 70898-9022

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

Brindaremos a la Organización de Revisión Independiente toda información pertinente que sea necesaria para llevar a cabo la Apelación. La revisión externa debe ser cumplimentada dentro de un plazo cuarenta y cinco (45) días tras Nosotros haber recibido la Apelación externa. La Organización de Revisión Independiente 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 Organización de Revisión Independiente se considera una decisión final y vinculante para el Afiliado y, también, para Nosotros con el propósito de determinar la cobertura bajo una Póliza de salud. Este proceso de Apelación constituirá su único recurso en conflictos relacionados a las determinaciones de si un servicio o artículo de salud es o fue Medicamento Necesario o En Investigación, excepto en la medida en que otros recursos estén disponibles bajo la ley Estatal o Federal.

C. Apelaciones Aceleradas

Ofrecemos un proceso de Apelación Acelerada para revisar una Determinación Adversa de Beneficios en una situación en la que los plazos de una Apelación Médica estándar pondrían en grave peligro Su vida, salud o recuperación máxima de las funciones. Incluye situaciones en las que, según la opinión del Médico que le atiende, Usted podría sentir dolor que no pueda controlarse adecuadamente mientras espera una decisión sobre una Apelación Médica estándar.

Una Apelación Acelerada también incluye solicitudes relacionadas a una Admisión, disponibilidad de atención médica, continuidad de la hospitalización o servicio de atención médica para Usted que se encuentra actualmente en la sala de emergencias, bajo observación o recibiendo atención como Pacientes Hospitalizados. Una Apelación Acelerada Externa también está disponible si la Determinación Adversa de Beneficios supone la denegación de la cobertura basado en una determinación que los servicios de atención médica o los tratamientos recomendados o solicitados se consideran experimentales o en Investigación; y el Médico que lo atiende a Usted certifica por escrito el servicio de atención médica o tratamiento de salud recomendado o solicitado, que el objeto de la Determinación Adversa de Beneficios, sería considerablemente menos eficaz si no se iniciara oportunamente.

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

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 1-800-376-7741 o al 1-225-293-0625.

Para enviar Apelaciones Aceleradas por escrito, puede hacerlo al número de fax 225-298-1837 o por correo a:

HMO Louisiana, Inc.
Apelación Acelerada - Apelación Médica
P. O. Box 98022
Baton Rouge, LA 70898-9022

1. Apelaciones Médicas Aceleradas Internas

En estos casos, tomaremos una decisión en menos de setenta y dos (72) horas tras haber recibido la solicitud de Apelación Acelerada que cumpla con los criterios para una Apelación Acelerada interna. En los casos en que el proceso de Apelación Médica Acelerada no resuelva la diferencia de opiniones entre Nosotros y Usted, o el Proveedor que actúe en Su nombre, la Apelación podrá elevarse a una Apelación Acelerada Externa.

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

2. Apelación Médica Acelerada Externa

Una Apelación 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. Reenviaremos toda la información pertinente para las solicitudes de Apelaciones Aceleradas Externas a la Organización de Revisión Independiente, para que la revisión pueda completarse dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a la recepción.

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

Artículo 20. Cambios en la Póliza y presentación de Reclamaciones

HMO Louisiana, Inc. actualiza continuamente el acceso por internet para Usted. Ahora puede realizar muchas de las acciones descritas a continuación sin ponerse en contacto con Nuestro Departamento de Servicio al Cliente. Para acceder estos servicios, ingrese a es.bcbsla.com.

Puede encontrar todos los formularios mencionados en esta sección en una de Nuestras oficinas de servicio locales o en la oficina de HMO Louisiana, Inc. Para enviarnos la documentación, envíela a Nuestra oficina principal:

HMO Louisiana, Inc.
P.O. Box 98045
Baton Rouge, LA 70898-9045

o

5525 Reitz Avenue
Baton Rouge, LA 70809

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

A. Cómo Presentar Reclamaciones de Seguro para Beneficios

La mayoría de los Proveedores han firmado contratos que eliminan la necesidad de que sea Usted quien presente personalmente la Reclamación de los Beneficios. Los Proveedores de HMOLA o los Proveedores Participantes serán quienes presenten las Reclamaciones en Su nombre, ya sea por correo o por vía electrónica. En algunas situaciones, el Proveedor puede solicitar que sea Usted quien presente la Reclamación. Si Su Proveedor solicita que sea Usted quien haga la presentación de la Reclamación directamente, la siguiente información será de utilidad para que Usted complete correctamente el formulario de la Reclamación.

Si Usted necesita presentar una Reclamación por escrito, envíela a:

HMO Louisiana, Inc.
Claims Processing
P. O. Box 98024
Baton Rouge, LA 70898-9024

La tarjeta de identificación de HMO Louisiana, Inc. muestra la forma en que Su nombre aparece en Nuestros registros. La tarjeta de identificación también incluye Su número de Póliza. Dicho número es la identificación para acceder a los registros de membresía del Afiliado, y debemos recibirlo cada vez que Usted presente una Reclamación.

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

- se utilice un formulario de Reclamación adecuado;
- el número de póliza que figura en el formulario es el mismo que el de la tarjeta de identificación;
- la fecha de Su nacimiento figure en la lista;
- todos los cargos estén enumerados en la declaración del Proveedor;
- la declaración detallada del proveedor incluya el nombre del Proveedor, su dirección, y el número de identificación fiscal (*Tax ID*), y se adjunta al formulario de Reclamación;
- la fecha de servicio (fecha de Admisión a un Hospital u otro Proveedor) o la fecha de tratamiento sean correctas;
- el Proveedor indique un código de diagnóstico y código de procedimiento por cada servicio/tratamiento prestado (los indicadores del código de diagnóstico deben coincidir con el formulario de Reclamación); y
- la Reclamación esté completa y firmada por Usted.

B. Reclamaciones de Medicamentos con Receta

La mayoría de los Afiliados que tienen cobertura de Medicamentos con Receta no necesitarán presentar una Reclamación para obtener los Beneficios de Medicamentos con Receta, ya que esto se realiza automáticamente cuando Usted presenta la tarjeta de identificación a una Farmacia Participante. Sin embargo, si Usted tiene que presentar una Reclamación para acceda Su beneficio de Medicamentos con Receta, Usted debe utilizar el

Formulario de Reclamación de Medicamentos con Receta. El Formulario de Reclamación de Medicamentos con Receta o un documento adjunto que nos resulte aceptable, deberá estar firmado por el farmacéutico que entregue el medicamento. El formulario de reclamaciones debe enviarse a Nuestro administrador de Beneficios de farmacia, cuyo número figura en la tarjeta de identificación.

Los Beneficios se le pagarán a Usted según el Cargo Permitido que tenga por el Medicamento con Receta.

C. Otras Reclamaciones Médicas

Cuando Usted recibe otros servicios médicos (clínicas, consultorio del Proveedor, etc.), Usted debe preguntar si el Proveedor es un Proveedor de HMOLA o un Proveedor Participante. De ser así, será el Proveedor quien Nos presente la Reclamación. En algunas situaciones, es posible que los Proveedores exijan el pago y le pidan que realice la presentación. Si esto ocurre, asegúrese de que el formulario de Reclamación esté completo antes de enviarlo a HMO Louisiana, Inc. Si Usted presenta la Reclamación, ésta debe contener los cargos detallados por cada procedimiento o servicio. No podrán utilizarse estados de cuenta, cheques cancelados, recibos de pago y facturas con saldos anteriores, en lugar de facturas detalladas.

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

- nombre completo del paciente;
- fechas de servicio;
- descripción del servicio y código del procedimiento;
- código de diagnóstico;
- cargo por el servicio; y
- nombre y dirección del Proveedor del servicio.
- Reclamaciones por Servicios de Enfermería

Se debe obtener un recibo por los servicios de enfermería provistos por cada enfermero, en el cual se indique el nombre del paciente y el número de días cubiertos por cada recibo. Además, el enfermero debe firmar cada recibo con las iniciales R.N. o L.P.N. y su número de registro. También es posible que se deba adjuntar a los recibos por los servicios de enfermería una declaración del Médico que atiende o Profesional de la Salud Asociado donde se indique que los servicios fueron Medicamente Necesarios.

D. Reclamaciones de Equipos Médicos Duraderos (DME, por sus siglas en inglés)

Los cargos por el alquiler o la compra de sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas, etc. deben incluirse en la factura de la empresa que los suministra, además de una descripción del artículo alquilado o comprado, la fecha, el costo y el nombre del paciente. También es posible que se deba adjuntar a estas facturas una declaración del médico que atiende o profesional de la salud asociado donde se indique que los servicios fueron Medicamente Necesarios.

E. Reclamaciones por Trastornos de Salud Mental y por el Consumo de Sustancias Tóxicas

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

F. Preguntas sobre Reclamaciones

Los Afiliados podrán consultar la información sobre el procesamiento o el pago de una Reclamación en es.bcbsla.com. Además, pueden escribirnos a la dirección que figura más abajo o comunicarse con Nuestro departamento de atención al cliente al número de teléfono que figura en la Tarjeta de Identificación, o acudir a cualquiera de Nuestras oficinas locales de servicios*. Si el Afiliado llama para pedir información sobre una Reclamación, podremos ayudarlo mejor si tiene la información a mano, específicamente el número de contrato, el nombre del paciente y la fecha de servicio.

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

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

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

AVISO DE LLHIGA

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

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

EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana ofrece cobertura para ciertas reclamaciones previstas en algunas tipos de pólizas, en caso de que la compañía de seguros se encuentre en dificultades o se declare insolvente. ES POSIBLE QUE LA COBERTURA NO SE ENCUENTRE DISPONIBLE PARA SU TIPO DE PÓLIZA. Aun si se proveyera la cobertura, existen limitaciones y exclusiones importantes. La cobertura por lo general está condicionada a la residencia dentro de este estado. Otras condiciones también pueden impedir la cobertura. Las compañías y los agentes de seguros tienen prohibido por ley utilizar la existencia de la asociación o de su cobertura para venderle una póliza de seguro. Usted no debe confiar en la disponibilidad de la cobertura de la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana a la hora de escoger una aseguradora. La Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Luisiana y el Departamento de Seguros contestarán a cualquier pregunta que usted tenga y que no se haya contestado en este documento.

LLHIGA

P.O. Drawer 44126
Baton Rouge, Louisiana 70804

Department of Insurance

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

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

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

2. LLHIGA tampoco provee cobertura para:

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

E. Límites en los importes de Cobertura

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



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

Aviso de No Discriminación

La Discriminación es Ilegal

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

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y sus subsidiarias:

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

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

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

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

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

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

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

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

O

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

AVISO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

