



Group Care PPO

PLAN DE BENEFICIOS
DE SALUD PARA GRUPO



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

40XX0492S R01/23



¡Gracias por elegirnos!

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

Con mis mejores deseos,

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

Dr. I. Steven Udvarhelyi
Presidente y Director Ejecutivo

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.

GROUP CARE PPO
PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE GRUPO
AVISOS

Los patrocinadores de los planes de beneficios con derechos adquiridos están obligados por ley a notificar al Departamento de Evaluación de Riesgo de Grupos de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana inmediatamente, si su tasa de contribución hacia la prima de seguro para esta cobertura cambia en cualquier momento durante el Año del Plan.

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

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

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

Tenga en cuenta que la ley federal que prohíbe que un Proveedor que no pertenezca a la Red facture el importe total a un Afiliado por los Servicios Médicos que no sean de Emergencia prestados en un centro de la Red, a menos que el Proveedor haya emitido la notificación por escrito requerida al Afiliado y haya obtenido el Consentimiento Informado del Afiliado para prestar dichos servicios.

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 premia de forma específica a médicos u otras personas por emitir denegaciones de cobertura. Los incentivos financieros para los responsables de la Administración de Utilización no fomentan las decisiones que dan lugar a una utilización insuficiente.

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.

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 de este Beneficio estarán sujetos a cualquier cantidad de Copago, Deducible y Coaseguro.

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

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD PARA GRUPO GROUP CARE PPO.

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS CON RECETA

AVISO Y DIVULGACIÓN DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS CON RECETA

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

La información sobre Su formulario está disponible para Usted de varias maneras. La mayoría de los Afiliados recibe Nuestra información accediendo a la sección de farmacias en Nuestra página web, es.bcbsla.com/pharmacy.

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

FORMULARIO ABIERTO DE MEDICAMENTOS CON RECETA

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

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

FORMULARIO CERRADO DE MEDICAMENTOS CON RECETA

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

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

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

Usted tiene derecho a continuar la cobertura de cualquier Medicamento con Receta que hayamos aprobado o cubierto para una afección médica o enfermedad mental, al nivel del Beneficio contratado hasta la renovación de Su cobertura de seguro actual, independientemente de si el medicamento ha sido eliminado de Su formulario. El 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 está cubierto bajo el plan médico y es medicamento apropiado para Usted.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

“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”.

**GROUP CARE PPO
PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE GRUPO**

ÍNDICE

ARTÍCULO I. CONOZCA LOS FUNDAMENTOS DE SU COBERTURA	6
ARTÍCULO II. DEFINICIONES	13
ARTÍCULO III. ESQUEMA DE REQUISITOS	29
ARTÍCULO IV. BENEFICIOS	36
ARTÍCULO V. BENEFICIOS DE HOSPITAL	39
ARTÍCULO VI. BENEFICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS	40
ARTÍCULO VII. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	43
ARTÍCULO VIII. ATENCIÓN PREVENTIVA O DE BIENESTAR	47
ARTÍCULO IX. BENEFICIOS DE SALUD MENTAL	49
ARTÍCULO X. BENEFICIOS DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS	50
ARTÍCULO XI. BENEFICIOS DE CIRUGÍA BUCAL	50
ARTÍCULO XII. BENEFICIOS DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y MÉDULA ÓSEA	52
ARTÍCULO XIII. BENEFICIOS DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL RECIÉN NACIDO	54
ARTÍCULO XIV. BENEFICIOS DE REHABILITACIÓN	55
ARTÍCULO XV. OTROS SERVICIOS, SUMINISTROS O EQUIPOS CUBIERTOS	57
ARTÍCULO XVI. ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN	69
ARTÍCULO XVII. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES	74
ARTÍCULO XVIII. DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA	83
ARTÍCULO XIX. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	89
ARTÍCULO XX. DISPOSICIONES GENERALES - GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA Y AFILIADOS	97
ARTÍCULO XXI. PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES	111
ARTÍCULO XXII. DERECHOS DE LA LEY ERISA	118
ARTÍCULO XXII. DERECHOS DE LA LEY ERISA	118
ARTÍCULO XXIV. DISPOSICIONES GENERALES - SOLO PARA EL GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA	124

ARTÍCULO I. CONOZCA LOS FUNDAMENTOS DE SU COBERTURA

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana (la Compañía) ofrece este Plan de Beneficios de la salud al Grupo o titular de la póliza como se muestra en el Esquema de Beneficios. Se proporciona a los Suscriptores una copia de este Plan de Beneficios que cumple la función de certificado de cobertura del Suscriptor. A partir de la Fecha de entrada en vigor del Plan de Grupo que figura en el Esquema de Beneficios, Nos comprometemos a proporcionar los Beneficios especificados en esta póliza a los Suscriptores del Grupo y sus Dependientes inscritos. Este Plan de Beneficios reemplaza a cualquier otro plan previamente emitido al Grupo/Titular de la póliza, a la Fecha del Plan de Beneficios o a la fecha modificada del Plan de Beneficios. Este Plan de Beneficios describe Sus Beneficios, así como sus derechos y responsabilidades bajo este Plan. Le recomendamos que lea cuidadosamente este Plan de Beneficios.

Llámenos si tiene preguntas sobre Su cobertura o cualquier límite a la cobertura disponible para Usted. Muchas de las secciones de este Plan de Beneficios están relacionadas con otras secciones de este Plan Beneficios. Es posible que no encuentre toda la información que Usted necesita al leer una sola sección. Tenga en cuenta que Su Médico no tiene una copia de Su Plan de Beneficios, y que él no es responsable de conocer o comunicarle Sus Beneficios.

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

INFORMACIÓN SOBRE ESTE PLAN DE ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO)

Este Plan de Beneficios describe la cobertura de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés). Los Afiliados tienen una amplia Red de Proveedores a su disposición: la Red Preferred Care PPO de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. Los Afiliados también pueden recibir atención de los Proveedores que no se encuentran en esta Red, pero los Beneficios se pagarán a un nivel de Beneficios más bajo.

Los afiliados que reciban atención de los proveedores de su red pagarán menos por la atención recibida y sacarán el máximo provecho de esta póliza.

La mayoría de los Beneficios están sujetos a un pago por parte del Afiliado de un Deducible como se indica en el Esquema de Beneficios. Después del pago del correspondiente Deducible, los Beneficios están sujetos al Coaseguro (por ejemplo, 80/20, 60/40). La elección del Afiliado de un Proveedor determina el Coaseguro que se aplica al servicio prestado. Pagaremos el Coaseguro más alto por los servicios Médicamente Necesarios cuando el Afiliado obtenga atención de un Proveedor de la red Preferred Care PPO. Pagaremos el Coaseguro más bajo cuando el Afiliado obtiene servicios Médicamente Necesarios de un Proveedor que no se encuentra en la Red Preferred Care PPO.

NUESTRA RED DE PROVEEDORES

Los Afiliados eligen qué Proveedores les proporcionarán la atención médica. Esta selección determinará la cantidad que pagaremos y la cantidad que el Afiliado pagará por los Servicios Cubiertos.

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

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

El estatus de un Proveedor puede cambiar cada cierto tiempo. Los Afiliados siempre deben verificar el estatus de la Red del Proveedor antes de recibir servicios.

Un Proveedor puede tener un contrato con Nosotros para brindar servicios en una localidad y puede ser considerado como Proveedor que No Pertenece a la Red cuando brinda servicios en otra localidad. El Afiliado siempre debe consultar el directorio de Proveedores para verificar que los servicios estén dentro de la Red en el lugar donde el Afiliado solicite la atención.

Además, los Proveedores de Su red pueden estar contratados para llevar a cabo ciertos Servicios Cubiertos pero no pueden ser contratados en Su Red para realizar otros Servicios Cubiertos. Cuando un Proveedor de la Red 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. El Afiliado debe asegurarse de revisar su directorio de Proveedores para verificar que los servicios proporcionados por el Proveedor estén incluidos en la Red o se encuentren en el centro del Proveedor.

CÓMO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA FUERA DE LA RED DE PREFERRED CARE

La Red Preferred Care es una red extensa y debe cumplir con las necesidades de la mayoría de los Afiliados. Sin embargo, los Afiliados eligen qué proveedores proporcionarán atención y pueden obtenerla de proveedores que no forman parte de nuestra Red Preferred Care PPO.

Nosotros pagamos un nivel más bajo de Beneficios cuando un Afiliado elige a un Proveedor fuera de la red Preferred PPO Care. Los beneficios pueden basarse en un Cargo Permitido menor. Cuando el Afiliado recibe atención fuera de Nuestra Red, tiene costos más elevados y paga un Copago, Deducible o Coaseguro más alto que si hubiera recibido la atención dentro de la Red. **Estos costos adicionales pueden ser importantes.** Además, Nosotros solo pagamos una parte de esos cargos y es Su responsabilidad pagar el importe restante. En la medida en que lo exija la ley aplicable, su costo compartido para los servicios de emergencia médica estará al nivel de la red, incluso si el hospital no está en su red.

Le recomendamos que consulte a los Proveedores Fuera de la Red para que le expliquen los cargos que le facturan, ANTES de recibir atención fuera de la Red. Consulte la figura de ejemplo que aparece a continuación, en la sección titulada Ejemplo de los Costos del Afiliado cuando acude a un Hospital No Participante, antes de recibir atención fuera de la Red.

COMO RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y QUE NO SEA DE EMERGENCIA FUERA DE LUISIANA Y ALREDEDOR DEL MUNDO

Los Afiliados pueden recibir atención de Emergencia y atención que no es de Emergencia fuera de Luisiana y alrededor del mundo. La tarjeta de identificación ofrece un cómodo acceso a los Servicios Cubiertos a través de 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:

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

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

Fuera de los Estados Unidos:

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

1. En caso de Emergencia, diríjase directamente al Hospital más cercano.
2. Llame a BlueCard® Access al 1-800-810-BLUE (2583) para obtener información sobre los médicos y Hospitales PPO más cercanos (para atención dentro de los Estados Unidos) o para información sobre los médicos y Hospitales de Blue Cross Blue Shield Global® Core (para atención fuera de los Estados Unidos). También puede encontrar información sobre los Proveedores en www.bcbs.com/ (en inglés).
3. Utilice un Proveedor PPO autorizado o un Proveedor Blue Cross Blue Shield Global® Core para recibir el nivel más alto de Beneficios.
4. Presente la tarjeta de identificación al médico u Hospital para que verifiquen su cobertura y presenten las Reclamaciones a nombre del Afiliado.
5. El Afiliado debe obtener todas las Autorizaciones requeridas por parte de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana.

CÓMO UTILIZAR UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Este Plan de Beneficios se ofrece con o sin Copago por consulta médica. El Esquema de Beneficios indicará si se debe aplicar un Copago. Si en el Esquema de Beneficios aparece un Copago por las consultas al Médico, 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 Su Red Preferida PPO no se requiere un referido del PCP.

Los Afiliados pagan el Copago Médico más bajo cuando reciben atención de un Médico de Atención Primaria. Los Médicos de Atención Primaria son médicos de familia, médicos generales, internistas, geriatras o pediatras. Cada integrante de la familia puede tener un Médico de Atención Primaria diferente. Los Médico de Atención Primaria pueden coordinar las necesidades de atención médica desde la Consulta hasta la hospitalización, dirigir al Afiliado a un Proveedor adecuado cuando sea necesario y lo asistirán para obtener cualquier Autorización requerida.

El Copago por consulta puede reducirse cuando los servicios los proporciona un Proveedor participante en el programa Quality Blue. Hasta ahora, los Proveedores Quality Blue incluyen a cualquier Proveedor que haya firmado un contrato para participar en el programa Quality Blue. Hasta ahora, los Proveedores Quality Blue incluyen a médicos de familia, médicos generalistas, pediatras, internistas, geriatras, enfermeros especialistas y asistentes médicos, pero es posible que otros Proveedores firmen 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.

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

AUTORIZACIONES

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.

No se realizarán pagos por Beneficios o evaluaciones de trasplante de órganos, tejidos y médula ósea a menos que autoricemos estos servicios y que los servicios sean prestados por un Blue Distinction Center for Transplants (BDCT, en inglés) para el órgano o trasplante específico o por un centro de trasplantes de nuestra red de proveedores PPO Blue Cross and Blue Shield, a menos que aprobemos lo contrario por escrito. Para localizar un centro de trasplantes aprobado, los Afiliados deben ponerse en contacto con Nuestro departamento de atención al cliente al número que aparece en la tarjeta de identificación.

CÓMO DETERMINAMOS LO QUE PAGAMOS POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

Cuando un afiliado utiliza proveedores de la red

Los Proveedores Preferidos son Proveedores que han firmado un contrato con Nosotros u otro plan de Blue Cross and Blue Shield para participar en una Red PPO. Estos Proveedores han acordado aceptar el menor de los cargos facturados o un importe negociado como pago total de los Servicios Cubiertos. Este importe es el Cargo Permitido del Proveedor Preferred Care PPO y se utiliza para determinar el importe que Nosotros pagamos por los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios. Los Afiliados que usen estos Proveedores de la Red Preferred recibirán Beneficios de la Red y abonarán los importes que se indican en la columna que dice Red en su Esquema de Beneficios por estos servicios.

Cuando un afiliado utiliza proveedores participantes

Los Afiliados que usen estos Proveedores de la Red Preferred recibirán Beneficios de la Red y abonarán los importes que se indican en la columna que dice Red en su Esquema de Beneficios por estos servicios. Estos Proveedores han acordado aceptar el menor de los cargos facturados o un importe negociado como pago total de los Servicios Cubiertos. Este importe es el Cargo Permitido del Proveedor Participante y se utiliza para determinar el importe que pagamos Nosotros por los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios.

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

Cuando un afiliado utiliza proveedores no participantes

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato con la Compañía ni con ningún otro plan de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. 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 de Beneficios inferior porque no recibió atención médica de un Proveedor de la red Preferred.

Los Afiliados suelen pagar costos elevados cuando utilizan Proveedores No Participantes. Esto sucede porque las cantidades que cobran algunos Proveedores por los Servicios Cubiertos pueden ser más altas que el Cargo Permitido establecido. Además, los Proveedores Preferred y Participantes renuncian a la diferencia entre el importe facturado entre los Servicios Cubiertos y el Cargo Permitido, mientras que los Proveedores No Participantes no lo harán.

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

Tenga en cuenta que la ley federal que prohíbe que un Proveedor que no pertenezca a la Red facture el importe total a un Afiliado por los Servicios Médicos que no sean de Emergencia prestados en un centro de la Red, a menos que el Proveedor haya emitido la notificación por escrito requerida al Afiliado y haya obtenido el Consentimiento Informado del Afiliado para prestar dichos servicios.

ILUSTRACIÓN DE EJEMPLO DE LOS COSTOS DEL AFILIADO CUANDO RECIBE ATENCIÓN DE UN HOSPITAL NO PARTICIPANTE

AVISO: El siguiente ejemplo es solo para fines ilustrativos y es posible que no refleje fielmente las cantidades reales de Copagos, Deducible y 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 el Deducible y ha obtenido la Autorización necesaria antes de recibir un servicio que no es de Emergencia. El Hospital factura \$12,000 por el Servicio Cubierto. Nosotros negociamos un Cargo Permitido de \$2,500 con el Hospital de la Red para prestar este servicio. El Cargo Permitido del Hospital Participante es de \$3,000 para prestar este servicio. No hay una tarifa negociada con el Hospital No Participante. El Afiliado es responsable de todas las cantidades no pagadas por la Compañía, hasta cubrir el cargo facturado por el Hospital. Este ejemplo ilustra el costo del Afiliado en tres Hospitales diferentes por el mismo servicio.

El Afiliado recibe Servicios Cubiertos de:	Hospital de la Red	Hospital Participante	Hospital No Participante
Factura del Hospital:	\$12,000	\$12,000	\$12,000
Cargo Permitido:	\$2,500	\$3,000	\$2,500
Nosotros pagamos:	\$2,000 \$2,500 de Cargo Permitido x 80 % de Coaseguro = \$2,000	\$1,800 \$3,000 de Cargo Permitido x 60 % de Coaseguro = \$1,800	\$1,500 \$2,500 de Cargo Permitido x 60 % de Coaseguro = \$1,500
El Afiliado paga:	\$500 20 % de Coaseguro x \$2,500 de Cargo Permitido = \$500	\$1,200 40 % de Coaseguro x \$3,000 de Cargo Permitido = \$1,200	\$1,000 40 % de Coaseguro x \$2,500 de Cargo Permitido = \$1,000
¿Se factura al Afiliado los cargos del Hospital?	NO	NO	SÍ - \$9,500
TOTAL QUE PAGA EL AFILIADO:	\$500	\$1,200	\$10,500

CUANDO UN AFILIADO COMPRA MEDICAMENTOS CON RECETA CUBIERTOS

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

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

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

BENEFICIOS DE SALUD MENTAL Y DE TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS

Contratamos a una compañía externa para brindar ciertos servicios administrativos relacionados con los servicios de Salud Mental y trastorno por consumo de sustancias tóxicas para Nuestros Afiliados. Para obtener ayuda con estos Beneficios, el Afiliado debe consultar el Esquema de Beneficios, la tarjeta de identificación o llamar a Nuestro Departamento de Atención al Cliente.

INCENTIVOS Y SERVICIOS DE VALOR AÑADIDO PARA EL AFILIADO

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

HERRAMIENTAS Y RECURSOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y EL BIENESTAR

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

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana ha combinado los correos electrónicos del servicio de atención al cliente en una sola dirección que es fácil de recordar: help@bcbsla.com. Los clientes que necesiten ponerse en contacto con nosotros, tienen las siguientes diferentes opciones: por Internet, por 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.

SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE IDENTIDAD

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana está comprometida a proteger la identidad de sus Afiliados cubiertos. Esto incluye proteger la seguridad de la información de los Afiliados. Para apoyar los esfuerzos de la Compañía, Blue Cross and Blue Shield of Louisiana ofrece Servicios opcionales de Protección de Identidad. Si se eligen los Servicios de Protección de Identidad, los servicios incluirán lo siguiente:

1. Supervisión del crédito que vigila la actividad que puede afectar el crédito.
2. Detección de fraude el cual identifica el uso potencialmente fraudulento de identidad o de crédito.
3. Apoyo en la resolución de fraudes que ayuda a los Afiliados a resolver los problemas que surgen asociados con la vigilancia del crédito y la detección de fraudes.

Los Afiliados del Grupo que cumplen con los requisitos para inscribirse en este servicio si el Grupo Empleador ha elegido participar en el servicio.

Un Afiliado deja de tener derecho a estos servicios si la cobertura de salud finaliza durante el Año de vigencia 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 del servicio de atención al cliente que aparece en la tarjeta de identificación.

ARTÍCULO II.

DEFINICIONES

Acuerdo Negociado (Acuerdo o Arreglos Negociados de Cuenta Nacional): Un acuerdo negociado entre un Licenciario de Control o de Origen y uno o más Licenciarios Par o de Acogida para cualquier Cuenta Nacional que no se proporcione por medio del Programa BlueCard®.

Administración de Casos: La Administración de Casos es un método para brindar al paciente atención que prioriza resultados de calidad para el paciente con una atención eficiente y a bajo precio. 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 médica de los pacientes para asegurar unos resultados de salud óptimos. La Administración de Casos es un servicio ofrecido como opción de la Compañía administrada por profesionales médicos que se enfocan en enfermedades inusualmente complejas, difíciles o terminales. Al trabajar con el(los) Médico(s) del Afiliado y al estar sujeto al consentimiento del Afiliado o de su familia o cuidador del Afiliado, el personal de Administración de Casos gestionará la atención para lograr el uso más eficiente y eficaz 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 operaciones atención médica, en la que una demora razonable no afecta desfavorablemente el resultado del tratamiento

Admisión: El período desde la fecha de ingreso (Admisión) a un Hospital o un Centro de enfermería especializada o una Unidad hospitalaria, hasta el día del alta. Al momento de contar los días de atención, tanto la fecha de ingreso como la fecha del alta se cuentan como un (1) día.

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

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

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

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

Afiliado: Un Suscriptor o un Dependiente inscrito.

Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés): El diseño, la ejecución y la evaluación de las modificaciones del entorno, 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 Análisis de Comportamiento Aplicado 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.

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

Apelación Acelerada Externa: Una solicitud de revisión inmediata, por parte de una Organización de Revisión Independiente, de una Determinación Adversa de Beneficios, la cual implica cualquiera de los siguientes:

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

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

- A. Una afección médica para la cual el tiempo que conlleva realizar una Apelación estándar pondría gravemente en riesgo la vida o la salud del Afiliado o pondría en riesgo la capacidad del Afiliado de recuperar el máximo funcionamiento.
- B. Según la opinión del médico que le atiende, el Afiliado podría sentir dolor que no pueda controlarse adecuadamente mientras espera una decisión sobre una Apelación médica estándar.
- C. La decisión de no Autorizar una Admisión, la disponibilidad de atención médica, la permanencia en el Hospital, o el servicio de atención médica para el Afiliado que se encuentra en ese momento recibiendo Servicios Médicos de Emergencia, está en observación o recibe cuidados como Paciente Hospitalizado.

Apelación Externa: Una solicitud de revisión por una Organización de Revisión Independiente para cambiar una Determinación Adversa de Beneficios inicial hecha por la Compañía o para cambiar una Determinación Adversa de Beneficios final dictada en Apelación. El Afiliado o su representante autorizado pueden presentar una Apelación Externa si así lo solicitan en caso de Determinaciones Adversas de Beneficios que implican Necesidad Médica, la adecuación de la atención médica, el entorno de la atención médica, nivel de atención, la eficacia, el tratamiento experimental o de investigación, la Rescisión, o en el caso de reclamaciones para las que se prevea una revisión externa en virtud de la Ley contra las facturas médicas sorpresa (No Surprises Act, por su nombre en inglés).

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

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 una persona que no es médicamente capacitada, o que son diseñados principalmente para ayudar a los pacientes con actividades de la vida diaria. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a: Cuidados personales, tareas domésticas, traslado del paciente; actuar como acompañante o cuidador; supervisar el uso de medicamentos que normalmente pueden ser auto administrados; tratamiento o servicios que cualquier persona pueda realizar con instrucciones mínimas; o, tratamiento a largo plazo por la afección de un paciente de la cual no se espera que mejore o se recupere. La Compañía determinará qué servicios se consideran Asistencia de un Cuidador.

Atención Concurrente: La atención médica y quirúrgica realizada a los Pacientes Hospitalizados por un Médico que no es el Médico del médico que le atiende: (1) para una afección no relacionada con el diagnóstico principal o (2) porque la complejidad médica de la afección del paciente requiere atención médica adicional.

Atención de Rehabilitación: 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 de Rehabilitación: Servicios de atención médica y dispositivos que ayudan a los pacientes a mantener, reanudar o mejorar sus destrezas y funcionamiento para las actividades diarias, las cuales pueden haberse perdido o deteriorado porque el paciente estuvo enfermo, lesionado o discapacitado. Estos servicios pueden incluir Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia de Patología del Habla y Lenguaje, Rehabilitación Cardíaca, Rehabilitación Pulmonar y servicios de rehabilitación psiquiátrica en distintos entornos de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Atención de Rutina del Bebé: Exámenes de rutina para bebés menores de veinticuatro (24) meses para los que no se realiza un diagnóstico.

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

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

Atención Médica a Domicilio: Servicios de salud prestados en el lugar de residencia del paciente por parte de una organización con licencia como una agencia de Atención Médica a Domicilio, otorgada por la agencia estatal adecuada y aprobada por la Compañía. Estas organizaciones se dedican primordialmente a proveer a las personas, por instrucción escrita de un Médico licenciado, servicios de enfermería especializada en el lugar de residencia de la persona por o la supervisión de un Enfermero Registrado (R.N., por sus siglas en inglés) con licencia para ejercer en el estado.

Atención Preventiva o de Bienestar: 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 temprana.

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

- A. se considera capaz de diagnosticar, tratar, corregir, operar o prescribir medicamentos en casos de enfermedades, dolores, lesiones, deficiencias, deformidades o afecciones físicas de los dientes humanos, procesos alveolares, encías o mandíbulas o partes asociadas, y ofrece o procede a través de ciertos medios con el diagnóstico, tratamiento, corrección, operación o prescripción de medicamentos para cualquier enfermedad, dolor, lesión, deficiencia, deformidad o afección física;
- B. Toma impresiones de los dientes humanos o mandíbulas o realiza cualquier fase de cualquier operación relacionada con el reemplazo de un diente o parte de este o de tejidos asociados por medio de empastes, coronas, dentaduras postizas u otros aparatos; o
- C. Suministra, proporciona, construye, reproduce o repara u ofrece suministrar, proporcionar, construir, reproducir o reparar prótesis dentales, puentes u otros sustitutos de dientes naturales del paciente o posible paciente.

Autorización (Autorizado): La decisión de la Compañía respecto a una Admisión, Hospitalización continuada, u otro servicio o suministro de atención médica que, basada en la información proporcionada, satisface el requisito de los criterios de evaluación de Necesidad Médica, la idoneidad del entorno de la atención médica o el nivel de atención y

eficacia. Una Autorización no es una garantía de pago. Además, una Autorización no es una determinación sobre la elección del Proveedor por parte del Afiliado.

Beneficiario: Una persona designada por un Afiliado, o por los términos de un plan de beneficios del seguro médico, quien tiene o puede tener derecho a un Beneficio en virtud del Plan.

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

Beneficios de la Red: Los Beneficios de atención recibidos a través de un Proveedor de la Red.

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

Cantidad de Desembolso: El importe máximo, como se muestra en el Esquema de Beneficios, de gastos no reembolsables (además de cualquier Deducible correspondiente) que debe pagar un Afiliado por los Servicios Cubiertos en un (1) Período de Beneficios.

Cantidades de Deducible:

A. Cantidad de Deducible Individual:

1. El importe total, como se muestra en el Esquema de Beneficios, de los cargos por Servicios Cubiertos que un Afiliado debe pagar dentro de un Período de Beneficios antes de que se le proporcionen los Beneficios. Se puede aplicar una Cantidad de Deducible Individual por separado para ciertos Servicios Cubiertos si así aparece en el Esquema de Beneficios.
2. Las categorías de Beneficios de la Red y que No Pertenecen a la Red incluyen cada uno un Deducible Individual por separado como se muestra en el Esquema de Beneficios.

B. Deducible Familiar: El importe total se muestra en el Esquema de Beneficios para cada categoría de Beneficios a los que se aplica un Deducible. Una vez que la familia haya alcanzado su Deducible Familiar, este Contrato comenzará a pagar los Beneficios a todos los integrantes de su familia, aun si todos los integrantes no alcanzaron su Deducible Individual del Período de Beneficios. Los Deducibles Familiares podrían aplicar a otros tipos de Deducibles descritos en este Plan de Beneficios.

C. Cantidad de Deducible para Pacientes Hospitalizados:

El importe total, si aparece en el Esquema de Beneficios, de los cargos por los Servicios Cubiertos prestados por un Hospital que el Afiliado debe pagar por cada Admisión. Esta Cantidad de Deducible para Hospitalización puede no aplicarse a ciertos Hospitales, si se indica en el Esquema de Beneficios.

1. El Importe del Deducible para Pacientes Hospitalizados no se acumula al Importe del Deducible Individual y debe pagarse además del Importe del Deducible Individual y del Importe del Deducible Familiar.
2. El Deducible para Pacientes Hospitalizados no se acumula al Desembolso.

D. Cantidad de Deducible de Medicamentos con Receta: El importe total, si figura en el Esquema de Beneficios, que cada Afiliado debe pagar dentro de un Período de Beneficios antes de pagar un Copago o Coaseguro por Medicamento con Receta. La Cantidad del Deducible por Medicamentos con Receta no se acumula a la Cantidad de Deducible por Período de Beneficios ni a la cantidad de Deducible Familiar.

Cargo Permitido:

A. Para los Proveedores Preferidos y Proveedores Participantes: El menor de los cargos facturados o la cantidad que Nosotros establecemos o negociemos como la cantidad máxima permitida para los servicios de estos Proveedores cubiertos conforme a los términos de este Plan de Beneficios.

B. Para Proveedores No Participantes, lo que sea menor entre:

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

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

Centro 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 atención médica 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 ni una unidad dentro de un Hospital (salvo que el servicio de enfermería especializada en un hogar para ancianos o una unidad dentro de un Hospital haya sido aprobado específicamente por Nosotros), que proporciona lo siguiente:

- A. Atención médica, tratamiento y atención de enfermería especializada para Pacientes Hospitalizados según lo definido por Medicare y que cumple con los requisitos de Medicare para este tipo de centro;
- B. Supervisión constante por parte de al menos un Médico o Enfermero registrado;
- C. servicio de enfermería las veinticuatro (24) horas por parte de Enfermeros Registrados o Enfermeros Especializados con Licencia; y
- D. Planes de revisión de utilización para todos los pacientes.

Centro Quirúrgico Ambulatorio: Un Proveedor de Centro de Salud Asociado que se encuentra establecido con personal médico organizado, con instalaciones permanentes que están equipadas y realizan principalmente procedimientos quirúrgicos, con 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: 1) servicios de anestesia según sean necesarios para las operaciones médicas y procedimientos realizados; 2) disposiciones para el bienestar físico y emocional de los pacientes; 3) disposiciones para Servicios Médicos de Emergencia; 4) estructura administrativa organizada y 5) registros administrativos, estadísticos e historiales médicos.

Cirugía Estética: Cualquier intervención quirúrgica, tratamiento o servicio, o cualquier parte de una intervención quirúrgica, tratamiento o servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia física. Una intervención quirúrgica, tratamiento o servicio no se considera Cirugía Estética si recupera la función corporal o corrige la malformación para restaurar la función de una parte del cuerpo alterada por una Lesión Accidental, una enfermedad, un trastorno o una Operación cubierta.

Coaseguro: El reparto de costos de los Cargos Permitidos por Servicios Cubiertos. El reparto de costos se expresa como un porcentaje de la Compañía que Nosotros pagamos y un porcentaje del Afiliado que Usted paga. Una vez que el Afiliado haya alcanzado el Deducible que le corresponda, el porcentaje del Afiliado se aplicará a los Cargos

Permitidos por los Servicios Cubiertos para determinar la responsabilidad financiera del Afiliado. El porcentaje de la Compañía se aplicará a los Cargos Permitidos para los Servicios Cubiertos para determinar los Beneficios proporcionados.

Cobertura Acreditada para Transferencia de HIPPA: Cobertura anterior en un plan médico para individuos o para grupo que incluye, entre otros, Medicare, Medicaid, plan gubernamental, plan de una iglesia, ley COBRA, plan militar o programa de seguro médico estatal para niños (ej. LaCHIP). La Cobertura Acreditada no incluye lo siguiente: pólizas para enfermedades específicas (ej. pólizas para el cáncer), cobertura suplementaria (ej. Suplemento de Medicare), o de beneficios limitados (ej., solo accidentes, seguro por discapacidad, seguro de responsabilidad, compensación para trabajadores, seguro de automóvil para gastos médicos, seguro de crédito solamente, cobertura en centros médicos en el mismo lugar o cobertura como se especifica en las normativas federales bajo las cuales los Beneficios para atención médica son secundarios o están relacionados con los Beneficios del seguro).

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

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

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

Consentimiento Informado: Un documento escrito proporcionado junto con un aviso por escrito a un Afiliado por un Proveedor Fuera de la Red que debe ser ejecutado por un Afiliado para que un Proveedor Fuera de la Red obtenga el consentimiento del Afiliado para recibir tratamiento y servicios médicos del Proveedor Fuera de la Red sin la protección proporcionada por la Ley contra las facturas médicas sorpresa.

Consulta: La opinión o recomendación de otro Médico respecto a la evaluación o el tratamiento del Afiliado, el cual se proporciona a petición del Médico del médico que le atiende. Estos servicios no incluyen aquellas consultas requeridas por las reglas y normativas de Hospitales, consultas sobre anestesia, consultas de rutina para autorización de Operaciones o consultas entre colegas que intercambian opiniones médicas como cortesía y normalmente sin cargo.

Cónyuge: El Cónyuge legal del Suscriptor.

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

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

Copago: La cantidad específica que debe pagar un Afiliado cuando recibe Servicios Cubiertos específicos, como se establece en el Esquema de Beneficios. Un Proveedor de la Red podrá cobrar el Copago directamente del Afiliado.

Cuidados de Hospicio: Provisión de una serie integrada de servicios y suministros diseñados para proporcionar cuidados paliativos y de apoyo para satisfacer las necesidades específicas de los Afiliados y sus familias durante las etapas finales de enfermedades terminales. El alcance total de los servicios de salud se coordina de forma central a través de un equipo interdisciplinario dirigido por un Médico y proporcionado a través de una agencia de Cuidados de Hospicio que la Compañía autoriza.

Dependiente Mayor de Edad- Un Hijo (o Nieto) Dependiente que tiene veintiséis (26) años o más, que depende del Suscriptor para su manutención y es incapaz de mantener un empleo debido a una discapacidad intelectual o física que comenzó antes de edad de los 26 años. La cobertura del Dependiente Mayor de Edad puede continuar después de los 26 años por la duración de la incapacidad si, antes o dentro de los treinta y un (31) días después de que el Hijo Dependiente cumpla 26 años se presente a la Compañía una solicitud de cobertura continua con información médica

actual del Médico que atiende al Hijo Dependiente. La Compañía puede requerir documentación médica adicional o periódica con respecto a la discapacidad intelectual o física del Hijo Dependiente tan a menudo como lo considere necesario, pero no más de una vez al año después del período de dos años después de que el hijo cumpla los 26 años. La Compañía puede rescindir la cobertura del Dependiente mayor de edad si la Compañía determina que el Hijo Dependiente ya no depende del Suscriptor para sustentarlo o el Dependiente ya no está discapacitado física o intelectualmente en la medida en que no sea capaz de mantener un empleo.

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

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. Cuando se refiere a la prótesis de una extremidad, esta es una extremidad artificial diseñada para maximizar el funcionamiento, la estabilidad y la seguridad del paciente, la cual no se implanta quirúrgicamente y se utiliza para reemplazar una extremidad amputada. Las Prótesis de Extremidades no incluyen ojos artificiales, orejas, nariz, aparatos odontológicos, productos de ostomía o accesorios como pestañas postizas o pelucas.

Emergencia: Consulte Afección Médica de Emergencia.

Empleado: Una persona quien es un Empleado a tiempo completo o que trabaja un Equivalente a Tiempo Completo según se designe por el Empleador.

Empleador: Cualquier persona que actúe directamente como un Empleador, o indirectamente en el interés de un Empleador, en relación con un Plan de beneficios del empleado; e incluye un grupo o asociación de Empleadores que actúan para un Empleador en tal capacidad.

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

- A. Si el tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo, o producto biológico puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los 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
- B. Si el tratamiento médico, procedimiento, medicamento, dispositivo, o producto biológico requiere estudios adicionales o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, efectividad, o eficiencia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico, 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:
 1. Consulta con el programa de evaluación de tecnología (TEC, por sus siglas en inglés) de Blue Cross and Blue Shield Association u otro(s) centro(s) de evaluación de tecnología no afiliados;
 2. pruebas científicas acreditadas publicadas en literatura médica revisadas por homólogos generalmente reconocidas por la comunidad médica correspondiente; o
 3. Referencia a las normativas federales.

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

Equipo Médico Duradero: Artículos y suministros utilizados para servir un propósito terapéutico específico en el tratamiento de una enfermedad o lesión, que pueden soportar el uso reiterado, y que generalmente no son útiles para una persona que no está enferma o lesionada y son adecuados para el uso en el domicilio del paciente'

Equivalente a Tiempo Completo (FTE, por sus siglas en inglés): Un Empleado que: (1) se emplea por un promedio de 30 o más horas por semana, o (2) está trabajando por un promedio menor de 30 horas por semana pero se encuentra en el período de estabilidad como se define en el Código de Impuestos Internos §54.4980H y las normativas emitidas bajo el mismo, y se encuentran documentado y verificado por el Empleador para estar en el período de estabilidad. Un Empleado temporal no cumple con los requisitos necesarios para recibir cobertura de este Plan de Beneficios, a menos que se determine que dicho Empleado temporal es Equivalente a Tiempo Completo.

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

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

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

Fecha de entrada en vigor: La fecha en que comienza la cobertura de un Afiliado bajo este Plan de Beneficios como se determina en el Esquema de Requisitos. Los Beneficios comenzarán a las 12:01 a. m. en esta fecha.

Fecha de Inscripción: El primer fecha de cobertura bajo este Plan de Beneficios, o si existe un Período de Espera para la Afiliación, el primer día de este período.

Fecha del Plan de Beneficios: La fecha en que la Compañía emitió este Plan de Beneficios al Grupo.

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

Formulario de Medicamentos con Receta– Una lista concreta de los Medicamentos de venta con Receta que están cubiertos conforme a este Plan de Beneficios.

Grupo: Cualquier compañía, sociedad, asociación, corporación u otra entidad legal que haya presentado una solicitud de cobertura en este documento y haya aceptado cumplir con todos los términos y requisitos de este Plan de Beneficios. Para propósitos de este Plan de Beneficios, el Grupo es el titular de la póliza.

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

Incentivo al proveedor: Una cantidad adicional que un contribuyente paga a un Proveedor de atención médica, en función del cumplimiento del Proveedor con los procedimientos e indicadores de resultados que se han acordado para un grupo o una población de personas cubiertas en particular.

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

Lesión Accidental: Una afección que resulta directamente de una lesión corporal traumática sufrida sólo por medios accidentales y como consecuencia de una fuerza externa. Con respecto a las lesiones en los dientes, las lesiones causadas por la acción de masticar no constituyen una lesión causada por una fuerza externa. Si los Beneficios están disponibles para el tratamiento de una lesión en particular, se proveerán Beneficios por una lesión que resulte de un acto de violencia doméstica o una afección médica.

Ley contra las facturas médicas sorpresa, (No Surprises Act, NSA, por sus siglas en inglés): Una parte de la Ley de Asignaciones Consolidadas, 2021 (Ley Pública 116-260) promulgada el 27 de diciembre de 2020, que establece los

derechos del paciente y las medidas de protección contra las facturas médicas inesperadas y que limita el reparto de costes en muchas de las circunstancias en las que las facturas médicas inesperadas se producen con mayor frecuencia.

Los Proveedores Quality Blue: Cualquier Proveedor que haya firmado un contrato para participar en el programa Quality Blue. Hasta ahora, los Proveedores Quality Blue incluyen a médicos de familia, médicos generalistas, pediatras, internistas, geriatras, enfermeros especialistas y asistentes médicos, pero es posible que otros Proveedores firmen 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.

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.

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

Medicamento Necesario (o Necesidad Médica): Servicios de atención médica, tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos, productos u otros suministros que 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:

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

Para estos propósitos, los estándares de práctica médica aceptados a nivel nacional se refieren a 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.

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

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

Medicamento de Marca: Un Medicamento con Receta patentado que comercializa el fabricante del medicamento original tras recibir la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), o que Nosotros identificamos como un producto de Marca. Clasificamos a un Medicamento con receta como Medicamento de marca en base a una fuente de precios reconocida a nivel nacional, por lo tanto, todos los productos identificados como de marca por el fabricante o la farmacia no pueden ser clasificados como medicamentos de marca por Nosotros.

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

Medicamento Genérico: Un Medicamento con Receta equivalente a un Medicamento de Marca respecto de su dosis, seguridad, concentración, vía de administración, calidad, características del rendimiento y uso previsto o, un Medicamento que Nosotros identificamos como Genérico. Nosotros, y no el fabricante o la farmacia, determinamos si clasificamos un Medicamento con Receta como Genérico. Clasificamos a un Medicamento con Receta como Medicamento Genérico sobre la base de una fuente de precios reconocida a nivel nacional, por lo tanto, es posible que Nosotros no clasifiquemos como Genéricos todos los medicamentos que el fabricante o la farmacia clasifiquen como Genéricos.

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, y están sujetos a lo que establece el Artículo Limitaciones y Exclusiones.

Medicamentos de Marca de Diversos Proveedores Farmacéuticos: Un Medicamento de Marca para el cual hay disponible un Medicamento Genérico equivalente.

Medicamentos Especializados: Los medicamentos especializados suelen tener un costo elevado y presentan una o más de las siguientes características:

1. Se requiere un adiestramiento especializado del paciente sobre la administración del medicamento (incluidos los suministros y dispositivos necesarios para la administración).
2. Se requiere Coordinación de la atención antes de iniciar la terapia con medicamentos o durante la terapia.
3. Requisitos únicos de control del cumplimiento y seguridad por parte del paciente.
4. Requisitos únicos para el manejo, transporte y almacenamiento del medicamento.
5. 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.

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 la pérdida ósea.

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

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

Operación:

- A. La realización de procedimientos operatorios y de incisión normalmente aceptados, que incluye instrumentación especializada, exámenes endoscópicos, biopsias incisionales y excisionales y otros procedimientos invasivos.
- B. La corrección de fracturas y dislocaciones.
- C. La Atención del Embarazo que incluye partos naturales y por cesárea.
- D. Atención preoperatoria y posoperatoria habitual y relacionada.
- E. Otros procedimientos definidos y aprobados por la Compañía

Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés): Una entidad, no afiliada con Nosotros que lleva a cabo revisiones externas de las Determinaciones Adversas de Beneficios, Determinaciones de Rescisión y decisiones relacionadas con la Ley contra las facturas médicas sorpresa (No Surprises Act, por su nombre en inglés). La decisión de la Organización de Revisión Independiente es vinculante tanto para el Afiliado como para Nosotros, salvo en la medida en que existan otros recursos disponibles en virtud de la legislación estatal o federal.

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

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

Período de Espera para la Afiliación: El período que debe transcurrir antes de que la cobertura de una persona pueda entrar en vigor para recibir los Beneficios incluidos en este Plan de Beneficios. Si una persona se inscribe como un Afiliado especial, cualquier período anterior a esa inscripción especial no es un Período de espera para la afiliación.

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

Período de inscripción: Un período de tiempo, designado por el Grupo, durante el cual un Suscriptor y sus Dependientes que cumplan con los requisitos, pueden solicitar cobertura en virtud de este Plan de Beneficios.

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

Plan de Beneficios: Este acuerdo, que incluye la Solicitud de Cobertura para Grupos, el Esquema de Beneficios y las modificaciones o endosos, si corresponde, los cuales otorgan al Suscriptor y a los Dependientes cubiertos el derecho a recibir Atención de la salud específicas.

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 los fines de cobertura conforme a este Plan de Beneficios, los Profesionales de la Salud Asociados incluyen dentistas, psicólogos, Centros de Salud en Centros Comerciales, matronas certificadas, enfermeros especializados certificados, optometristas, farmacéuticos, quiroprácticos, podólogos, asistentes médicos, primer auxiliar de enfermería registrado, enfermeros registrados de práctica avanzada, consejeros profesionales con licencia, trabajadores sociales clínicos con licencia, enfermeros anestesiistas certificados y registrados, y cualquier otro profesional de la salud de acuerdo con lo establecido por la ley estatal para servicios específicos, si Nosotros los autorizamos a prestar los Servicios Cubiertos.

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

Programa Diurno de Rehabilitación: Un programa que provee más de una (1) hora de Atención de Rehabilitación después de dar de alta a un Paciente hospitalizado.

Programas de Hospitalización Parcial: Estos programas están definidos como programas de tratamiento de día, tarde o noche, estructurados y médicamente supervisados. Los servicios de este programa son proporcionados a los pacientes 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 son esencialmente de 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 por menos de veinticuatro (24) horas al día. El paciente no se considera un residente del programa. La gama de servicios ofrecidos está diseñada para abordar un trastorno relacionado con la salud mental o relacionado con el consumo de sustancias tóxicas, a través de un plan de tratamiento individualizado proporcionado por un equipo de tratamiento multidisciplinario coordinado.

Programas Intensivos para Pacientes Ambulatorios: Los Programas Intensivos para Pacientes Ambulatorios se definen como programas que tienen la capacidad de brindar servicios planificados y estructurados de al menos dos (2) horas por día y tres (3) días por semana, aunque algunos pacientes pueden necesitar asistir con menor frecuencia. Estos encuentros normalmente implican servicios multidisciplinarios coordinados e integrados. La gama de servicios ofrecidos se dirige a los trastornos mentales o relacionados con el consumo de sustancias tóxicas y podría incluir servicios de psicoterapia de grupo, individual, familiar o multifamiliar, servicios psicoeducativos y servicios complementarios como el seguimiento médico. Estos servicios incluirán consultas múltiples o extendidas para tratamiento, rehabilitación o asesoramiento, o supervisión y apoyo profesional. Los modelos estructurados del programa incluyen: programas de intervención en caso de crisis, rehabilitación psiquiátrica o psicosocial y algunos tratamientos diurnos. (Aunque el tratamiento para 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 libre de cargos).

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

Proveedor de la Red: Un Proveedor que ha firmado un contrato con Nosotros u otro Plan de Blue Cross and Blue Shield para participar como Afiliado de la Red de Proveedores de la Red Preferred Care u otra Red PPO. Este Proveedor también puede ser definido como un Proveedor de la Red Preferida o Proveedor dentro de la Red.

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

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.

- A. Proveedor Preferido: Un Proveedor que firmó un contrato con Nosotros u otro Plan de Blue Cross and Blue Shield para participar en una Red PPO. Nosotros llamamos a estos Proveedores como Proveedores PPO, Proveedores Preferidos o Proveedores de la Red.
- B. Proveedor Participante: Un Proveedor que ha firmado un contrato con Nosotros u otro plan de Blue Cross and Blue Shield para participar en otra red que no sea la Red Preferred Care o Red PPO.
- C. Proveedor No Participante: Un Proveedor que no firmó un contrato con Nosotros o cualquier otro plan de Blue Cross and Blue Shield.

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

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

Recién Nacido: un bebé desde el momento del nacimiento hasta el primer (1.^{er}) mes o hasta que se encuentre en buenas condiciones para recibir el alta del Hospital o de la Unidad de Atención Especial de neonatología para irse a su casa, el período que sea más largo.

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

Reconsideración informal: Una solicitud telefónica para una revisión adicional de una determinación de no Autorizar un servicio o tratamiento por parte de Administración de Utilización. La Reconsideración Informal está disponible solo para determinaciones de Revisiones Iniciales o Concurrentes que se solicitan dentro de los diez (10) días a partir de la denegación.

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

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

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

Rescisión: Cancelación o discontinuación de la cobertura que tiene un efecto retroactivo. Esto incluye una cancelación que considera nulo una póliza desde el momento de la afiliación o una cancelación que anula los Beneficios pagados hasta un año antes de la cancelación.

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

Servicio Cubierto: un servicio o suministro especificado en este Plan de Beneficios para los que existen Beneficios cuando los proporciona un Proveedor.

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

Servicio de Diagnóstico: Servicios de radiología, laboratorio, y patología y otras pruebas o procedimientos reconocidos por la Compañía como práctica médica aceptada, que se prestan cuando se presentan síntomas específicos y que tienen como finalidad la detección o el seguimiento de una afección, enfermedad o lesión específica. Un Servicio de Diagnóstico debe ser indicado por un Proveedor antes de prestar el servicio.

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

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

Servicios de diagnóstico por imágenes:

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

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

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

- A. Servicios de Telemedicina Asíncrona: La transmisión de información médica pregrabada del paciente a un Proveedor desde el sitio de origen a un sitio distante sin que el paciente esté presente.
- B. Servicios de Telemedicina Síncrona: La interacción entre el paciente y el Proveedor en diferentes ubicaciones en tiempo real, mediante la transmisión de video y audio bidireccional, generalmente a través de un portal de pacientes establecido.

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

- A. Cuando esté dentro de las posibilidades de un Hospital o de un servicio de Emergencias independiente, los siguientes servicios y artículos:
 - 1. Un examen médico de detección, incluidos los servicios auxiliares de los que dispone habitualmente el servicio de emergencias para evaluar una afección médica de emergencia
 - 2. Un examen médico adicional y el tratamiento que pueda ser necesario para estabilizar la afección médica, independientemente del departamento del Hospital en el que se preste dicho examen o tratamiento adicional.
- B. Con respecto a una afección médica de emergencia e independientemente del departamento del Hospital en el que se preste, los servicios adicionales que sean:
 - 1. Servicios cubiertos en este Plan de beneficios;
 - 2. Suministrados después de que el afiliado esté estabilizado; y
 - 6. Parte de una observación ambulatoria o de una hospitalización o consulta ambulatorio con respecto a la consulta en la que se prestan los servicios médicos de urgencia.

Si se cumplen ciertas condiciones establecidas en la ley vigente, los servicios adicionales enumerados anteriormente no se consideran Servicios Médicos de Emergencia y no es necesario que estén cubiertos como Servicios Médicos de Emergencia.

Servicios 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. Estos servicios deben ser solicitados por el Médico que atiende y requieren de destrezas técnicas de un enfermero o un enfermero diplomado.

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, el aspecto estético o ambos. También incluye la atención clínica Medicamente Necesaria.

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

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

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.

Tarifa del Coordinador de la Atención Médica: Una cantidad fija que Blue Cross and Blue Shield of Louisiana paga periódicamente a los Proveedores por la Coordinación de la atención médica del Programa basado en la calidad prestada.

Terapia a Distancia: Una forma de prestar asistencia médica que implica la recopilación y transmisión electrónica de datos biométricos que se analizan y utilizan para desarrollar, gestionar y actualizar un plan de tratamiento relacionado con una afección de salud crónica o grave. 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 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.

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

Terapia Ocupacional: La evaluación y el tratamiento de lesiones físicas o afecciones, disfunciones cognitivas, discapacidades congénitas o del desarrollo, o el proceso de envejecimiento a través del uso de actividades orientadas a una meta específica, ejercicios terapéuticos u otras intervenciones que mitigan una discapacidad o mejoran la capacidad funcional. Esto puede incluir: el diseño, la fabricación, o la correspondencia de dispositivos ortopédicos; la formación en el uso de dispositivos ortopédicos y protésicos; el diseño, el desarrollo, la adaptación o la formación en el uso de dispositivos de asistencia; y la adaptación de entornos para mejorar el rendimiento funcional.

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.

Trastorno Mental (Salud Mental): Un síndrome o patrón psicológico y de comportamiento clínicamente significativo. Esto incluye, entre otras: psicosis, trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad, trastornos afectivos y enfermedades mentales severas específicas según lo definido en Luisiana. R.S. 22:1043 (anteriormente 22:669) (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; trastornos psicóticos no especificados en otra categoría cuando se diagnostica en menores de diecisiete (17) años; síndrome de Rett, y síndrome de Tourette), y afecciones y enfermedades descritas en la edición más reciente del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Washington D.C. (DSM, por sus siglas en inglés), incluyendo otros Trastornos Mentales no psicóticos, que serán determinados por la Compañía. La definición de Trastorno Mental debe ser la base para determinar los Beneficios

independientemente de si las afecciones son genéticas, orgánicas, químicas o biológicas e independientemente de la causa o de otras afecciones médicas.

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 de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 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. El Trastornos del Espectro Autista incluye afecciones tales como el Trastorno Autista, el Síndrome de Rett, el Trastorno de Desintegración Infantil, el Síndrome de Asperger y el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

Unidad de Atención Especial: Una unidad de un Hospital designado y aprobado por la compañía y que cuenta con todas las instalaciones, los equipos y los servicios de apoyo para proporcionar un nivel 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 III.

ESQUEMA DE REQUISITOS

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

NADIE PUEDE INSCRIBIRSE SIMULTÁNEAMENTE COMO EMPLEADO Y DEPENDIENTE EN ESTE PLAN, NI PUEDE SER UN DEPENDIENTE CUBIERTO POR MÁS DE UN EMPLEADO.

A. Requisitos para la afiliación

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

B. Solicitud de Cobertura

1. Todas las personas calificadas pueden inscribirse para obtener cobertura conforme a este Plan de Beneficios y pueden incluir a todos los Dependientes que califiquen.
2. El Grupo nos presentará toda la información de inscripción como requisito previo a la cobertura de este Plan de Beneficios.
3. Este Plan de Beneficios no cubrirá a ninguna persona a menos que la Compañía haya aceptado el formulario de inscripción o la información de inscripción en un formato aceptable para nosotros, y que haya emitido una tarjeta de identificación u otra notificación escrita de aceptación. El Pago de las primas a la Compañía por cualquier persona no hará efectiva la cobertura a menos y hasta que se haya emitido la tarjeta de identificación u otra aceptación por escrito y en ausencia de dicha emisión, la responsabilidad de la Compañía se limitará al reembolso de las primas pagadas.
4. El presente Plan de Beneficios para Grupos y la cobertura del mismo no se emitirán ni renovarán a menos que se afilie el porcentaje de Personas que cumplen con los requisitos que se indica en la Solicitud para Cobertura de Salud para Grupo.
5. El Grupo cubre a los jubilados, los jubilados deben estar inscritos en el plan antes de la jubilación para conservar la cobertura bajo este Plan de Beneficios. No habrá ningún derecho futuro para inscribirse aparte de los derechos especiales de inscripción en el Plan que son específicos para los jubilados.

C. Clases de Cobertura Disponibles

Las clases de cobertura que se definen a continuación están sujetas a la elección de la clase o las clases de cobertura que escoja el Grupo, según figuran en la Solicitud para Cobertura de Grupo. El Grupo tiene el derecho de modificar las clases de cobertura seleccionadas cuando sea necesario a través del envío de una solicitud a nuestro Departamento de Evaluación de Riesgos.

1. Cobertura de Suscriptor Único significa que la cobertura será únicamente para el Suscriptor.
2. Cobertura de Suscriptor y Cónyuge significa que la cobertura será para el Suscriptor y su Cónyuge.
3. Cobertura de Suscriptor y Familia significa que la cobertura será para el Suscriptor, su Cónyuge y uno o más hijos Dependientes.
4. Cobertura de Suscriptor e Hijo (o Hijos) significa que la cobertura será para el Suscriptor y uno o más hijos Dependientes.
5. Cobertura de Suscriptor y Dependiente significa que la cobertura será para el Suscriptor y un Dependiente.

D. Fecha de entrada en vigor:

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

1. Si un individuo se convierte en Persona calificada en la Fecha del Plan de Beneficios del Grupo y se inscribe para obtener cobertura para sí mismo o para sí mismo y sus Dependientes que cumple con los requisitos en esa o antes de esa fecha, esta Fecha del Plan de Beneficios del Grupo será la Fecha de entrada en vigor de la cobertura.
2. Si un individuo se convierte en una Persona calificada después de la fecha del Plan de Beneficios del Grupo y se inscribe para obtener cobertura para sí mismo o para sí mismo y sus Dependientes que cumple los requisitos en o antes de la fecha de inscripción y la Compañía recibe el formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días de la fecha de inscripción, la Fecha de entrada en vigor de la cobertura será la fecha de inscripción.

3. Si la Compañía no recibe la solicitud de cobertura de una Persona para sí misma, o para sí misma y sus Dependientes que cumple con los requisitos, no la recibimos Nosotros en un plazo de treinta (30) días tras la fecha de inscripción o del Período de inscripción especial como se describe a continuación, se denegará la solicitud de inscripción. La Persona Calificada podrá inscribirse para recibir cobertura durante el siguiente Periodo de Apertura de inscripción.
4. Si un Suscriptor tiene un hijo y cuenta con cobertura que incluye hijos Dependientes (cobertura para el Suscriptor y Familia o cobertura para el Suscriptor e Hijos), y la Compañía recibe el formulario de inscripción dentro de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha del nacimiento, la fecha de nacimiento será la Fecha de entrada en vigor de la cobertura.

E. Determinación Ordenada por un Tribunal

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

F. Inscripción especial

1. Inscripción Especial debido a la pérdida de otras Coberturas

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

Los afiliados que pierden otra cobertura porque no pagan sus primas o contribuciones requeridas, o pierden otra cobertura por causa (como la presentación de Reclamaciones fraudulentas o una tergiversación intencional de los hechos materiales en relación con el Planes), no son afiliados especiales y no tienen derechos especiales de inscripción.

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

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

- (2) no estaba acogido a la disposición de continuación de cobertura conforme a la ley COBRA y perdió la otra cobertura de salud debido a:
- (a) pérdida de las condiciones para recibir la cobertura. La pérdida de las condiciones para recibir cobertura incluye, entre otras, las siguientes:
 - (i) pérdida de los requisitos para recibir cobertura como resultado de separación legal, divorcio, pérdida del estatus de Dependiente, fallecimiento, finalización del contrato laboral o reducción de horas de trabajo;
 - (ii) en el caso de la cobertura ofrecida a través de una Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO) en el mercado de seguros médicos individuales, la pérdida de la cobertura se debió a que la persona ya no vive, reside o trabaja en un área de servicio en la que HMO ofrece servicios, independientemente de que haya sido o no elección de la persona;
 - (iii) en el caso de la cobertura ofrecida a través de una HMO en el mercado de grupos, pérdida de la cobertura debido a que la persona ya no vive, reside ni trabaja en un Área de Servicio que cubre la HMO, ya sea por elección de la persona o no y por la ausencia de otra cobertura de salud disponible para la persona; o
 - (iv) un plan ya no ofrece ningún Beneficio a la clase de individuos en situación similar.
 - (b) terminación de las contribuciones del Empleador para la otra cobertura.

Un Afiliado Especial conforme a esta sección debe solicitar inscripción en la cobertura bajo este Plan de Beneficios dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que termine la otra cobertura (o después de que el Empleador dejó de contribuir para la otra Cobertura que no sea COBRA). Si Blue Cross and Blue Shield of Louisiana recibe esa inscripción dentro de los treinta (30) días posteriores a la pérdida de la otra cobertura, la cobertura entrará en vigor en la fecha en que se perdió la otra cobertura. Si la inscripción no se recibe dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de la pérdida de la otra cobertura, pero se recibe dentro de los sesenta (60) días a partir de la pérdida de la otra cobertura, la cobertura comenzará a más tardar el primer día del mes calendario que comienza después de que Nosotros recibamos la solicitud de inscripción especial. La Cobertura no estará disponible si Blue Cross and Blue Shield of Louisiana no recibe el formulario de solicitud de inscripción dentro de los sesenta (60) días siguientes a partir de la pérdida de la otra cobertura.

2. Inscripción especial de un hijo Dependiente debido a la pérdida de la cobertura del Programa de Seguro Médico para Niños o de un programa de Medicaid.
- a. Este Plan de Beneficios proporciona un Período de Inscripción Especial para un empleado o sus Dependientes familiares si (1) están cubiertos por un programa de Medicaid o un Programa de Seguro Médico Estatal para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) y pierden esa cobertura debido a la falta de requisitos necesarios o (2) cumplen con los requisitos para la subvención de la prima prevista en el programa CHIP. Para cumplir con los requisitos, el empleado debe solicitar la cobertura en este plan médico de Grupo dentro de los sesenta (60) días tras la fecha en que terminó la cobertura con Medicaid o CHIP, o la fecha en que se determinó que el empleado o el Dependiente pasan a tener derecho a la asistencia para las primas. La solicitud de inscripción especial en virtud de esta sección debe ser recibida por una oficina de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana dentro del período de sesenta (60) días posteriores a la pérdida de la cobertura o a la fecha en que se determine que el Empleado o el Dependiente cumple con los requisitos para la subvención de la prima. Cuando la inscripción especial conforme con esta sección se realiza a tiempo y la Compañía la recibe a tiempo, la cobertura entrará en vigor en la fecha de la suspensión de la cobertura de Medicaid o CHIP o en la fecha en que el Empleado o el Dependiente cumple con los requisitos para la subvención de la prima.
 - b. El Empleado puede dar de baja a un hijo Dependiente de esta cobertura e inscribirlo en la cobertura CHIP, a partir del primer día de cualquier mes en el que el hijo cumpla con los requisitos para recibir dicha cobertura de CHIP. El Empleado debe notificar inmediatamente por escrito a la Compañía la baja del niño para evitar la Continuación de la cobertura bajo este Plan.

3. Inscripción especial debido a la llegada de un Dependiente

- a. Este Plan de Beneficios proveerá un periodo de inscripción especial durante el cual el Dependiente de un Empleado participante, jubilado u representante designado podrá inscribirse en el plan. Si aún no están afiliados, los empleados actuales o representantes designados deben inscribirse con el dependiente al transcurrir un Período de Espera para la Afiliación y siempre que no se haya inscrito durante un período de inscripción previo. (Los jubilados que en ese momento no participan no cuentan con estos derechos de inscripción especiales para inscribir Dependientes y es posible que no ingresen en el plan por este motivo).
- b. Una persona se convierte en Dependiente del Empleado con cobertura o que califica, jubilado o representante designado a través de matrimonio, nacimiento, adopción o la entrega en adopción. En el caso del nacimiento, la adopción o entrega en adopción de un niño, el Cónyuge del empleado, jubilado o cargo electo puede ser inscrito como Dependiente, si esa persona cumple con los requisitos para recibir cobertura.
- c. Si el Grupo ofrece varias opciones para el plan médico, el Empleado, jubilado o representante designado puede escoger otra opción para sí mismo y para sus Dependientes cuando se aplique la condición de Afiliado Especial.
- d. Es posible que exista un período de treinta (30) días de cobertura automática para Recién Nacidos (por nacimiento biológico o adopción) como se describe a continuación. Cualquier período de cobertura automática coincide con el Período de Inscripción Especial para poder añadir estos bebés a este Plan de Beneficios.
- e. El Período de Inscripción Especial descrito en este apartado es un período de no menos de treinta (30) días y comenzará en la fecha que sea más tarde entre la fecha en que la cobertura del Dependiente esté disponible o la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. Si la solicitud de inscripción no se realiza dentro del plazo adecuado, ésta se denegará y finalizará cualquier período de cobertura automática.
- f. En caso de un nacimiento, adopción o entrega en adopción, un empleado en activo podrá inscribirse a sí mismo, a su cónyuge o al niño recién nacido o adoptado y a otros niños dependientes que cumplen con los requisitos. La inscripción debe solicitarse mediante la firma de un formulario de inscripción no más tarde de treinta (30) días a partir de la fecha de nacimiento, la adopción o entrega en adopción.

Si la oficina de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana recibe la solicitud de inscripción no más tarde de treinta (30) días a partir de la fecha del nacimiento, la adopción o entrega en adopción, la cobertura entrará en vigor en la fecha de nacimiento del hijo biológico Recién Nacido, y en la fecha de la adopción, o entrega en adopción de un Recién Nacido. Un Suscriptor puede inscribir a su hijo natural antes de su nacimiento, sin embargo, la cobertura no entrará en vigor hasta la fecha de nacimiento. La cobertura de los niños adoptados no entrará en vigor en la fecha de nacimiento.

Si no recibimos el formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días posteriores al nacimiento, adopción o entrega en adopción, finalizará todo período de cobertura automática. Si el formulario de inscripción no se recibe dentro de los treinta (30) días a partir del nacimiento, la adopción o la entrega en adopción, pero sí en un plazo de sesenta (60) días a partir del nacimiento, la adopción o la entrega en adopción, la cobertura comenzará a más tardar el primer día del mes natural que comienza después de que recibamos la solicitud de inscripción especial. No habrá cobertura si el formulario de inscripción no se firma dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento, la adopción o la entrega en adopción. La cobertura no estará disponible si no recibimos el formulario de inscripción dentro de los sesenta (60) días siguientes al nacimiento, la adopción o la entrega en adopción.

- g. En caso de matrimonio, un Empleado en activo puede inscribirse a sí mismo y a los nuevos Dependientes resultantes del matrimonio. La inscripción debe solicitarse mediante la firma de un formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días posteriores al matrimonio. La cobertura entrará en vigor en la fecha del matrimonio si la oficina de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana recibe el formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días siguientes al matrimonio. Si no recibimos el formulario de inscripción dentro de los treinta (30) días siguientes al matrimonio, pero lo recibimos dentro de los sesenta (60) días siguientes al

matrimonio, la cobertura comenzará no más tarde del primer día del mes calendario que comienza después de Nosotros recibamos la solicitud de inscripción especial.

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

4. Período de Cobertura Automática para Recién Nacidos

- a. Si nace un hijo de un suscriptor con cobertura de Suscriptor Único o de Suscriptor y Cónyuge, se aplicará lo siguiente:
 - (1) Dicho niño recibirá cobertura automáticamente durante un mes desde al nacimiento o hasta que el niño sea dado de alta del hospital o la unidad de atención médica especial neonatal, el período que sea más largo. Este es el período de cobertura automática. La cobertura automática para el niño se proveerá a través del plan de la madre, si la hubiera. Si la madre no tiene plan, entonces la cobertura automática se proveerá a través del plan del padre, siempre que este Nos haya notificado del nacimiento del niño. La cobertura del niño continuará en vigor de ahí en adelante, solo si Nosotros recibimos rellenado un Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado antes de que expire el período de cobertura automática, y siempre que las primas requeridas para la cobertura del niño se paguen cuando se facturen.
 - (2) Si el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado completado no es recibido durante este mes después periodo, la cobertura para el hijo finalizará cuando expire el periodo de cobertura automática. Cualquier solicitud posterior para agregar a la cobertura al hijo debe realizarse durante el Período de inscripción o conforme a la disposición de una inscripción especial.
- b. Si un Suscriptor se convierte en padre y cuenta con una cobertura que incluye a niños Dependientes (cobertura para el Suscriptor y la Familia o cobertura para el Suscriptor y sus Hijos), la Fecha de Entrada en vigor de la cobertura para dicho niño será la fecha de nacimiento. Usted debe notificarnos dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes al nacimiento para que podamos actualizar Nuestros registros.

5. Período de Cobertura Automática para Recién Nacidos Adoptados.

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

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

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

Si dentro de treinta (30) días siguientes al nacimiento de un niño, el Recién Nacido: es legalmente entregado en el hogar del Suscriptor para su adopción tras un acto de entrega voluntario o, si es un recién nacido

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

6. En todas las circunstancias de Inscripción especial, un Empleado, jubilado u representante designado debe estar inscrito en este Plan de Beneficios para que sus Dependientes puedan ser inscritos.

ARTÍCULO IV.

BENEFICIOS

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

A. Pagos

1. Sujeto a las Cantidades de Deducible que se muestran en el Esquema de Beneficios, a las limitaciones máximas provistas de aquí en adelante y a otros términos y disposiciones de este Plan de Beneficios, la Compañía ofrecerá Beneficios de acuerdo con el de Coaseguro que se muestra en el Esquema de Beneficios respecto de los Cargos Permitidos incurridos por concepto de Servicios Cubiertos por un Afiliado durante un Período de Beneficios. Los siguientes Deducibles pueden aplicarse a los Beneficios Cubiertos proporcionados por este Plan de Beneficios. Los Deducibles no se acumulan a la Cantidad de Desembolso.
 - a. Cantidad de Deducible del Periodo de Beneficios: El importe total, como se muestra en el Esquema de Beneficios, de los cargos por Servicios Cubiertos que Usted debe pagar dentro de un Período de Beneficios antes de que el Plan de Beneficios comience a pagar los Beneficios. Puede aplicarse un Deducible distinto para ciertos Servicios Cubiertos si así aparece en el Esquema de Beneficios.
 - b. Cantidad de Deducible Familiar: Para los Afiliados que estén en un tipo de cobertura con más de un Afiliado, este importe total que figura en el Esquema de Beneficios es la cantidad de Deducible máximo que la familia debe pagar antes de que este Plan de Beneficios comience a pagar los Beneficios. Cuando la familia haya alcanzado su Cantidad de Deducible Familiar, este Plan de Beneficios comenzará a pagar los Beneficios a todos los Integrantes de la familia, aun si todos los Integrantes no alcanzaron su Deducible por Período de Beneficios Individual. Ningún integrante de su familia puede contribuir más que la Cantidad de Deducible del Periodo de Beneficios para satisfacer el importe total requerido de una familia. Los Deducibles Familiares podrían aplicar a otros tipos de Deducibles descritos en este Plan de Beneficios. Solo los Cantidades de Deducible del Período de Beneficios se acumulan en la Cantidad de Deducible Familiar.
 - c. Cantidad de Deducible para Pacientes Hospitalizados: El importe total, si aparece en el Esquema de Beneficios, de los cargos del Hospital que el Afiliado debe pagar por cada Admisión cubierta. Esta Cantidad de Deducible para Hospitalización puede no aplicarse a ciertos Hospitales, si se indica en el Esquema de Beneficios. El Importe del Deducible para Pacientes Hospitalizados no se acumula al Importe del Deducible del Periodo de Beneficios y debe pagarse además del Deducible del Periodo de Beneficios y del Importe del Deducible Familiar.
 - d. Cantidad de Deducible por Medicamentos con Receta: El importe total, si así se muestra en el Esquema de Beneficios, que cada Afiliado debe pagar dentro de un Período de Beneficios antes de pagar un Copago por Medicamentos con receta. La Cantidad del Deducible por Medicamentos con Receta no se acumula a la Cantidad de Deducible por Periodo de Beneficios ni a la cantidad de Deducible Familiar.
2. Los Cargos Permitidos incurridos por los Servicios Cubiertos durante los meses de octubre, noviembre y diciembre, que se aplicaron al Deducible Individual para ese Período de Beneficio, pero que no cumplieron con el Deducible del Período de Beneficio, se aplicarán al Deducible Individual para el siguiente año calendario. Si se alcanza o supera el Deducible, esta función de traspaso del Deducible no está disponible. Esta opción de acumular el sobrante se aplica únicamente al Deducible del Período de Beneficio. No se aplica a la Cantidad de Deducible por Medicamentos con Receta, Cantidad de Deducible Familiar, o cualquier otro tipo de Deducible descrito en este Plan de Beneficios. No se aplica a los gastos de Desembolso del año siguiente.
3. Aplicaremos los Reclamaciones del Afiliado al Deducible en el orden en que se recibieron y procesaron los Reclamaciones. Es posible que un Proveedor pueda cobrar el importe del Deducible al Afiliado, y posteriormente, cuando el Afiliado reciba Servicios Cubiertos de otro Proveedor, que ese Proveedor también le cobre al Afiliado el Deducible. Esto generalmente ocurre cuando las Reclamaciones del Afiliado 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 el Afiliado 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 el Afiliado 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. En algunas circunstancias, si la Compañía paga a un proveedor de atención médica cantidades que son Su responsabilidad, como Deducibles, Copagos o Coaseguros, la Compañía puede cobrarle directamente a Usted esas cantidades. Usted acepta que la Compañía tiene el derecho a cobrarle a Usted dichas cantidades.

B. Servicios de Copago

Si se indica un Copago en el Esquema de Beneficios, el Afiliado deberá pagar uno o más Copagos cada vez que se presten los Servicios Cubiertos correspondientes. La cantidad del Copago depende del servicio y del tipo de Proveedor de la Red que brinda el servicio. Los Copagos de las consultas, si corresponde, se mostrarán en el Esquema de Beneficios.

Si corresponde, El Copago por consulta puede reducirse cuando los servicios los proporciona un Proveedor Quality Blue. Los Proveedores Quality Blue incluyen a cualquier Proveedor que haya firmado un contrato para participar en el programa Quality Blue.

1. Ejemplos de Servicios Cubiertos realizados en el del consultorio Médico que están sujetos a Copagos:
 - a. Consultas médicas;
 - b. Procedimientos quirúrgicos;
 - c. Inyecciones, sueros para alergias y viales de medicamentos para alergia;
 - d. Diálisis;
 - e. Quimioterapia;
 - f. Terapia de infusión intravenosa; y
 - g. Educación sobre diabetes.
2. Los siguientes servicios están cubiertos al cien por ciento (100 %) del Cargo Permitido cuando los realiza un Médico de la Red u otro Proveedor que está sujeto a un Copago por consulta médica.
 - a. Terapia de radiación;
 - b. Imágenes de Baja Tecnología; y
 - c. Pruebas de laboratorio.
3. Los servicios de Copago no incluyen los siguientes suministros o servicios en el consultorio. A continuación se enumeran ejemplos de servicios prestados en un consultorio que están sujetos a una Cantidad de Deducible y de Coaseguro correspondiente:
 - a. Pruebas de alergia;
 - b. Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia del Habla;
 - c. Medicamentos con receta administrados en el consultorio del proveedor;
 - d. Suministros médicos y quirúrgicos; o
 - e. Servicios de diagnóstico por imágenes.

C. Cantidad de Desembolso

1. Después de que el Afiliado haya alcanzado la Cantidad de Desembolso que figura en el Esquema de Beneficios, pagaremos el cien por ciento (100 %) de los Cargos Permitidos por Servicios Cubiertos del Afiliado durante el resto del Período de Beneficios.
2. Los siguientes importes se acumulan a la Cantidad de Desembolso de este Plan de Beneficios:
 - a. Coaseguro
3. Lo siguiente no se acumula a la Cantidad de Desembolso de este Plan de Beneficios:
 - a. Copagos;
 - b. cualquier cargo que exceda el Cargo Permitido;
 - c. cualquier sanción que el Afiliado o el Proveedor tenga que pagar; y
 - d. los cargos por Servicios no Cubiertos.
4. Los siguientes importes se acumulan a la Cantidad de Desembolso de este plan, como figura el Esquema de Beneficios:
 - a. Cantidades de Deducible

D. Transferencias de Acumuladores

Las necesidades de los Afiliados a veces requieren que se realicen transferencias de una póliza a otra. Los tipos de transferencias incluyen, pero no se limitan a: pasar de un plan de un Empleador a otro, de una póliza de Grupo a una póliza individual, de una póliza individual a una póliza de Grupo, o de una póliza de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana a una póliza de HMO Louisiana, Inc. El tipo de transferencia que se realiza determina si los acumuladores de un Afiliado se transfieren de la póliza anterior a la nueva póliza. Los acumuladores incluyen, entre otros, Deducibles, Cantidades de Desembolso y Límites Máximos del Período de Beneficios.

ARTÍCULO V.

BENEFICIOS DE HOSPITAL

Todas las Admisiones (que incluyen, entre otras, las electivas o que no sean de emergencia, de Emergencia, para la Atención del Embarazo, Salud Mental, admisiones por consumo de sustancias tóxicas) deben ser Autorizadas como se describe en el Esquema de Beneficios y en el Artículo de Administración de la Atención. Además, a intervalos regulares durante la estancia como Paciente Hospitalizado, la Compañía realizará una Revisión Concurrente para determinar si la continuación de la hospitalización y el nivel de atención son adecuados. El Afiliado debe pagar cualquier Copago, Deducible y Coaseguro indicado en el Esquema de Beneficios.

Si un Afiliado recibe servicios de un Médico en una clínica que ofrece servicios dentro de un Hospital, el Afiliado podría estar sujeto a los cargos del Médico o la clínica, así como a los cargos del centro.

Se cubren los siguientes servicios que un Hospital preste a un Afiliado:

A. Servicio de Enfermería General, Comidas y Alojamiento para Pacientes Hospitalizados

1. Habitación del Hospital, comidas y servicios de enfermería general.
2. En una Unidad de Atención Especial para Afiliados enfermos de gravedad que requieren un nivel intensivo de cuidado.
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 para los Afiliados con Beneficios de Salud Mental, por trastornos por consumo de sustancias tóxicas.

B. Otros servicios hospitalarios (Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios)

1. Uso de las salas de operaciones, partos, recuperación o tratamiento y los equipos.
2. Fármacos y medicinas, incluidos aquellos de venta con receta para ser administrados en casa.
3. Transfusiones de sangre, incluyendo el costo de la sangre entera, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma, cargos de procesamiento, cargos administrativos, equipos y suministros.
4. Anestesia, suministros de anestesia y servicios de anestesia 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 ordenada por el Médico que atiende y realizada por un Empleado del Hospital.

C. 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 setenta y dos (72) horas de un procedimiento programado realizado en un centro para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

ARTÍCULO VI.

BENEFICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Los Beneficios para los siguientes servicios médicos y quirúrgicos están disponibles y pueden requerir Autorización. Vea el Esquema de Beneficios para determinar cuáles servicios requieren Autorización. Un Afiliado debe pagar cualquier Cantidad de Deducible, Copagos y porcentaje de Coaseguro que corresponda, según se muestra en el Esquema de Beneficios.

A. Servicios Quirúrgicos

1. Operación

- a. El Cargo Permitido por Operación para Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios incluye todas las consultas médicas preoperatorias y posoperatorias. El periodo preoperatorio y posoperatorio se define y determina por la Compañía, y es ese periodo de tiempo el cual es adecuado para la atención de rutina de un procedimiento quirúrgico particular
- b. Cuando se lleva a cabo en el consultorio del Médico, el Cargo Permitido para la Operación incluye la consulta. No se permiten Beneficios adicionales para los cargos de las consultas en el mismo día de la Operación.

2. Servicios Médicos o Quirúrgicos Múltiples, cuando se realizan múltiples servicios Médicamente Necesarios (concurrentes, sucesivos u otros servicios médicos o quirúrgicos múltiples) en el mismo evento, 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(los) servicio(s) secundario(s) tampoco estará(n) cubierto(s).

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. La Compañía proporcionará los beneficios de acuerdo con el código de servicio integral adecuado, según lo determinemos.

e. Servicio Mutuamente Excluyentes

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

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

3. Asistente de Cirujano

4. 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.

5. Anestesia

a. 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.

b. 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.

c. Los Beneficios de anestesia se determinarán aplicando el Coaseguro al Cargo Permitido, tomando como base el procedimiento quirúrgico primario que se realice. Los Beneficios están disponibles para el anestesista 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.

6. Segunda Opinión Quirúrgica

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

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

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

C. Servicios Médicos y Quirúrgicos para Pacientes Ambulatorios

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

ARTÍCULO VII.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

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

- A. Los Medicamentos con Receta deben despacharse a partir de la Fecha de entrada en vigor del Afiliado por un farmacéutico con licencia o un técnico de farmacia bajo la dirección de un farmacéutico con licencia, con la receta de un Médico o un Profesional de la Salud Asociado que tenga licencia para recetar medicamentos. Los Beneficios se basan en el Cargo Permitido que determinemos y solo se cubrirán aquellos Medicamentos con Receta que Nosotros consideremos Medicamento Necesarios. Ciertos Medicamentos con Receta podrían estar sujetos a Terapia Escalonada o requerir Autorización Previa, según figura en el Esquema de Beneficios.
- B. Algunas farmacias han contratado con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia para aceptar una cantidad negociada como pago total de los Medicamentos con Receta cubiertos que dispensan. Estas farmacias son Farmacias Participantes. Los Beneficios se basan en el Cargo Permitido que Nosotros determinemos. El Cargo Permitido para los Medicamentos de Venta con Receta cubiertos adquiridos en Farmacias Participantes se basa en el importe que pagamos a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia. Usamos el importe que Nosotros pagamos a Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia como base para determinar Nuestros pagos por los Medicamentos con receta cubiertos del Afiliado y el importe que el Afiliado debe pagar por los Medicamentos con receta cubiertos. Para obtener la información de contacto de las Farmacias Participantes, el Afiliado debe comunicarse con Nuestro departamento de servicio al cliente o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación.
- C. El Afiliado debe presentar la tarjeta de identificación al farmacéutico cuando adquiere Medicamentos con Receta cubiertos en una Farmacia Participante. El Deducible de Medicamentos con Receta, si aparece en el Esquema de Beneficios, se debe haber cumplido antes de que se aplique cualquier Copago o Coaseguro. Si el Afiliado no ha alcanzado su Deducible de Medicamentos con Receta, la Farmacia Participante puede cobrar el cien por ciento (100 %) de los costos rebajados del medicamento en el punto de venta. Si el Afiliado ha alcanzado su Deducible de Medicamento con Receta, pagará la Cantidad de Copago o Coaseguro que figure en el Esquema de Beneficios. La Farmacia Participante presentará de forma electrónica la reclamación del Afiliado.
- D. Formulario de Medicamentos con Receta

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

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

Usted también puede ponerse en contacto con Nosotros a través del número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación para consultar si algún medicamento específico está incluido en Su formulario.

El hecho de que un Medicamento con Receta esté incluido en Su Formulario de Medicamentos con Receta no garantiza que Su Proveedor de atención médica que emite la receta le recetará el medicamento para una afección médica o enfermedad mental determinada.

1. Formulario Abierto de Medicamentos con Receta

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

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

Formulario Abierto (Cinco Niveles)

Los Copagos o Coaseguros de los 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.

- a. Nivel 1: un Medicamento con Receta que es un Medicamento de Marca Genérica o de bajo costo.
- b. Nivel 2: un Medicamento con Receta que es un medicamento de marca.
- c. Nivel 3: un Medicamento con Receta que es un Medicamento de Marca o un Medicamento Genérico que puede tener una alternativa terapéutica como medicamento de Nivel 1 o Nivel 2. Los Medicamentos Compuestos Cubiertos se incluyen en este Nivel.
- d. Nivel 4: un Medicamento con Receta que es un Medicamento de Marca de Diversos Proveedores Farmacéuticos.
- e. Nivel 5: Los medicamentos inyectables de venta con receta incluyen aquellos medicamentos destinados a ser administrados por uno mismo. Sin embargo, la insulina puede estar incluida en otro nivel.

2. Formulario cerrado de medicamentos con receta

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

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

Formulario Cerrado - (Cuatro Niveles)

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

- c. Si una solicitud de evaluación del medicamento se aprueba, Usted recibirá cobertura para el medicamento que no figura en el Nivel 3 del Formulario de Medicamentos con Receta si es un medicamento no Especializado y en el Nivel 4 si es un Medicamento Especializado.

- (1) Nivel 1: Medicamentos de Menor Costo
- (2) Nivel 2: Medicamentos de Marca Preferidos
- (3) Nivel 3: Medicamento de Marca No Preferido o Genérico:
- (4) Nivel 4: Medicamentos Especializados

E. Programa de Administración de Utilización de Medicamentos

Nuestro Programa para la Administración de Utilización de Medicamentos cuenta con un conjunto de programas alineados estrechamente que están diseñados para promover la seguridad del Afiliado y el uso adecuado y asequible de medicamentos, y para controlar la calidad de la atención médica. Ejemplos de estos programas incluyen:

1. **Autorización Previa:** Como parte de Nuestro programa de Administración de Utilización de Medicamentos, los Afiliados o Médicos deben solicitar y recibir Autorización previa para ciertos Medicamentos con Receta y suministros para poder acceder a los Beneficios de Medicamentos con Receta. El Esquema de Beneficios contiene una lista de categorías de Medicamentos con Receta que requieren Autorización previa. Sin embargo, esta lista puede cambiar cada cierto tiempo. La lista de categorías de Medicamentos con Receta que requieren autorización previa se encuentra disponible en Nuestra página web 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, el Médico del Afiliado debe llamar al número de teléfono para Autorizaciones médicas que figura en la tarjeta de identificación a fin de obtener la Autorización. Si no se obtiene una Autorización, se pueden denegar los Beneficios si posteriormente se determina que el Medicamento con Receta no es Medicamento Necesario.
2. **Controles de Seguridad:** Antes de que se despache la receta del Afiliado, Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia o Nosotros realizaremos controles de calidad y seguridad para precauciones de uso, duplicación de medicamentos y frecuencia de renovación (por ejemplo, renovar antes de que el setenta y cinco por ciento [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) uso común para el tratamiento episódico o intermitente; (c) recomendaciones o estudios clínicos aprobados por la FDA; o (d) según Nosotros lo determinemos.
4. **Terapia Escalonada:** Ciertos medicamentos o tipos de medicamentos están sujetos a la Terapia Escalonada. En algunos casos, es posible que le solicitemos al Afiliado que primero pruebe uno o más Medicamentos con Receta para tratar una afección médica antes de que cubramos otro Medicamento con Receta para esa afección. Por ejemplo, si el Medicamento A como el Medicamento B tratan la afección médica del Afiliado, es posible que solicitemos al Médico del Afiliado que recete el medicamento A en primer lugar. Si el medicamento A no funciona para el Afiliado, entonces cubriremos una receta escrita para el medicamento B. Sin embargo, si la solicitud de Su Médico para recetar el medicamento escalonado B no cumple con los criterios necesarios para comenzar con un medicamento escalonado B sin intentar utilizar primero uno del tipo A, o si Usted elige un medicamento B incluido en el programa de Terapia Escalonada de medicamentos sin intentar primero con uno alternativo A, Usted será responsable del costo total del medicamento.

5. Anulación de la Terapia Escalonada: Su proveedor que prescribe el Medicamento con Receta puede solicitar una anulación de la Terapia Escalonada.
 - a. Las anulaciones de la terapia escalonada se proporcionan para el cáncer metastásico avanzado en etapa cuatro o afecciones asociadas cuando existen ciertos criterios; las anulaciones de la terapia escalonada también se proporcionan para otras afecciones cuando se cumplen ciertos criterios.
 - b. Cuando se envía una solicitud de Anulación de Terapia Escalonada, responderemos a la solicitud en un plazo de setenta y dos horas, a menos que existan circunstancias apremiantes, en cuyo caso responderemos a la solicitud dentro de las veinticuatro horas.

Si no tomamos la determinación a tiempo, la solicitud de anulación se considera aprobada.
 - c. Si se deniega una solicitud de Anulación de Terapia Escalonada, se puede presentar una Apelación.
- F. Algunos suministros para diabéticos, incluidos, entre otros los medidores continuos de glucosa necesarios y los materiales que los acompañan, las jeringas de insulina y las tiras reactivas están cubiertos por el Beneficio de medicamentos con receta.
- G. Cuando un Afiliado compra Medicamentos con Receta Cubiertos en una farmacia que no tiene un contrato con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia o cuando un Afiliado Nos presenta una reclamación o a nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia, los Cargos Permitidos es el importe que la Compañía paga a nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia por los Medicamentos con Receta cubiertos.
- H. Los Medicamentos con Receta adquiridos fuera de los Estados Unidos deben ser equivalentes a los medicamentos que, de acuerdo con la ley Federal de los Estados Unidos, requieren una receta. Para los Medicamentos con Receta cubiertos y suministros comprados fuera de los Estados Unidos, el Afiliado debe presentar las Reclamaciones en Nuestro formulario de reclamaciones de Medicamentos con Receta. Para obtener información sobre cómo presentar Reclamaciones por compras de Medicamentos con Receta en el extranjero, el Afiliado debe ponerse en contacto con Nosotros o con Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación.
- I. Como parte de Nuestra administración de Beneficios de Medicamentos con Receta, Nosotros podemos divulgar la información sobre la utilización de Medicamentos con Receta del Afiliado, incluso los nombres de los Médicos que recetan Sus medicamentos, a cualquier Médico que atiende al paciente o farmacia proveedora.
- J. Los descuentos o reembolsos que recibimos de los fabricantes de medicamentos sobre el costo de los medicamentos adquiridos en este Plan de Beneficios se utilizan para equilibrar las tarifas. Usted puede estar sujeto a una carga excesiva de costos para el consumidor cuando se compran Medicamentos con Receta Cubiertos bajo este Plan de Beneficios. (La. R.S. 22.976.)

ARTÍCULO VIII.

ATENCIÓN PREVENTIVA O DE BIENESTAR

Los siguientes servicios de Atención Médica de Prevención o del Bienestar están a disposición de los Afiliados. Si un Afiliado recibe servicios cubiertos de Atención Preventiva o del Bienestar de un Proveedor de la Red, los Beneficios se pagarán a un 100 % del Cargo Permitido a menos que se especifique lo contrario a continuación. Si un Afiliado recibe servicios cubiertos de Atención Médica de Prevención o del Bienestar de un Proveedor de fuera de la Red, los Beneficios estarán sujetos al Copago (si corresponde) y Coaseguro que se muestran en el Esquema de Beneficios. La Cantidad de Deducible no se aplicará a los Servicios Cubiertos recibidos para la Atención Preventiva o de Bienestar. Los servicios de Atención Preventiva o del Bienestar pueden estar sujetos a otras limitaciones que figuran en el Esquema de Beneficios

A. Exámenes de Rutina de la Mujer

1. Visitas anuales de rutina a un ginecólogo u obstetra de la Red u otro Médico. Las visitas adicionales recomendadas por el ginecólogo u obstetra del Afiliado pueden estar sujetas a la cantidad de deducible, al Copago o Coaseguro que figuran en el Esquema de Beneficios, si no se trata de un servicio preventivo.
2. Una (1) prueba de Papanicolaou de rutina por Período de Beneficios.
3. Todas las mamografías convencionales y mamografías en 3-D (tomosíntesis digital de seno) y ecografías del seno están cubiertas sin costo para Usted cuando son realizadas por un Proveedor de dentro de la Red.
4. Cuando lo exija la ley vigente, las resonancias magnéticas de seno estarán cubiertas por este beneficio de atención médica de prevención o del bienestar, pero no al cien por cien (100 %). La Cantidad Deducible no se aplicará para las resonancias magnéticas de seno. Los beneficios estarán sujetos al Coaseguro que se muestra en el Esquema de Beneficios para los servicios de imágenes de alta tecnología. Cualquier resonancia magnética que no esté cubierta por este beneficio de atención médica de prevención o del bienestar, podrán estar cubiertas por los beneficios estándar del contrato para los servicios de diagnóstico por imagen de alta tecnología cuando sean médicamente necesarias.

B. Exámenes Físicos

1. Examen físico de rutina. Entre los ejemplos de pruebas de diagnóstico de bienestar de rutina que se pagarían conforme con este Beneficio de Atención Preventiva o de Bienestar incluyen, entre otros, análisis tales como análisis de orina, conteo sanguíneo completo (CBC, por sus siglas en inglés), bioquímica sérica, calcio, potasio, colesterol y niveles de azúcar en sangre.

Los servicios de Imágenes de Alta Tecnología, tales como, una resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas in inglés) y cardiología nuclear no están cubiertos por este Beneficio de Atención Médica de Prevención o del Bienestar. Estos servicios de Imágenes de Alta Tecnología están cubiertos por los Beneficios estándar del plan cuando las pruebas son Médicamente Necesarias.

2. Atención de Rutina del Bebé: Los exámenes de rutina estarán cubiertos para bebés menores de las veinticuatro (24) meses para quienes no se realiza un diagnóstico. Los exámenes de rutina indicados después de que el bebé cumpla los 24 meses de edad estarán sujetos al Beneficio del Examen Físico de Rutina.

C. Vacunas

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

D. Exámenes para la detección del cáncer colorrectal

Los Beneficios están disponibles para los exámenes de rutina del cáncer colorrectal realizados de acuerdo con las recomendaciones publicadas más recientemente por el Colegio Americano de Gastroenterología, en Consulta con la Sociedad Americana del Cáncer, para las edades, antecedentes familiares y frecuencias que se indican en dichas recomendaciones. Las pruebas de rutina para la detección de cáncer colorrectal no son servicios que de otra manera estarían excluidos de los Beneficios; porque Nosotros consideramos que los servicios son de Investigación. Si los siguientes Servicios Cubiertos para la detección del cáncer colorrectal son prestados por un Proveedor de la Red, los Beneficios se pagarán a un cien por ciento (100 %) del Cargo Permitido.

1. Prueba inmunoquímica fecal (FIT) para sangre (1 por Período de Beneficio para edades comprendidas entre 45 y 75 años).
2. Una (1) Prueba de ADN Cologuard (FIT fecal) (1 por Período de Beneficio para edades comprendidas entre 45 y 75 años).
3. Una (1) Colonografía por Tomografía Computarizada (TC) (1 cada 5 años para edades entre 45 y 75 años)
4. Una (1) Sigmoidoscopia flexible TC) (1 cada 5 años para edades entre 45 y 75 años)
5. Una (1) Colonoscopia (1 cada 10 años para edades entre 45 y 75 años)

La preparación para una colonoscopia, así como algunos de los suministros prescritos por un Médico y cubiertos por el Beneficio de Atención Preventiva o del Bienestar, estarán incluidos sin costo alguno para usted cuando los adquiera en una Farmacia de la Red. Las pruebas de rutina para la detección de cáncer colorrectal no son servicios que de otra manera estarían excluidos de los Beneficios; porque Nosotros consideramos que los servicios son de Investigación. La preparación y los suministros de marca para la colonoscopia estarán cubiertos sin costo alguno para el Afiliado sólo bajo las siguientes circunstancias: el Médico prescribe la preparación y los suministros de marca para la colonoscopia debido a la incapacidad del Afiliado de tolerar la preparación y los suministros genéricos seleccionados para la colonoscopia.

E. Servicios de COVID-19

Las pruebas de diagnóstico aprobadas, las pruebas de anticuerpos y los medicamentos antivirales que solicita el Médico del Afiliado con el fin de tomar decisiones clínicas o tratarlo si se sospecha que tiene COVID-19 están cubiertos por este Plan. Cuando un Afiliado recibe estos servicios de un Proveedor de dentro de la Red o que No Pertenece a la Red, los beneficios estarán cubiertos, hasta el límite permitido por la Red, sin costo alguno cuando así lo exige la legislación vigente. Los Proveedores que No Pertenecen a la Red pueden cobrar a los Afiliados la factura completa de los costos. Las cantidades facturadas no se aplican a la Cantidad de Desembolso. Cuando la ley vigente no exija que estos servicios se cubran sin costo alguno, estarán sujetos a los Beneficios del plan, incluidas los importes de Deducibles y Coaseguro correspondientes, como se indica en el Esquema de Beneficios para Proveedores de dentro de la Red o que no pertenecen a la Red.

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

Sólo cuando lo requiera la ley vigente, ocho (8) pruebas OTC COVID-19 aprobadas están cubiertas para cada Afiliado cada treinta (30) días. Las pruebas OTC COVID-19 aprobadas pueden obtenerse a través del método del programa de envío directo al consumidor del Administrador de Beneficios de Farmacia o en una farmacia. Esta cobertura está sujeta a las limitaciones de reembolso permitidas por la ley.

Si la ley federal o estatal aplicable cambia durante el Periodo de Beneficios, toda y cualquier cobertura para procedimientos, servicios, pruebas o tratamientos COVID-19 también cambiará de acuerdo con dichas leyes vigentes.

F. Otros Servicios de Bienestar

1. Se cubre un (1) examen de tacto rectal y una prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) por Período de Beneficios, para Afiliados de cincuenta (50) años y mayores, y según la recomendación de su Médico, en caso de que el Afiliado tenga más de cuarenta (40) años. Se permitirá una segunda visita si el Médico del Afiliado lo recomienda para un tratamiento de seguimiento dentro de los sesenta (60) días posteriores a la visita, si se trata de una afección diagnosticada o tratada durante las visitas.
2. El asesoramiento sobre comportamiento intensivo para un diagnóstico de obesidad está cubierto para los Afiliados de tres (3) a dieciocho (18) años. Los Beneficios se limitan a cincuenta y dos (52) visitas de por vida para niños menores de 19 años, sin costo alguno para el afiliado, cuando los servicios son prestados por un proveedor de la red. Las consultas que excedan de cincuenta y dos (52) antes de los 19 años se pagarán de acuerdo a los Beneficios del plan. Los adultos están limitados a veinticuatro (24) consultas de asesoramiento de comportamiento intensivo para la obesidad por Período de Beneficio sin costo alguno para el Afiliado cuando utiliza un Proveedor de la Red. Las consultas que excedan de veinticuatro (24) se pagarán de acuerdo a los Beneficios del plan. Los servicios no prestados por un Proveedor de la Red no están cubiertos.

G. Servicios de Atención Preventiva o de Bienestar

La lista de Servicios cubiertos de Atención Preventiva o de Bienestar cambia cada cierto tiempo. **Si desea consultar la lista actualizada de servicios cubiertos, puede consultar el folleto de Servicios de Atención Preventiva por Derechos Adquiridos en Nuestra página web: es.bcbsla.com/preventive.**

LO QUE UN AFILIADO PAGA POR LOS BENEFICIOS DE ATENCIÓN MEDICA PREVENTIVA O DEL BIENESTAR		
BENEFICIO DEL BIENESTAR	PROVEEDORES DE LA RED	PROVEEDORES FUERA DE LA RED
Exámenes para el cuidado de la salud de la mujer		
Consultas gineco-obstétricas	Sin coste	Coaseguro
Prueba de Papanicolaou de rutina.	Sin coste	Coaseguro
Mamografías de película y ecografías mamarias	Sin coste	Coaseguro
Resonancia magnética de las mamas	Coaseguro	Coaseguro
Exámenes físicos		
Examen físico de rutina (incluye pruebas diagnósticas relacionadas)	Sin coste	Coaseguro
Cuidados para el cuidado de la salud del bebé	Sin coste	Coaseguro
Vacunas		
Vacunas Estatales Obligatorias	Sin coste	Coaseguro
Todos los demás recomendados por el médico	Sin coste	Coaseguro
Exámenes para la detección del cáncer colorrectal		
Pruebas de detección de cáncer colorrectal (FIT)	Sin coste	Coaseguro
Sigmoidoscopia flexible	Sin coste	Coaseguro
Colonoscopia	Sin coste	Coaseguro
Prueba de ADN Cologuard (FIT-fecal)	Sin coste	Coaseguro
Colonografía por tomografía computarizada (TC)	Sin coste	Coaseguro
Otros Servicios de Bienestar		
Prueba del antígeno prostático específico	Sin coste	Coaseguro

ARTÍCULO IX.

BENEFICIOS DE SALUD MENTAL

- A. El tratamiento de la Salud Mental está cubierto. El tratamiento debe ser brindado por un Doctor en Medicina, un 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 u orientación laboral.

- B. La primera consulta de seguimiento después de ser dado de alta de un centro de Hospitalización para el tratamiento de Trastornos Mentales, está disponible sin costo para el Afiliado cuando se realiza dentro de los (7) días posteriores al alta por un Proveedor de la Red, aprobado por Nosotros como proveedor de salud del comportamiento. Se pagarán consultas adicionales sujetas a los Beneficios del plan.

ARTÍCULO X. BENEFICIOS DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS

- A. Están disponibles los Beneficios para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias tóxicas. Los Servicios Cubiertos solo serán aquellos para el tratamiento del alcoholismo, la drogodependencia y el consumo de sustancias tóxicas y la dependencia fisiológica o psicológica que como consecuencia se desarrolla con el uso continuo. El tratamiento debe ser brindado por un Doctor en Medicina, un Doctor en Osteopatía o un Profesional de la Salud Asociado.
- B. La primera visita de seguimiento después de ser dado de alta de un centro de Hospitalización para el tratamiento de un trastorno por el uso de sustancias tóxicas, está disponible sin costo para el Afiliado cuando se realiza dentro de los (7) días posteriores del alta por un Proveedor de la Red, aprobado por Nosotros como proveedor de salud del comportamiento. Se pagarán consultas adicionales sujetas a los Beneficios del plan.

ARTÍCULO XI. BENEFICIOS DE CIRUGÍA BUCAL

Para los Beneficios de Cirugía Bucal, los Proveedores de la Red Preferred Care PPO, la Red Dental de United Concordia Advantage Plus o la red dental de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana son considerados Proveedores de la Red. Acceda a estas Redes en es.bcbsla.com, o llame al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en la tarjeta de identificación para obtener copias de los directorios. El nivel más alto de Beneficios está disponible cuando los servicios son prestados por un Proveedor PPO, o por un Proveedor de la red dental de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. Acceda a la red dental en es.bcbsla.com, o llame al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en la tarjeta de identificación para obtener copias del directorio.

La cobertura se proporciona solo para los siguientes servicios o procedimientos:

- A. Escisión de tumores o quistes (no incluye quistes odontogénicos) de mandíbulas, encías, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca.
- B. Extracción de dientes retenidos.
- C. Atención y Tratamiento Dental que incluyen la Cirugía y los aparatos dentales requeridos para corregir Lesiones Accidentales de mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar o base de la boca y de los dientes naturales sanos. (Para 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.)
- D. Escisión de exóstosis o torus mandibular y del paladar duro.
- E. Incisión y drenaje de abscesos y tratamiento de celulitis.
- F. Incisión de senos paranasales, glándulas salivales y conductos salivales.
- G. Anestesia para los servicios o procedimientos mencionados anteriormente cuando los proporcione un cirujano bucal.
- H. 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.
- I. Anestesia cuando se proporciona en un entorno de un Hospital y los cargos asociados al Hospital cuando la afección física o mental del Afiliado requiere que el tratamiento dental se preste entorno de un Hospital.

- J. Los Beneficios están disponibles para servicios dentales no cubiertos de otro modo por este Plan de Beneficios, 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 obtener más información sobre cómo acceder a estos Beneficios médicos, comuníquese con Nuestro Centro de Atención al Cliente al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación del Afiliado y solicite hablar con un Administrador de Casos.
- K. Los procedimientos de diagnóstico, terapéuticos o quirúrgicos relacionados con el Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) y las afecciones musculares y neurológicas asociadas. Los servicios pueden requerir Autorización Previa, como se muestra en Su Esquema de Beneficios.

ARTÍCULO XII. BENEFICIOS DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y MÉDULA ÓSEA

La autorización es necesaria para evaluar la idoneidad de un Afiliado para todos los trasplantes y procedimientos de órganos sólidos y médula ósea. Para los fines de cobertura bajo este Plan de Beneficios, todos los procedimientos autólogos se consideran trasplantes.

Los trasplantes de órganos sólidos y médula ósea no se cubrirán a menos que el Afiliado obtenga Nuestra Autorización por escrito antes de que se presten los servicios. El Afiliado o el Proveedor debe notificarnos sobre el procedimiento de trasplante propuesto 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. Le enviaremos la Autorización escrita al Afiliado y al(los) Proveedor(es).

A. Gastos de adquisición

Si se obtiene un órgano, tejido o médula ósea de un donante vivo para un trasplante cubierto, los gastos médicos del donante se cubrirán como costos de adquisición para el receptor conforme a este Plan de Beneficios.

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

B. Trasplante de Órganos, Tejidos y Médula Ósea

1. Los Beneficios de trasplante de órganos sólidos y médula ósea están disponibles solo cuando los servicios sean prestados por un Centro de Trasplantes Blue Distinction (BDCT, por sus siglas en inglés) para el órgano o trasplante específico, o por un centro que sea Proveedor de la red Preferred Care de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana (BCBSLA), a menos que Nosotros demos nuestra aprobación por escrito. No hay Beneficios disponibles para trasplantes de órganos sólidos y médula ósea realizados en otros centros. Para localizar un centro de trasplantes aprobado, los Afiliados deben ponerse en contacto con Nuestro departamento de atención al cliente al número que aparece en la tarjeta de identificación.
2. Los Beneficios de Trasplante 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 proveerán para el tratamiento y la atención que resulten y estén directamente relacionados con los procedimientos de trasplante que se indican a continuación:
 - a. Trasplantes de Órganos Humanos Sólidos del:
 - (1) hígado;
 - (2) corazón;
 - (3) pulmón;
 - (4) riñón;
 - (5) páncreas;
 - (6) intestino delgado; y
 - (7) Otros procedimientos de trasplante de órganos sólidos, según Nosotros lo 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) están cubiertos por los Beneficios normales y no requieren Autorización previa. Sin embargo, si se requiere una Admisión hospitalaria, está sujeta al Artículo sobre la Administración de la Atención.

Los siguientes trasplantes de tejido estarán cubiertos:

- (1) transfusiones de sangre;
- (2) trasplantes paratiroideos autólogos;
- (3) trasplantes de córnea;
- (4) injertos de cartílago y hueso;
- (5) injerto de piel;
- (6) Trasplantes autólogos de células de los islotes; y
- (7) otros procedimientos de trasplante de tejidos 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 homólogos, así como también 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 homólogos, así como también otros recursos utilizados para evaluar nuevos procedimientos. Estos trasplantes de médula ósea se examinarán caso por caso.

ARTÍCULO XIII. BENEFICIOS DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL RECIÉN NACIDO

Los Beneficios para embarazos ectópicos y abortos espontáneos (abortos involuntarios) están disponibles para todos los Afiliados cubiertos bajo el Artículo Beneficio Hospitalario y el artículo de Beneficios Médicos y Operaciones de este Plan de Beneficios.

Los beneficios se encuentran disponibles para la atención del embarazo proporcionada por un hospital, Médico o proveedor de la salud asociado a un Afiliado cuya cobertura está en vigencia cuando se prestan dichos servicios en relación con el embarazo.

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

Contamos con varios programas de maternidad disponibles para ayudar a las Afiliadas embarazadas a dar a luz bebés saludables. Tan pronto como Usted sepa que está embarazada, llame a Nuestro departamento de atención al cliente al número que figura en la tarjeta identificación. Cuando Usted llame, le dejaremos saber los programas que hay disponibles para Usted.

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

A. Beneficios de Atención del Embarazo

1. Servicios Médicos y Quirúrgicos
 - a. Consulta médica inicial y las consultas durante el embarazo
 - b. Servicios de Diagnóstico
 - c. Parto, incluyendo la atención prenatal y posparto necesaria
 - d. Abortos Médicamente Necesario requerido para salvar la vida de la madre
2. Servicios del hospital requeridos en relación con el embarazo y los abortos Médicamente Necesarios como se describe más arriba. El cargo del Hospital (sala de Recién Nacidos) para la Atención de Rutina del Bebé, se encuentra incluido en los Beneficios de la madre para la porción cubierta de su Admisión por Atención del Embarazo. Según lo determinemos, los cargos por recién nacidos sanos pueden estar cubiertos si el Afiliado en este Plan de Beneficios es el padre.
3. Los partos electivos anteriores a la semana treinta y nueve (39) de gestación serán denegados por no ser Médicamente Necesarios, a menos que los registros médicos avalen la Necesidad Médica. Los cargos del centro y otros cargos relacionados con un parto temprano electivo que no sea Médicamente Necesario también serán denegados.

B. Atención al recién nacido de un Dependiente cubierto

1. Los servicios médicos y quirúrgicos prestados por un médico están cubiertos para el tratamiento de enfermedades, el parto prematuro, parto posmaduro, afecciones congénitas y para circuncisión de un recién nacido. Los servicios proporcionados por un Médico para la Atención del Bienestar del bebé hospitalizado tras el parto y hasta que sea dado de alta están cubiertos.
2. Los servicios del Hospital, incluidos los servicios relacionados con la circuncisión durante la estancia del recién nacido tras el parto y el tratamiento de una enfermedad, el parto prematuro, parto posmaduro o una afección congénita de un Recién Nacido. Los cargos por servicios para un recién nacido sano, incluido el cargo del Hospital (sala de recién nacidos), no deben facturarse por separado de la factura del Hospital de la madre. Según lo determinemos, los cargos por recién nacidos sanos pueden estar cubiertos si el Afiliado en este Plan de Beneficios es el padre.

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

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

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

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

ARTÍCULO XIV. BENEFICIOS DE REHABILITACIÓN

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

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

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

A. Terapia Ocupacional

1. 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 derivada o solicitada 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 en las siguientes circunstancias, si figura como un Servicio Cubierto:
 - a. A niños con una discapacidad del desarrollo diagnosticada conforme al plan de atención del Afiliado.
 - b. Como parte de una agencia de Atención Médica a Domicilio conforme al plan de atención del Afiliado.
 - c. A un paciente en un hogar para ancianos conforme al Plan de atención del Afiliado.
 - 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.
 - e. A una persona para una afección o afecciones previamente diagnosticadas para las cuales los servicios de Fisioterapia son adecuados después de 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 con 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 la Terapia de Patologías del Habla y Lenguaje están cubiertos cuando los proporciona un Proveedor con licencia para ejercer en el estado en el que se brindan los servicios y que ejerce dentro de la competencia que le otorga su licencia, incluido, entre otros, un patólogo del habla o un audiólogo.
2. La terapia debe utilizarse para mejorar o recuperar el habla y el lenguaje o de la función de tragar.
3. La Terapia de Patología del Habla y Lenguaje debe ser recetada por un Médico antes de que se presten 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 XV. OTROS SERVICIOS, SUMINISTROS O EQUIPOS CUBIERTOS

LOS SERVICIOS MENCIONADOS A CONTINUACIÓN ESTÁN DISPONIBLES PARA UN AFILIADO, SUJETOS A OTRAS LIMITACIONES QUE FIGURAN EN EL ESQUEMA DE BENEFICIOS.

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

1. Si un Afiliado incurre en gastos médicos por tratamiento o servicios como resultado directo de una lesión corporal traumática sostenida únicamente por medios accidentales, estamos de acuerdo en pagar cien por ciento (100 %) del Cargo Permitido por dichos gastos médicos realmente incurridos hasta la cantidad máxima por accidente como se muestra en el Esquema de Beneficios para este Beneficio de Lesión Accidental. Una vez agotado el máximo, se aplicará el deducible del período de beneficios y el Afiliado recibirá los Beneficios normales.
2. No se proporcionarán Beneficios bajo esta sección de Beneficios por Lesiones Accidentales por servicios o suministros prestados en relación con los servicios o suministros proporcionados bajo otras secciones de Beneficios de este Plan de Beneficios.

B. Beneficios de la acupuntura

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

C. Beneficios de servicio de ambulancia

1. Servicios de traslado en ambulancia por carretera

- a. Traslado de Emergencia

Los Beneficios para los Servicios de Ambulancia están disponibles para el transporte local para Afecciones Médicas de Emergencia solo como se especifica a continuación:

- (1) para los Afiliados, hacia el Hospital más cercano capaz de proveer los servicios adecuados según la condición del Afiliado de una enfermedad o lesión que requiera atención en el Hospital;
- (2) en el caso de un Recién Nacido, hacia el Hospital o unidad de Atención Especial neonatal más cercana para el tratamiento de enfermedades, lesiones, defectos congénitos y Complicaciones, resultantes de un nacimiento prematuro, que requieran ese nivel de atención;
- (3) para la Madre Medicamente Discapacitada de Forma Temporal de un Recién nacido enfermo cuando acompañe al Recién Nacido enfermo al hospital más cercano o a la Unidad de Atención Especial neonatal, por recomendación del Médico que trata a la madre respecto a la necesidad de recibir Servicio de Ambulancia profesional.

- b. Traslado que No es de Emergencia

Los Beneficios de los Servicios de Ambulancia están disponibles para el transporte local de los Afiliados por afecciones médicas que no presentan una Emergencia para obtener los servicios Medicamente Necesarios para Pacientes Hospitalizados o Ambulatorios cuando el Afiliado esté confinado en cama o su condición 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 desde el centro u Hospital más cercano, capaz de proveer los servicios Medicamente Necesarios.

El Afiliado 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

Los Beneficios están disponibles para la respuesta de la ambulancia y el tratamiento en el lugar de los hechos, sin necesidad de trasladar al Afiliado a un centro para que reciba atención médica adicional.

3. Servicios de Traslado en Ambulancia Aérea

a. Traslado de Emergencia

Los Beneficios de los Servicios de Ambulancia aérea están disponibles para los Afiliados con una Afección Médica de Emergencia. Para que se cubra el Servicio de Ambulancia aérea para Afecciones Médicas de Emergencia, el Servicio de Ambulancia aérea debe ser específicamente solicitado por la policía o las autoridades médicas presentes en el lugar junto al Afiliado.

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

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

b. Traslado que No es de Emergencia

Los beneficios para los Servicios de Ambulancia Aérea que no sean de Emergencia deben ser autorizados por Nosotros antes de que se presten los servicios o no se recibirán beneficios para los mismos. Si Nosotros autorizamos los servicios antes de que se presten, los Beneficios para los Servicios de Ambulancia aérea que no sean de Emergencia están disponibles para los Afiliados, al centro u Hospital más cercano capaz de proporcionar servicios apropiados a la afección del Afiliado por una enfermedad o lesión que requiera atención Hospitalaria. Una vez Autorizados, usted debe verificar el estatus de participación en la red del Proveedor de la Ambulancia aérea en el estado o área donde se recogerá a la persona según el código postal. Para localizar un Proveedor de la Red dentro del estado o el área donde usted estará recibiendo los servicios, acceda a <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 un Afiliado paga una tarifa periódica por afiliación a una organización de ambulancias con la que la Compañía no tiene un contrato de proveedor, los beneficios por gastos incurridos por el Afiliado por sus servicios de ambulancia se basarán en cualquier obligación que el Afiliado deba pagar que no esté cubierta por la tarifa. Si existe un acuerdo de Proveedor en vigencia entre la Compañía 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 la comodidad o conveniencia de un Afiliado.

- d. No hay Beneficios disponibles cuando un Hospital transporta a los Afiliados entre distintos lugares de su propio recinto o entre instalaciones que son propiedad o están afiliadas a la misma entidad.

D. Trastorno de Déficit de Atención o Hiperactividad

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.

E. Trastornos del Espectro Autista, TEA (ASD, por sus siglas en inglés)

Los Beneficios para el Trastorno del Espectro Autista incluyen, entre otros, las valoraciones, evaluaciones o pruebas Médicamente Necesarias realizadas para el diagnóstico, la Atención de Habilitación o Rehabilitación, 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 la Compañía considere que es 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 Copago, 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 o Coaseguro correspondientes que se muestra en el Esquema de Beneficios.

F. Medición de Masa Ósea

Los Beneficios están disponibles para las pruebas de Medición de Masa Ósea científicamente comprobadas para el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis si un Afiliado es:

1. es una mujer con deficiencia de estrógeno y riesgo clínico de padecer osteoporosis que está considerando recibir tratamiento.
2. es una persona que recibe terapia de esteroides a largo plazo; o
3. una persona que está siendo observada para evaluar la respuesta o la eficacia de las terapias con medicamentos aprobados para la osteoporosis.

El Deducible, Coaseguro o Copago son aplicables.

G. Pruebas genéticas BRCA1 y BRCA2

Las pruebas genéticas de los genes BRCA1 y BRCA2 se cubren para detectar un mayor riesgo de cáncer de seno y de ovario cuando lo recomiende un proveedor de atención médica de acuerdo con las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos.

El Deducible, Coaseguro o Copago son aplicables.

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

1. De acuerdo con la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer, si un Afiliado está recibiendo Beneficios relacionados con una mastectomía y elige la reconstrucción del seno, también recibirá Beneficios para los siguientes Servicios Cubiertos:
 - a. Todas las etapas de la reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía o la reconstrucción de ambos senos si se ha realizado una mastectomía bilateral;
 - b. 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 se prestarán en la manera que se determine tras la consulta con el Médico que atiende y el Afiliado y, si corresponde, estarán sujetos a cualquier Cantidad de Deducible, Copago y Coaseguro.

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

Estos exámenes Cubiertos incluyen, entre otros, imágenes de resonancia magnética, ultrasonido o alguna combinación de pruebas, según lo determinado tras la consulta entre el Médico que atiende y el Afiliado. Los exámenes anuales de detección de cáncer en este Beneficio estarán sujetos a cualquier Cantidad de Deducible y de Copago.

I. Servicios para labio leporino y paladar hendido

Los siguientes servicios para el tratamiento y la corrección de Labio Leporino y Paladar Hendido están cubiertos:

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

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

J. Participación en ensayos clínicos

- 1. Este Plan de Beneficios proporcionará cobertura para los gastos del paciente ocasionados como resultado de un tratamiento que se esté proporcionando de acuerdo con un ensayo clínico para el cáncer. La cobertura estará sujeta a cualquier Copago, Deducible o Coaseguro correspondiente y que figure en el Esquema de Beneficios.

2. Los siguientes servicios no están cubiertos:
 - a. Servicios no relacionados con la atención médica que se provean como parte del ensayo clínico;
 - b. Costos de gestión de los datos de investigación asociados al ensayo clínico;
 - c. Medicamentos o dispositivos de investigación; o
 - d. Los servicios, tratamiento o suministros que no están cubiertos de otra forma por este Plan de Beneficios.
3. Tratamientos de investigación y atención al paciente relacionados con el 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 o para la prevención o detección temprana de cáncer.
 - b. El tratamiento se proporciona o los estudios se llevan a cabo en un ensayo clínico de Fase I, II, III o IV para cáncer.
 - c. El tratamiento se proporciona de acuerdo con un ensayo clínico aprobado por una de las siguientes entidades:
 - (1) Uno de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos.
 - (2) Un Grupo cooperativo financiado por uno de los Institutos Nacionales de Salud.
 - (3) La FDA en forma de solicitud de nuevo fármaco en investigación.
 - (4) El Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos.
 - (5) El Departamento de Defensa de los Estados Unidos.
 - (6) Un centro general de investigación clínica financiado por el gobierno federal.
 - (7) La Coalición de Grupos Cooperativos Nacionales contra el Cáncer.
 - d. 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.
 - e. 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.
 - f. No debe haber un enfoque claramente superior, que no sea de investigación.
 - g. 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.
 - h. El paciente ha firmado un formulario de consentimiento aprobado por la junta de revisión institucional.

K. 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 visitas al

dietista y para el equipo y suministros necesarios para la capacitación, si lo prescribe el Proveedor que atiende al Afiliado.

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 el Afiliado ha completado satisfactoriamente el programa de capacitación.

(2) El programa debe cumplir con el Estándar Nacional del Programa de Educación para el Control Personal de la Diabetes desarrollado por la Asociación Estadounidense de la Diabetes.

2. Detección de Retinopatía Diabética

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

L. Consultas al dietista

Los Beneficios están disponibles para las consultas a los dietistas registrados. Una (1) consulta al dietista está cubierta sin costo para los Afiliados tres (3) a dieciocho (18) años. cuando la realiza a un Proveedor de la Red. Todas las demás consultas posteriores de dietistas están cubiertas por los beneficios del Plan. Los diabéticos que necesiten los servicios de un Dietista deben recibir dichos servicios como parte de sus Beneficios de Educación y Capacitación para el Autocontrol de la Diabetes.

M. Equipos y suministros médicos desechables

Los equipos o suministros médicos desechables, que tengan un propósito médico principal, están cubiertos y sujetos a unos límites de cantidad razonable según Nuestra determinación. El equipo y los suministros están sujetos al Deducible y Coaseguro médico del Afiliado.

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

El Equipo Médico Duradero, Órtesis y los Aparatos y Dispositivos protésicos (ya sean para Extremidades o no) están cubiertos por el Deducible y el Coaseguro como aparece en el Esquema de Beneficios.

1. Equipo Médico Duradero

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

(1) debe tolerar el uso reiterado;

(2) se utiliza primordial y normalmente con un propósito médico;

(3) generalmente, no tiene utilidad alguna para una persona que no esté enferma ni lesionada, y

(4) es apropiado para utilizarse en el domicilio del paciente.

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

(1) Los Beneficios para el alquiler de Equipo Médico Duradero se basarán en el Cargo Permitido para el alquiler (pero no excederá el Cargo Permitido para la compra).

(2) Según el criterio de la Compañía, 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.

(3) Cuando el Equipo Médico Duradero es aprobado por Nosotros, los beneficios para el equipo estándar se proporcionarán para cualquier equipo de lujo.

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

(a) que no tienen una finalidad médica;

(b) que no son necesarios para realizar las actividades de la vida diaria;

(c) que son únicamente para la comodidad o confort del Afiliado; o

(d) que no son determinados por Nosotros como Medicamento Necesarios.

(4) 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.

(5) La reparación o el ajuste del Equipo Médico Duradero que se compre o el reemplazo de los componentes están cubiertos. No se cubrirá el reemplazo de equipo perdido o el reemplazo de equipo dañado debido a negligencia o mal uso. No se cubrirá el reemplazo de equipo dentro de los cinco (5) años posteriores a la compra o alquiler que no sea Medicamento Necesario, según se define en este Plan de Beneficios. Independientemente de la Necesidad Médica, no se cubrirá la reparación, ajuste o sustitución de equipos sujetos a una retirada de venta del mercado en los cinco (5) años posteriores a su compra o alquiler. Independientemente de la Necesidad Médica, no se cubrirá la reparación, el ajuste o la sustitución del equipo cuando se proporcione en garantía.

c. Limitaciones 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 dispositivos ortésicos, y estarán sujetos a lo siguiente:

a. No habrá cobertura para pruebas o ajustes ya que, éstos están incluidos en el Cargo Permitido para la Órtesis.

- b. La reparación o sustitución del Dispositivo Órtésico está cubierta únicamente dentro de un período de tiempo razonable a partir de la fecha de compra y sujeto a la vida útil prevista 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 hay Beneficios disponibles para dispositivos de apoyo para los pies, excepto cuando se utilizan en el tratamiento del pie diabético.

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

Los beneficios estarán disponibles para la compra de aparatos y dispositivos protésicos (que no sean prótesis de extremidades o servicios) que autorice la compañía y están cubiertos conforme a las siguientes condiciones:

- a. No habrá cobertura para pruebas o ajustes, ya que estos están incluidos en el Cargo Permitido para el Aparato o Dispositivo Protésico.
- b. La reparación o la sustitución del Aparato o Dispositivo Protésico estará cubierta únicamente dentro de un período de tiempo razonable a partir de la fecha de compra y sujeto a la vida útil prevista del aparato. Nosotros determinaremos cuál es ese período de tiempo. Independientemente de la Necesidad Médica, la reparación o sustitución de aparatos o dispositivos no estará cubierta cuando se proporcionen en garantía o cuando los aparatos o dispositivos estén sujetos a una retirada del mercado.
- c. Cuando los aparatos o dispositivos protésicos sean aprobados por Nosotros, los beneficios para los aparatos o 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.

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

Los Beneficios estarán disponibles para la compra de Aparatos y Dispositivos Protésicos y Servicios de Prótesis de Extremidades que Autoricemos, y están cubiertos conforme a las siguientes condiciones:

- a. La reparación o la sustitución del Aparato o Dispositivo Protésico estará cubierta únicamente dentro de un período de tiempo razonable a partir de la fecha de compra y sujeto a la vida útil prevista del aparato. Nosotros determinaremos cuál es ese período de tiempo. Independientemente de la Necesidad Médica, la reparación o sustitución de aparatos o dispositivos no estará cubierta cuando se proporcionen en garantía o cuando los aparatos o dispositivos estén sujetos a una retirada del mercado.
- b. Cuando los aparatos o dispositivos protésicos sean aprobados por Nosotros, los beneficios para los aparatos o 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. Un Afiliado puede elegir un Aparato o Dispositivo Protésico que supera el valor del Beneficio a pagar según este Plan de Beneficios y deberá pagar la diferencia entre el precio del dispositivo y el Beneficio a pagar, sin sanción financiera o contractual para el Proveedor del 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).

O. 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.

P. Pruebas genéticas o moleculares para el cáncer

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

Q. Beneficios de Audición

1. Los Beneficios de audífonos están disponibles para Afiliados cubiertos menores de diecisiete (17) y cuando los reciben de un Proveedor de la Red u otro Proveedor que Nosotros aprobemos. Este Beneficio está limitado a un (1) audífono para cada oído con pérdida auditiva, cada treinta y seis (36) meses. El audífono debe ser ajustado y proporcionado por un audiólogo con licencia, un especialista en audífonos con licencia o 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. Este Beneficio no está sujeto al Coaseguro o a los Deducibles.

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 con los requisitos, independientemente de su edad, al igual que cualquier otro servicio o suministro, siempre y cuando sea de Necesidad Médica y al pago correspondiente de Copagos, Coaseguro y Deducibles.

R. Servicios de diagnóstico por imágenes

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

S. Atención Médica a Domicilio

Los servicios de Atención Médica a Domicilio proporcionados al Afiliado en lugar de una Admisión Hospitalaria están cubiertos, y podrían estar limitados si así se muestra en el Esquema de Beneficios.

T. Cuidados de Hospicio

El Cuidado de Hospicio estará cubierto y podría estar limitado si se muestra en el Esquema de Beneficios.

U. 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 el Afiliado necesita 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 las deficiencias auditivas o incapacidad para comprender o comunicarse a través del idioma hablado. Estos servicios no están cubiertos si los brinda un familiar, o si la diagnóstica consulta o el tratamiento médico no están cubiertos.

V. Productos Alimentarios Bajos en Proteína para el Tratamiento de Enfermedades Metabólicas Hereditarias

Los productos Alimentarios Bajos en Proteína para el Tratamiento de Enfermedades Metabólicas Hereditarias están cubiertos. Una Enfermedad Metabólica Hereditaria se refiere a una enfermedad provocada por una anomalía heredada de la química del cuerpo. Productos Alimentarios Bajos en Proteína se refieren a aquellos alimentos que están especialmente formulados para tener menos de un gramo de proteína por porción y que están hechos para utilizarse bajo la supervisión de un Médico para el tratamiento dietético de una Enfermedad Metabólica Hereditaria. Los Productos Alimentarios Bajos en Proteína no incluyen a los alimentos naturales que son naturalmente bajos en proteínas.

Los Beneficios para los Productos Alimentarios Bajos en Proteínas están limitados al tratamiento de las siguientes enfermedades:

1. Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)
2. Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce (MSUD, por sus siglas en inglés)
3. Acidemia Metilmalónica (MMA, por sus siglas en inglés)
4. Acidemia Isovalérica (IVA, por sus siglas en inglés)
5. Acidemia Propiónica
6. Acidemia Glutárica

7. Defectos Cíclicos de la Urea

8. Tirosinemia

W. 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.

X. Procedimientos de Esterilización Permanente

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

Y. Dispositivos anticonceptivos (esterilización no permanente)

Se ofrecen Beneficios para dispositivos intrauterinos (DIU) anticonceptivos, incluida la inserción y extracción de dichos dispositivos.

Z. Leche materna humana de donante por prescripción médica

Los beneficios están disponibles para la leche materna humana pasteurizada de donante Médicamente Necesaria por prescripción médica para un bebé Dependiente, hasta un (1) año de edad, que esté como Paciente hospitalizado o Paciente Ambulatorio que sea Médica o físicamente incapaz de recibir leche humana materna o de participar en la lactancia materna o cuya madre sea Médica o físicamente incapaz de producir leche humana materna en cantidades suficientes. Esta cobertura se limita a un suministro de dos meses por bebé de por vida y se limita a leche materna humana de donante prescrita obtenida de un banco participante de la Asociación de Bancos de Leche Humana de Norteamérica u otra procedencia que Nosotros aprobemos.

AA. Medicamentos con Receta

Si hay cobertura disponible para Medicamentos con Receta, todos los Medicamentos con Receta aprobados para la propia administración (p. ej., medicamentos orales y autoinyectables) deben obtenerse a través del Artículo Beneficios de medicamentos con receta de este Plan de Beneficios.

BB. Servicios Privados de Enfermería

1. La cobertura está disponible para un Afiliado para recibir los Servicios Privados de Enfermería, cuando se realicen de forma Ambulatoria y cuando el enfermero 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 no están cubiertos para Pacientes Hospitalizados.

CC. Estudios del sueño

Los estudios del sueño Médicamente Necesarios que se llevan a cabo en el domicilio o en un laboratorio y las Reclamaciones profesionales asociadas cumplen con los requisitos para recibir cobertura. 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. Los Afiliados deben consultar su directorio de proveedores o comunicarse con un representante de atención al cliente al número que figura en la tarjeta de identificación para verificar si un laboratorio del sueño está acreditado.

DD. Servicios de Telemedicina y Terapia a Distancia

Los Beneficios están disponibles para Usted para diagnósticos, consultas, tratamientos, educación, administración de la atención, autocontrol y apoyo a los cuidadores cuando Usted y su Proveedor no se encuentren físicamente en el mismo lugar.

La interacción entre el Afiliado y el Proveedor puede tener lugar de diferentes maneras, según las circunstancias, pero esta interacción debe ser siempre adecuada para el entorno en el que se prestan los servicios de Telemedicina los servicios de Terapia a Distancia para Pacientes.

Los Servicios de Telemedicina generalmente deben realizarse en tiempo real mediante transmisiones simultáneas de vídeo y audio bidireccionales (sincrónicas). Los Servicios de Telemedicina no cubren llamadas telefónicas y solo cuando lo aprobamos, se permite por otros métodos distintos a transmisiones simultáneas de audio y vídeo.

Los Servicios de Telemedicina Asíncronos, también llamados de Almacenamiento y Reenvío (Store Forward, en inglés), entre un Paciente establecido y su Proveedor pueden tener lugar cuando un paciente establecido envía videos o imágenes pregrabados a un Proveedor a través de una comunicación conforme con HIPAA, a solicitud del Proveedor o cuando los datos se transfieren entre dos Proveedores en nombre del paciente. Este método de Servicios de Telemedicina se limita a los servicios aprobados por Nosotros.

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO XVI.

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN

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

1. Autorización y selección del Proveedor

Los Beneficios se pagarán al nivel más alto de la Red cuando se reciba la atención de un Proveedor de la Red.

- a. Si un Afiliado desea recibir servicios de un Proveedor que No Pertenece a la Red y obtener Beneficios de la Red, debe informarlo a Nuestro departamento de administración de la atención antes de que se presten los servicios. Aprobaremos el uso de un Proveedor Fuera de la Red únicamente si Nosotros determinamos que los servicios no pueden ser prestados por un Proveedor de la Red dentro de un radio de setenta y cinco (75) millas del lugar de residencia del Afiliado. El Proveedor 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 muestran en la tarjeta de identificación o seguir las instrucciones del Manual del Proveedor, si están disponibles para el Proveedor Fuera de la Red.

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

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

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

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

Si no se solicita la Autorización antes de la Admisión o de la recepción de otros Servicios y suministros Cubiertos que necesiten Autorización, tendremos derecho a determinar si la Admisión o los demás Servicios y Suministros Cubiertos son Médicamente Necesarios. Si los servicios no eran Médicamente Necesarios, la Admisión o los otros Servicios Cubiertos no tendrán cobertura y el Afiliado deberá pagar todos los gastos en los que haya incurrido.

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

a. Admisiones

- (1) Si un Proveedor de la Red o un Proveedor Participante no cumple con obtener la Autorización requerida, Nosotros descontaremos de los Cargos Permitidos el importe de la sanción que se estipula en el contrato que el Proveedor tiene con Nosotros o con cualquier otro plan de Blue Cross and Blue Shield. Esta sanción se aplica a todos los cargos cubiertos de hospitalización. El Proveedor de la Red o el Proveedor Participante es responsable de todos los cargos no cubiertos. El Afiliado continúa siendo responsable de su Copago, Deducible y Coaseguro que le corresponda como se muestra en el Esquema de Beneficios.

- (2) Si un Proveedor No Participante no obtiene la Autorización necesaria, reduciremos los Cargos Permitidos según la Sanciones en el importe de la sanción que figura en el Esquema de Beneficios. Esta sanción se aplica a todos los cargos cubiertos de hospitalización. El Afiliado es responsable de todos los cargos que no estén cubiertos y de cualquier otro Copago, Deducible y Coaseguro que pudiesen aplicarse, tal como figura en el Esquema de Beneficios.

3. Autorización de Admisiones

a. Autorización de Admisiones Electivas

El Afiliado es responsable de garantizar que su Proveedor notifique a Nuestro Departamento de Administración de la Atención sobre cualquier Admisión Hospitalaria, electiva o que no sea de emergencia. Antes de la Admisión, se nos debe notificar sobre la naturaleza y el propósito de cualquier Admisión Electiva o Admisión que no sea de Emergencia que se realice en un Hospital. Para notificarnos antes de la Admisión, el Proveedor debe ponerse en contacto con Nuestro departamento de Administración de la Atención en el número de teléfono que aparece en el Esquema de Beneficios, con Nuestro departamento de atención al cliente en el número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación, o seguir las instrucciones del Manual del Proveedor, si está a disposición del Proveedor. 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 se deniega una solicitud de Autorización, no cubriremos la Admisión y el Afiliado deberá pagar todos los cargos en los que incurra durante la Admisión para la cual se denegó la Autorización.
- (2) Si no se solicita la Autorización antes de la Admisión, Nosotros tendremos derecho a determinar si la Admisión era Médicamente Necesaria. Si la Admisión era Médicamente Necesaria, los Beneficios se otorgarán de acuerdo con el estatus de participación del Proveedor.
- (3) Las cantidades adicionales por las que el Afiliado es responsable, porque se denegó o no se solicitó la Autorización de una Admisión Hospitalaria, electiva o que no sea de emergencia, se consideran como no cubiertos y no se aplicarán para cubrir el Desembolso no se aplicarán para cubrir la Cantidad de Desembolso.

b. Autorización para Admisiones de Emergencia

Es responsabilidad del Afiliado de asegurarse de que el Médico u Hospital, o un representante del mismo, informe a Nuestro departamento de administración de atención de todas las Admisiones de Emergencia. Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la Admisión de Emergencia, se nos deberá notificar la naturaleza y el propósito de la misma. El centro o Proveedor deben ponerse en contacto con Nuestro departamento de administración de la atención en el teléfono que aparece 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. Nosotros podríamos eliminar o extender este límite de tiempo si determinamos que el Afiliado no pudo notificar a tiempo o indicarle a su representante que Nos notificara la Admisión de Emergencia. En el caso en que el final del período de notificación sea un día feriado o fin de semana, Nosotros debemos recibir la notificación al siguiente día hábil. Nosotros determinaremos la duración adecuada de la estancia para la cual se pide Admisión de Emergencia, cuando se haya documentado que la Hospitalización es Médicamente Necesaria.

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

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 el Médico u Hospital se comuniquen con Nosotros para solicitar la Revisión Concurrente con el fin de Autorizar los días adicionales. La solicitud para la continuación de la hospitalización debe realizarse durante o antes del último día Autorizado del Afiliado, de modo que Nosotros podamos revisar y responder a la solicitud ese día. Si Autorizamos la solicitud, volveremos a Autorizar un número determinado de días, repitiendo este procedimiento hasta que le den el alta al Afiliado o se deniegue su solicitud de continuar hospitalizado. Para solicitar la Revisión Concurrente para la Autorización de días adicionales, el Proveedor debe ponerse en contacto con Nuestro departamento de Administración de la Atención en el número de teléfono que aparece en el Esquema de Beneficios, con Nuestro departamento de atención al cliente en el número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación, o seguir las instrucciones del Manual del Proveedor, si está disponible para el Proveedor.

(1) Si Nosotros no recibimos una solicitud de Autorización para continuar la estadía en o antes del último día Autorizado, no se aprobarán más días una vez transcurrido el último día Autorizado y no se pagarán Beneficios adicionales a menos que Nosotros recibamos y Autoricemos otra solicitud. Si en cualquier momento de este procedimiento de Revisión Concurrente se recibe una solicitud de Autorización para continuar la estadía y Nosotros determinamos que no es Médicamente Necesario que el Afiliado permanezca hospitalizado o que permanezca hospitalizado en un nivel de atención solicitado, Nosotros notificaremos por escrito al Afiliado y a sus Proveedores que se denegó la solicitud y que no se Autorizan días adicionales.

(2) Si Nosotros denegamos una solicitud de Revisión Concurrente o una solicitud de nivel de atención para Servicios de Hospital, Nosotros notificaremos al Afiliado, al Médico y al Hospital dicha denegación. Si, a partir de entonces, el Afiliado decide permanecer Hospitalizado, o con el mismo nivel de atención, el Afiliado no será responsable de ningún cargo a menos que el Médico o el Hospital le notifiquen su responsabilidad financiera antes de incurrir en cargos adicionales.

(3) Los cargos por días en el Hospital que no hayan sido Autorizados y que el Afiliado debe pagar, se consideran como no cubiertos y no se aplicarán para cubrir la Cantidad de Desembolso.

4. Autorización de Servicios para Pacientes Ambulatorios, incluidos Otros Servicios Cubiertos y Suministros

Ciertos servicios, suministros y Medicamentos con Receta requieren de Nuestra Autorización antes de que el Afiliado los reciba. La lista de Autorizaciones figura en el Esquema de Beneficios del Afiliado. El Afiliado es responsable de asegurar que el Proveedor obtenga todas las Autorizaciones necesarias antes de recibir los servicios, suministros o Medicamentos con Receta. Podríamos necesitar que el Proveedor del Afiliado nos envíe información médica o clínica acerca de la afección que padece el Afiliado. Para obtener previa Autorizaciones, 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 Médicamente Necesarios. Si los servicios y suministros son Médicamente Necesarios, los Beneficios se otorgarán según el estatus de participación del Proveedor.

c. Las cantidades adicionales por las que el Afiliado es responsable, porque se denegó o no se solicitó la Autorización de los Servicios para Pacientes Ambulatorios y los suministros, se consideran como no cubiertos y no se aplicarán para cubrir la Cantidad de Desembolso.

B. Control de Enfermedades

1. **Requisitos:** El Afiliado puede reunir los requisitos para participar en los programas de control de enfermedades, a Nuestra discreción, conforme a distintos criterios que incluyen un diagnóstico de enfermedad crónica, 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. El Afiliado, los Médicos y los cuidadores podrían incluirse en todas las fases del programa de control de enfermedades. El enfermero de control de enfermedades podrá también referir a los Afiliados a recursos dentro de la comunidad que le pueden brindar más apoyo y ayudarle a controlar su enfermedad.
2. **Beneficios del Control de Enfermedades:** Los programas para el Control de Enfermedades de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana tienen el compromiso de mejorar la calidad de la atención de sus Afiliados así como de reducir los costos de atención médica para las poblaciones que sufren de enfermedades crónicas. El enfermero trabaja con los Afiliados para ayudarles a aprender técnicas de autocuidado que estos necesitarán para poder controlar su enfermedad crónica, establecer metas realistas de modificación de su estilo de vida y mejorar el cumplimiento con el plan de tratamiento prescrito por el Médico. Blue Cross and Blue Shield of Louisiana se compromete a apoyar los esfuerzos del Médico para mejorar el estado de salud y el bienestar del Afiliado.

C. Administración de Casos

1. Es posible que el Afiliado reúna los requisitos para solicitar los Servicios de Administración de Casos, sobre la base de distintos criterios, entre ellos el diagnóstico, la gravedad, la duración de la enfermedad y el tratamiento propuesto o realizado. El programa procura identificar a los candidatos tan temprano como sea posible y trabajar con los pacientes, sus Médicos y familiares, y otros recursos comunitarios para evaluar alternativas de tratamiento y Beneficios disponibles.
2. La función de Administración de Casos es prestar servicios al Afiliado 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 compuesta por varios grupos, inclusive aquellos en la fase aguda de una enfermedad y aquellos que tienen una afección crónica.
3. Nuestra determinación de que la afección médica específica de un Afiliado justifique que el Afiliado sea un candidato adecuado para recibir los servicios de Administración de Casos no Nos obligará a tomar la misma determinación o una similar para el Afiliado o cualquier otro Afiliado: La prestación de servicios de Administración de Casos para un Afiliado no le dará derecho al Afiliado ni a ningún otro Afiliado a recibir los servicios de Administración de Casos, ni deberá interpretarse como una renuncia a Nuestro derecho de administrar y hacer cumplir este Plan de Beneficios de acuerdo con los términos que en él se expresan.
4. A menos que lo hayamos acordado explícitamente, todos los términos y las condiciones de este Plan de Beneficios, incluyendo entre otros, las limitaciones máximas de Beneficios y todas las demás limitaciones y exclusiones, continuarán en plena vigencia y efecto si un Afiliado recibe servicios de Administración de Casos.
5. Los servicios de Administración de Casos del Afiliado serán rescindidos si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:
 - a. Determinamos, a Nuestra entera discreción, que un Afiliado 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 el Afiliado decide no participar en el plan de Administración de Casos.

D. Beneficios Alternativos

1. El Afiliado podría reunir los requisitos para solicitar Beneficios Alternativos, a discreción de la Compañía, conforme a distintos criterios, que incluyen el diagnóstico, la gravedad, la duración de la enfermedad y el tratamiento propuesto o provisto. El programa busca identificar los candidatos tan temprano como sea posible y trabajar con los pacientes, sus Médicos y familiares, y otros recursos comunitarios para evaluar alternativas de tratamiento y los Beneficios disponibles cuando se determine que es beneficioso para el Afiliado y para la Compañía.
2. La determinación de la Compañía de que la afección médica específica de un Afiliado justifique que el Afiliado sea un candidato adecuado para recibir Beneficios Alternativos, no obligará a la Compañía a tomar la misma determinación o una similar para cualquier otro Afiliado; como tampoco la prestación de Beneficios Alternativos a un Afiliado le dará derecho a otro Afiliado a recibir Beneficios Alternativos, ni deberá interpretarse como una renuncia al derecho de la Compañía de administrar y hacer cumplir este Plan de Beneficios de acuerdo con sus términos explícitos.
3. A menos que la Compañía lo haya acordado explícitamente, todos los términos y las condiciones de este Plan de Beneficios, incluyendo entre otros, las limitaciones máximas de Beneficios y todas las demás limitaciones y exclusiones, continuarán en plena vigencia y efecto si un Afiliado está recibiendo Beneficios Alternativos.
4. Los Beneficios Alternativos provistos según lo estipulado en esta sección se proporcionan en lugar de los Beneficios a los que el Afiliado tiene derecho conforme a este Plan de Beneficios y acumulan para las limitaciones máximas de Beneficios de este Plan de Beneficios.
5. Los Beneficios Alternativos del Afiliado serán rescindidos si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:
 - a. Nosotros determinamos, a Nuestra entera discreción, que el Afiliado ya no es un candidato idóneo para recibir Beneficios Alternativos o que ya no necesita Beneficios Alternativos.
 - b. El Afiliado recibe atención, tratamiento, servicios o suministros para su afección médica que estén excluidos en este Plan de Beneficios, y que no estén especificados como Beneficios Alternativos aprobados por Nosotros.

ARTÍCULO XVII.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

- A. Se excluyen los beneficios por afecciones, servicios, Operaciones, suministros y tratamiento que no están cubiertos por este Plan de Beneficios.
- B. Si un Afiliado tiene Complicaciones por afecciones, Operaciones o tratamientos no incluidos; se excluirán los Beneficios por dichas afecciones, servicios, Operaciones, suministros y tratamientos.
- C. Cualquiera de las limitaciones y exclusiones enumeradas en este Plan de Beneficios puede ser eliminada o modificada, como se indica en el Esquema de Beneficios.
- D. A menos que figuren como cubiertos en el Esquema de Beneficios, se excluyen los siguientes:
1. Servicios, tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos, artículos o suministros que no sean Médicamente Necesarios, como se define en este Plan de Beneficios. 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 específicamente enumerados como cubiertos por este Plan de Beneficios. No se pagan Beneficios por servicios por los cuales el Afiliado no tiene la obligación de pagar, o por los cuales no hay cargos ni un cargo menor si un Afiliado no tiene cobertura en su seguro médico. Los Beneficios están disponibles cuando los Servicios Cubiertos se prestan en centros médicos que son propiedad de, y están administrados por el estado de Luisiana o cualquiera de sus subdivisiones políticas;
 - b. que se presten o proporcionen antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura del Afiliado o después de que la cobertura del Afiliado finalice, excepto en los siguientes casos: los Beneficios Médicos relacionados con una Admisión se proveerán en caso de una Admisión en curso en la fecha en que finalice la cobertura del Afiliado conforme a este Plan de Beneficios, hasta la finalización de la Admisión o hasta que el Afiliado haya alcanzado los límites de Beneficios establecidos en este Plan de Beneficios, 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 se haya realizado el pago o esté disponible bajo cualquier otro contrato emitido por Blue Cross and Blue Shield of Louisiana o por cualquier otra Compañía de Blue Cross o Blue Shield, o en la medida en que se haya estipulado en cualquier otro contrato, excepto cuando así lo permita la ley y según lo establecen las pólizas de Beneficios limitados;
 - e. que se haya pagado o sea pagadero bajo las partes A o B de Medicare cuando el Afiliado tiene Medicare, excepto cuando se apliquen las disposiciones de Pagador Secundario de Medicare;
 - f. que sean de naturaleza de investigación, excepto por lo provisto específicamente en este Plan de Beneficios. Las determinaciones de investigación se realizan de acuerdo con Nuestras políticas y procedimientos;
 - g. prestados como resultado de una enfermedad o lesión ocupacional compensable bajo cualquier ley federal o estatal de compensación a los trabajadores o cualquier programa relacionado, pero sin limitarse a, la Ley Jones, la Ley Federal de Responsabilidad de los Empleadores, la Ley Federal de Compensación a los

Empleados, la Ley de Compensación a los Trabajadores Marítimos y Portuarios, la Ley de Beneficios para el Pulmón Negro, el Programa de Compensación de Enfermedades Ocupacionales de los Empleados de Energía y el Artículo 23 de los Estatutos Revisados de Luisiana, esté o no vigente la cobertura de dichas leyes o programas. Esta exclusión no se aplicará a los servicios que se le presten a un Afiliado que sea dueño de un diez por ciento (10 %) o más del Grupo, si el Afiliado ha realizado todo lo siguiente: (1) legalmente optó por ser excluido de la cobertura de compensación para trabajadores del Grupo, mediante la celebración de un acuerdo por escrito con la empresa de seguros de compensación para trabajadores del Grupo, en el que indica que elige no estar cubierto por dicha cobertura; (2) se inscribió debidamente con la Compañía en una cobertura de salud de 24 horas para los propietarios; (3) entregó a la Compañía una copia del acuerdo escrito entre el Afiliado y la compañía de seguros de compensación para trabajadores; (4) entregó a la Compañía evidencia escrita de la participación del Afiliado en el Grupo. Si esta información no se envía a la Compañía en el momento de la inscripción inicial del seguro de salud del Afiliado, o una vez adquirido el porcentaje de participación accionaria requerido, el Afiliado podrá solicitar esta cobertura en el próximo periodo de apertura de inscripción.

- h. que se reciba de un departamento o clínica dental, de la vista o médica mantenida por o en nombre de una compañía, una asociación mutual de beneficios, un sindicato laboral, fideicomiso o persona o grupo similar; o
 - i. prestados, prescritos o provistos de otro modo por un Proveedor que es el Afiliado, Cónyuge, hijo, hijastro, padre, padrastro o abuelo del Afiliado;
 - j. 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 autorizados por nosotros.
 - k. 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;
 - l. por no acudir a una visita programada, por no completar un formulario de Reclamación, por no obtener los registros médicos de la información requerida para adjudicar una Reclamación, o por no acceder o inscribirse con ciertos Proveedores;
 - m. los servicios que se prestan en el hogar a menos que dichos servicios cumplan con la definición de servicios Médicos a Domicilio, estén específicamente cubiertos bajo este plan o estén aprobados por Nosotros;
 - n. Cualquier procedimiento incidental, procedimiento desagregado o procedimiento mutuamente excluyente, excepto como se describe en este Plan de Beneficios; o
 - o. 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. aquellos que ocurren como resultado de un Afiliado haber cometido o intentado cometer un delito.
 - e. para el tratamiento de cualquier Afiliado detenido en una institución correccional que haya sido juzgado y condenado por el delito que causó la detención.

6. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por servicios de Operaciones, suministros, tratamiento o gastos relacionados con, o Complicaciones de lo que se detalla a continuación
7. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA:**
- a. rinoplastia;
 - b. servicios de blefaroplastia identificados con los códigos CPT 15820, 15821, 15822, 15823; de ptosis de ceja identificado con el código CPT 67900; o cualesquiera otros códigos revisados o equivalentes;
 - c. ginecomastia;
 - d. aumento o reducción de los senos, excepto por los servicios de reconstrucción de los senos, como se establece específicamente en este Plan de Beneficios;
 - e. implantación, extracción o reimplantación de implantes de seno y servicios, enfermedades, afecciones, complicaciones o tratamiento en relación con, o como resultado de, implantes de seno, excepto por los servicios de reconstrucción de seno especificados en este Plan de Beneficios;
 - f. implantación, extracción o reimplantación de prótesis peniana 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 la ley Nos exija que cubramos o aquellos que ofrecemos, respaldamos, aprobamos o promocionamos como parte de Su cobertura de atención médica bajo este Plan de Beneficios. La participación en programas de prevención de la diabetes se limitará a una vez cada treinta y seis (36) meses. Si es clínicamente apto para participar, Usted elige voluntariamente si desea participar en los programas;
 - j. La participación en programas de prevención de la diabetes se limitará a una vez cada treinta y seis (36) meses.
 - k. los campamentos o programas de la naturaleza, están excluidos excepto cuando los proporciona un Centro de Tratamiento Residencial calificado y aprobado por Nosotros como Médicamente Necesarios para el tratamiento de afecciones de salud mental o trastornos por el consumo de sustancias tóxicas;
 - l. tratamiento relacionado con disfunciones eréctiles o sexuales, trastorno de bajo deseo sexual u otras deficiencias sexuales.
 - m. pruebas industriales o programas de autoayuda, (incluidos, entre otros, programas y suministros para dejar de fumar y programas de gestión del estrés), programas de refuerzo laborales o evaluación de capacidad funcional; exámenes del manejo de automóviles, excepto los servicios que la ley exige que se cubran; o
 - n. terapia recreativa;
 - o. principalmente para mejorar la capacidad atlética; o
 - p. Programas de rehabilitación y de control del dolor para pacientes hospitalizados.
8. **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 Beneficios), anteojos o lentes de contacto 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 el Esquema de Beneficios;

- b. ejercicios de la vista, entrenamiento visual u ortóptica;
- c. audífonos o exámenes para recetar o ajustar audífonos, excepto por lo especificado en este Plan de Beneficios;
- 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;
- f. terapia visual.

9. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, Cirugía, suministros, tratamiento o gastos relacionados con:

- a. cualquier costo originado por la donación de un órgano o tejido para trasplante cuando el Afiliado es donante, excepto según lo estipulado en este Plan de Beneficios;
- b. procedimientos de trasplante de cualquier órgano o tejido humano que no estén específicamente mencionados como cubiertos. servicios o suministros relacionados que incluyen la administración de quimioterapia en altas dosis para acompañar los procedimientos de trasplante;
- c. el trasplante de cualquier órgano o tejido no humano; o
- d. los trasplantes de médula ósea y el rescate de células madre (autólogo y alogénico) no están cubiertos, excepto según lo dispuesto en este Plan de Beneficios; o
- e. 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.

10. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por cualquiera de los siguientes, excepto según lo dispuesto específicamente en este Plan de Beneficios 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, excepto según sea exigido por ley.

11. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los alimentos o suplementos alimentarios, fórmulas y alimentos médicos, incluyendo aquellos para alimentación por sonda gástrica. Esta exclusión no se aplica a los productos alimenticios bajos en proteínas ni a la leche materna humana de donante prescrita, tal como se describe en este Plan de Beneficios.

12. **INDEPENDIEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, quedan excluidos de los Beneficios los dispositivos anticonceptivos implantables que no provoquen una esterilización permanente, excepto los dispositivos intrauterinos (DIU) cubiertos.
13. Los Beneficios se excluyen 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 (p. ej., Botox®, Renova®, Tri-Luma®), medicamentos utilizados para mejorar el rendimiento deportivo, medicamentos utilizados para los efectos del envejecimiento en la piel y medicamentos utilizados para la pérdida o restauración del cabello (p. ej., Propecia®, Rogaine®), excepto los Medicamentos con receta aprobados por Nosotros para tratar la alopecia areata o la alopecia universal;
 - b. medicamentos para la obesidad, la pérdida de peso, el control del peso o el mantenimiento del peso (por ejemplo, Contrave®, Qsymia®, Saxenda®, Wegovy™);
 - c. todo medicamento que no se haya comprobado que sea 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 dos 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 hierbas. Los alimentos bajos en proteínas y la leche materna humana de donante por prescripción están cubiertos tal y como se describe en este Plan de Beneficios;
 - g. vitaminas prescritas que no aparecen como cubiertas en el Formulario de Medicamentos con Receta (incluyendo entre otras, Enlyte);
 - h. medicamentos que puedan obtenerse legalmente sin la receta de un Médico, inclusive los medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés), excepto aquellos que deben estar cubiertos por la ley.
 - i. Ciertos Medicamentos con Receta para los cuales existe un equivalente OTC o para los cuales existe una alternativa similar como medicamento OTC;
 - j. Repeticiones de medicamentos que excedan el número especificado por el Médico o el límite de despacho que se describe en este Plan de Beneficios, o una repetición antes de usar el setenta y cinco por ciento (75 %) del suministro diario o cualesquier repetición dispensada más de un (1) año después de la fecha de prescripción original del Médico;
 - k. cualquier medicamento utilizado para dejar de fumar, excepto Zyban;
 - l. Medicamentos compuestos que presentan cualquiera de las siguientes características:
 - (1) Son similares a un producto comercialmente disponible;
 - (2) Su(s) ingrediente(s) principal(es) se utiliza(n) 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 (p. ej., 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;
- m. Medicamentos con Receta seleccionados que contengan más de un ingrediente (1) activo (algunas veces conocidos como medicamentos combinados);
- n. Medicamentos con Receta que incluyen, o están empacados con, medicamentos o productos que no necesitan receta;
- o. Equipos para la preparación de Medicamentos con Receta compuestos;
- p. algunos Medicamentos con Receta que están envasados de manera que contienen más de un (1) Medicamento con Receta;
- q. 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);
- r. Medicamentos con Receta que contengan marihuana, incluyendo la marihuana medicinal;
- s. Medicamentos con Receta que se despachen antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura del Afiliado o después que la cobertura del Afiliado termine;
- t. Reemplazo de Medicamentos con Receta extraviados o hurtados, o de aquellos que se echan a perder por mal manejo, daño o rotura;
- u. Los Medicamentos con Receta, equipos o sustancias para tratar disfunciones sexuales o eréctiles (p.ej., Viagra®, Cialis®, Levitra®), trastorno de bajo deseo sexual (Addyi®) u otras deficiencias sexuales;
- v. 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;
- w. 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;
- x. Medicamentos con Receta para, o tratamiento de estatura baja idiopática;
- y. La cobertura de Medicamentos con Receta para Fármacos Peligrosos Regulados podría estar limitada o excluida cuando dichos Fármacos Peligrosos Regulados han sido recetados por varios médicos de manera simultánea, cuando un médico esté de acuerdo en que las recetas se obtuvieron a través de la tergiversación del afiliado a ese médico. La limitación podría incluir, pero no se limita a, requerir que en el futuro las Sustancias Peligrosas Controladas se obtengan de un solo médico y de una farmacia;
- z. preparados de Medicamentos con Receta de aplicación tópica que estén aprobados por la FDA como dispositivos médicos;
- aa. Medicamentos con Receta sujetos al programa de Terapia Escalonada cuando dicho programa no se utilizó o porque el medicamento no fue aprobado por Nosotros o por Nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia;
- bb. 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;

- cc. los medicamentos antihemofílicos cubiertos, inmunoglobulinas, medicamentos recomendados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) y que normalmente requieran la administración por parte de un profesional médico, 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 determinemos. Nosotros estamos cubiertos por el Beneficio médico y están excluidos por el Beneficio de farmacia; y
- dd. El impuesto o interés sobre la venta, que incluya el impuesto sobre la venta de Medicamentos con Receta. Cualquier impuesto aplicado a la venta de los medicamentos con receta se incluirá en el costo del medicamento para determinar el Coaseguro del Afiliado y nuestra responsabilidad financiera. Nosotros cubriremos el costo del impuesto sobre la venta de Medicamentos con receta calificados, a menos que el costo total del Medicamento con receta sea inferior a la cantidad del Copago del Afiliado, en cuyo caso, el Afiliado deberá pagar el costo del Medicamento con receta y el impuesto sobre la venta.
14. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para artículos para la comodidad, higiene y conveniencia personal, incluidos, entre otros, aires acondicionados, humidificadores, equipo para hacer ejercicios, equipos personales para el acondicionamiento físico o modificaciones al domicilio o vehículo del Afiliado;
15. **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.
16. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para cualquier aborto que no sea para salvar la vida de la madre.
17. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios o suministros relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad, incluyendo, entre otros, 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.
18. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, suministros o tratamiento relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad, incluyendo, entre otros, 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.
19. **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.
20. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los beneficios se encuentran excluidos para los Hospitales y los servicios médicos o quirúrgicos que se prestan en relación con el embarazo de un hijo o nieto Dependiente cubierto.
21. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para anestesia por hipnosis, o costos por anestesia de Servicios no Cubiertos.
22. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para la acupuntura cuando se utiliza para proporcionar tratamiento para una afección o servicio que está excluido de la cobertura de este Plan de Beneficios.

23. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para Cirugía Estética, perforaciones, procedimientos, servicios, suministros o tratamiento con fines estéticos, a menos que sea debido a Anomalías Congénitas o Mastectomía. Las complicaciones que resulten de cualquiera de estos servicios u otros servicios no cubiertos están excluidos.
24. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para Tratamiento y Atención Dental y dispositivos dentales, excepto según lo dispuesto específicamente en este Plan de Beneficios bajo los Beneficios de Cirugía Bucal. Esta exclusión no se aplica a la cobertura de Labio Leporino y Paladar Hendido.
25. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen por diagnóstico, tratamiento o cirugía de anomalías dentofaciales, incluyendo, entre otros, maloclusión, hiperplasia o hipoplasia mandibular o maxilar y cualquier otra afección ortognática, excepto cuando lo exija la ley. Esta exclusión no se aplica a la cobertura de Labio Leporino y Paladar Hendido.
26. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen 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 este Plan de Beneficios.
27. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los gastos de viaje de cualquier tipo o tipo que no sean los Servicios de Ambulancia cubiertos al hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente la afección del Participante del Plan, excepto según lo dispuesto específicamente en este Plan de Beneficios, o según lo aprobado por Nosotros.
28. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, No se cubre la repatriación de los restos mortales desde una ubicación en el extranjero hasta los Estados Unidos. El transporte aéreo o marítimo, privado o comercial no está cubierto. Los Participante del Plan que viajan al extranjero deben considerar la posibilidad de adquirir una póliza de seguro de viaje que cubra la Repatriación a su país de origen y viajes aéreos o marítimos cuando no se requiera una ambulancia.
29. **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 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.
30. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para el Análisis de Comportamiento Aplicado por sus siglas en inglés) que la Compañía ha determinado que no es Medicamente Necesario. ABA prestado a afiliados de veintiún (21) años o mayores. Análisis de Comportamiento Aplicado prestado por un Proveedor que no ha sido certificado como analista auxiliar del comportamiento o licenciado como analista del comportamiento por la Junta de Analistas del Comportamiento de Luisiana o por la agencia de licencias apropiada, si están dentro de otro estado. El Análisis de Comportamiento Aplicado no está cubierto en caso de afecciones distintas a los Trastornos del Espectro Autista.
31. **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.
32. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen los beneficios para la Asistencia de un Cuidador, en residencias de ancianos o en domicilios particulares, sin importar el nivel de cuidados requeridos o proporcionados.

33. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, os Beneficios se excluyen para los cargos de Hospital para un recién nacido sano, excepto lo específicamente indicado en este Plan de Beneficios.
34. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para los servicios de orientación que incluyen, entre otros, orientación profesional, terapia de pareja, terapia de divorcio, terapia de pérdida y duelo, asesoría para padres y orientación laboral. Esta exclusión no se aplica a los servicios de asesoramiento que deban estar cubiertos como parte de la Atención Médica de Prevención o del Bienestar o cuando la ley así lo exija.
35. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para el tratamiento médico y quirúrgico para los ronquidos en ausencia de apnea obstructiva del sueño, incluyendo la uvulopalatoplastia asistida por láser (LAUP, por sus siglas en inglés).
36. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para la reversión de un procedimiento de esterilización voluntaria.
37. **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.
38. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios, Operaciones, suministros, tratamiento o gastos de un Afiliado cubierto relacionados con:
 - a. Pruebas genéticas, a menos que los resultados sean requeridos específicamente para tomar una decisión sobre el tratamiento médico del Afiliado o la ley exija;
 - 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.
39. **INDEPENDIENTEMENTE DE LAS RECLAMACIONES DE NECESIDAD MÉDICA**, los Beneficios se excluyen para servicios o suministros para el almacenamiento profiláctico de sangre del cordón umbilical.
40. **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.

A. Continuación del Cónyuge Superviviente

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

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

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

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

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

B. Continuación Estatal

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

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

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

- la Persona Cubierta, dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la rescisión de la cobertura, está o podría haber estado cubierta por otra cobertura de Grupo o un plan médico patrocinado por el gobierno tal como Medicare o Medicaid, o Grupo; o

- la cobertura del Suscriptor o del Afiliado según este Plan de Beneficios terminó a causa de fraude o falta de pago de la contribución obligatoria de la prima; o
- la Persona cubierta cumple con los requisitos para la continuación de la cobertura conforme a la ley COBRA.

Para elegir la continuación de la cobertura en esta sección, el Suscriptor o Afiliado deben notificar por escrito al Grupo sobre su elección de continuar esta cobertura médica de Grupo y debe pagar toda contribución necesaria al Grupo por adelantado. La contribución inicial debe pagarse antes de finalizar el mes posterior al mes en que sucedió el evento que hizo que el Suscriptor o Afiliado cumpliera con los requisitos. (Si el Dependiente cumple con los requisitos a causa de un divorcio, se considerará que el evento ocurrió en la fecha de la sentencia de divorcio). El Grupo dispone de un formulario para continuar la cobertura.

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

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

C. Continuación de Cobertura conforme a la ley COBRA

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

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

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

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

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

Por ejemplo, Usted podría calificar para adquirir cobertura individual a través del Mercado de Seguros Médicos. La pérdida de la cobertura de este Plan de Beneficios le brinda a Usted la oportunidad de inscripción especial en el Mercado de Seguros Médicos, incluso cuando ocurra fuera del período de apertura de inscripción del Mercado de Seguros. Desde que pierde la cobertura de este Plan de Beneficios, tiene sesenta (60) días para solicitar una

inscripción especial a través del Mercado de Seguros Médicos. En el Mercado de seguros médicos, Usted podría calificar para un nuevo crédito fiscal que reduzca Sus primas mensuales de inmediato y puede consultar cuáles serán Sus primas, Deducibles y gastos de Desembolsos antes de tomar la decisión de inscribirse. El hecho de cumplir con los requisitos para COBRA no limita Su capacidad para obtener cobertura o para obtener un crédito fiscal a través del Mercado de Seguros Médicos. Sin embargo, es importante que sepa que si Usted o cualquiera de Sus Dependientes elige la continuación de cobertura COBRA en vez de obtener cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos, Usted perderá la oportunidad de inscripción especial para el Mercado de Seguros Médicos y Usted no podrá inscribirse hasta que abra el próximo período de inscripción regular del Mercado o Su continuación de cobertura COBRA se agote.

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

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

¿Qué sucede si escojo la continuación de cobertura COBRA?

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

¿Qué son los eventos calificados?

Un evento calificado es cualquiera de los siguientes eventos:

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

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

a la que tenían bajo el plan para jubilados antes de que el Empleador se declarara en quiebra conforme al Capítulo 11.

¿Tengo que notificar cualquier evento calificado?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

período más largo de treinta y seis (36) meses a partir de la fecha de adquisición de Medicare o de dieciocho (18) meses a partir del evento calificado; o

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

¿Puedo extender mi continuación de cobertura COBRA?

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

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

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

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

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

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

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

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

Mantenga a Su Plan informado de cualquier Cambio de Dirección

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A. Aplicabilidad

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

El Orden de Determinación de los Beneficios determina el orden en el que cada Plan pagará una reclamación de beneficios. El Plan que paga primero es llamado Plan Principal. El Plan Principal debe pagar los beneficios de acuerdo con los términos de cobertura sin tener en cuenta la posibilidad de que otro Plan pueda cubrir algunos gastos. El Plan que paga después del Plan Principal es el plan Secundario. El plan Secundario puede reducir los Beneficios que paga para que los pagos) de todos los Planes no excedan el cien por ciento (100 %) del total del Gasto Permitido.

B. Definiciones (*Aplicables únicamente a este Artículo de Coordinación de Beneficios de este Beneficio Plan*)

1. Gasto Permitido: servicio o gasto de atención médica, incluyendo los deducibles, coaseguros o copagos, que estén cubierto en su totalidad o en parte por cualquier Plan que cubra a un Afiliado. Los siguientes casos son ejemplos de servicios o gastos que no se consideran Gastos Permitidos:
 - a. Un servicio de salud o gasto o la parte de un servicio o gasto que no esté cubierto por alguno de los Planes que cubren a un Afiliado no es un gasto permitido.
 - b. Cuando un Plan ofrece beneficios en forma de servicios, el valor en efectivo razonable por cada servicio se considerará un Gasto Permitido y un beneficio pagado.
 - c. Si una persona está confinada en una habitación privada de un hospital, la diferencia entre el costo de una habitación semiprivada y una privada no es un Gasto Permitido, a menos que uno de los Planes brinde cobertura por los gastos de habitaciones privadas del hospital.
 - d. Si una persona tiene cobertura de dos o más Planes que computan sus pagos de beneficios en base a las tarifas frecuentes y habituales o al reembolso a plazos de un valor relativo o una metodología similar de reembolso, cualquier cantidad cobrada que supere la cantidad de reembolso más alta para un beneficio específico no es un Gasto Permitido.
 - e. Si una persona tiene cobertura de dos o más Planes que brindan beneficios o servicios sobre la base de las tarifas negociadas, cualquier cantidad que exceda la tarifa negociada más elevada no es un Gasto Permitido.
 - f. Si una persona tiene cobertura de un plan que calcula sus beneficios o servicios basándose en las tarifas frecuentes y habituales o al reembolso a plazos de un valor relativo o una metodología similar de reembolso y otro Plan que brinda sus beneficios o servicios basándose en las tarifas negociadas, el acuerdo de pago del Plan principal será el gasto permitido para todos los planes.
 - g. La cantidad de cualquier reducción de beneficios por el Plan principal debido a que una persona cubierta no ha cumplido con las disposiciones del Plan no es un gasto permitido. Algunos ejemplos de este tipo de disposiciones del Plan incluyen las segundas opiniones para operaciones, autorizaciones previa a la admisión y los acuerdos con los proveedores preferidos.
2. Plan de Panel Cerrado: un Plan que proporciona beneficios de atención de la salud a las personas cubiertas principalmente en la forma de servicios mediante un panel de proveedores que han firmado contrato con el plan o trabajan para este, y que excluye los beneficios por servicios proporcionados por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o si tiene un referido de un miembro del panel.
3. Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés): una disposición que establece un orden en el que los planes pagan sus reclamaciones y que permite a los planes Secundarios reducir sus beneficios para que los beneficios combinados de todos los Planes no superen el cien por cien (100 %) del total de los Gastos Permitidos. La disposición de Coordinación de Beneficios se aplica a la parte del Plan de Beneficios que proporciona prestaciones de atención médica que pueden verse reducidas a causa de los beneficios de otros Planes. Cualquier otra parte del Plan de Beneficios que proporcione Beneficios de atención médica está

separada de este Plan de Beneficios. Este Plan de Beneficios puede aplicar una provisión de Coordinación de Beneficios para ciertos Beneficios, tales como los Beneficios dentales, coordinando solo con Beneficios similares y puede aplicar otra provisión de Coordinación de Beneficios para coordinar otros Beneficios.

4. Padre con custodia:
 - a. el padre al que se le otorgó la custodia de un hijo cubierto por un decreto judicial; o
 - b. en ausencia de un decreto judicial, el padre con quien el niño cubierto reside más de la mitad del año natural sin tener en cuenta ninguna visita temporal.
5. Reglas de la Determinación del Orden de los Beneficios: las reglas que determinan si este Plan de Beneficios es un Plan principal o un Plan secundario cuando un Afiliado tiene cobertura de atención médica con más de un Plan. Cuando este Plan de Beneficios es el principal, Nosotros determinamos primero el pago para estos Beneficios antes que los de cualquier otro Plan y sin considerar los Beneficios de ningún otro Plan. Cuando este Plan de Beneficios es secundario, determina sus Beneficios después de los del otro Plan y puede reducir los Beneficios pagaderos de manera que todos los beneficios del Plan no excedan el cien por ciento (100 %) del Gasto Permitido total.
6. Plan: cualquiera de los siguientes que brinda beneficios o servicios para el cuidado o tratamiento médico o dental. Si se utilizan Contratos separados para brindar una cobertura coordinada para los integrantes de un grupo, los contratos separados se consideran partes de un mismo plan y no hay Coordinación de Beneficios entre esos contratos separados.
 - a. El plan incluye:
 - (1) contratos de seguro para grupos y no grupos;
 - (2) contratos de organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés);
 - (3) cobertura de grupo o de tipo de grupo a través de Planes de Panel Cerrado u otras formas de cobertura de grupo o de tipo de grupo (asegurados o no asegurados);
 - (4) los componentes de atención médica de los contratos de atención a largo plazo, como la atención de enfermería especializada;
 - (5) los beneficios médicos de los contratos de automóviles de grupo o individuales sin culpa y de automóviles tradicionales o con culpa; y
 - (6) Medicare u otros beneficios gubernamentales, según lo permita la ley.
 - b. El Plan no incluye:
 - (1) beneficios de cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija;
 - (2) cobertura solo por accidentes;
 - (3) la cobertura de enfermedad especificada o cobertura específica de accidente;
 - (4) la cobertura de salud de beneficios limitados como se define las leyes estatales;
 - (5) las coberturas tipo accidente en la escuela excepto aquellas indicadas en La. 22:1000(A)(3)(C);
 - (6) beneficios para los componentes no médicos de los contratos de cuidados de larga duración;
 - (7) Pólizas suplementarias de Medicare;
 - (8) planes de Medicaid; o

(9) cobertura de otro plan gubernamental, a menos que lo permita la ley.

Cada contrato de cobertura en virtud del apartado 6(a) o (b), anterior, es un Plan por separado. Si un Plan tiene dos partes y se aplican las normas de Coordinación de Beneficios únicamente a una de las dos, cada una de las partes se tratará como un plan distinto.

7. Plan Principal: Un Plan cuyos beneficios para la cobertura de atención médica de una persona cubierta deben ser determinados sin considerar la existencia de cualquier otro Plan.
8. Plan secundario: un Plan que no es un plan principal y determina sus beneficios después de que el Plan principal pague los beneficios.

C. Coordinación de prestaciones y determinación del orden de los beneficios

1. Cuando una persona está cubierta por dos o más Planes, las reglas para determinar el orden de los pagos de beneficios son las siguientes:
 - a. El Plan principal paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en preocupación beneficios cualquier otro Plan.
 - b. Si el Plan principal es un Plan de grupo cerrado y el Plan secundario no es un Plan de grupo cerrado, el Plan secundario pagará o proporcionará beneficios como si fuera el Plan principal cuando una persona cubierta recurra a un proveedor que no pertenezca al grupo cerrado, excepto en el caso de los servicios de emergencia o las derivaciones autorizadas que pague o proporcione el Plan de grupo cerrado.
 - c. Cuando varios contratos que proporcionan una cobertura coordinada se tratan como un único Plan en virtud del Reglamento 32 del Departamento de Seguros de Luisiana (LDI, por sus siglas en inglés), esta sección se aplica únicamente al Plan en su conjunto, y la coordinación entre los contratos que lo componen se rige por los términos de los contratos. Si más de un emisor paga o proporciona los beneficios del Plan, el emisor designado como Principal dentro del Plan será el responsable de que el Plan cumpla con el Reglamento 32 de la LDI.
 - d. Si una persona está cubierta por más de un Plan Secundario, las normas de determinación del orden de las prestaciones del Reglamento 32 de la LDI deciden el orden en que se determinan las prestaciones de los Planes Secundarios entre sí. Cada Plan secundario debe tener en cuenta los Beneficios del Plan o Planes principales y los beneficios de cualquier otro Plan que, según el Reglamento 32 de la LDI, tenga beneficios determinados antes que los de ese Plan Secundario.
 - e. Salvo lo dispuesto en el apartado (f) siguiente, un Plan que no contenga una disposición de coordinación de beneficios que sea consistente con el Reglamento 32 de la es siempre el primario a menos que las disposiciones de ambos Planes establezcan que el Plan que se ajuste a la norma es el Principal.
 - f. La cobertura que se obtiene en virtud de la membresía en un grupo que está designado a complementar una parte del paquete básico de beneficios y estipula que la cobertura complementaria debe exceder cualquier otra parte del Plan proporcionado por el titular del contrato. Algunos ejemplos de estos tipos de situaciones son coberturas médicas principales que se superponen al plan básico de beneficios hospitalarios y quirúrgicos y las coberturas de tipo seguro que se suscriben en conexión con un Plan de Panel Cerrado para brindar beneficios Fuera de la Red.
2. Un Plan puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro Plan al calcular el pago de sus beneficios sólo cuando es el Plan Secundario.

3. Determinación del orden de los Beneficios

Cada Plan determina su orden de beneficios utilizando la primera de las siguientes disposiciones que se aplique.

a. Regla de Dependiente o no Dependiente.

El Plan que cubre a la persona aparte de como dependiente, por ejemplo como empleado, afiliado, titular de la póliza, suscriptor o jubilado es el Plan Principal mientras que el Plan que cubre a la persona como dependiente es el plan Secundario. Sin embargo, si la persona es un Beneficiario de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es Secundario al Plan que cubre a la persona como dependiente; y es Principal al Plan que cubre a la persona como no Dependiente (por ejemplo, un Empleado jubilado); entonces el orden de Beneficios entre los dos Planes se invierte. El Plan que cubre a la persona como empleado, afiliado, titular de la póliza, suscriptor o jubilado es el Plan Secundario mientras que el Plan que cubre a la persona como dependiente es el plan Principal.

b. Regla de un Hijo Dependiente cubierto por más de un Plan.

A menos que un decreto judicial declare lo contrario, cuando un hijo dependiente está cubierto por más de un Plan, el orden de beneficios se determina de la siguiente manera:

(1) Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, sea que se hayan casado o no:

- (a) El Plan del padre cuyo cumpleaños sea primero en el año calendario es el Plan Principal; o
- (b) Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el plan del padre que haya estado cubierto por más tiempo es el Plan principal.

(2) Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados o no conviven, hayan estado casado o no:

- (a) Si un decreto judicial declara que uno de los padres es responsable de los gastos de la atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente y el Plan de ese padre tiene un conocimiento real de esos términos, ese Plan es el Principal. Esta disposición se aplica a los años del Plan que comiencen después de que se notifica el decreto del tribunal;
- (b) Si un decreto judicial declara que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del apartado (3)(b)(1) mencionadas anteriormente serán las que determinen el orden de beneficios;
- (c) Si una sentencia judicial declara que ambos padres tienen custodia compartida sin especificar que uno de ellos sea responsable de los gastos del cuidado de salud o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del apartado (3)(b)(1) mencionadas, anteriormente, serán las que determinen el orden de beneficios; o
- (d) Si no existe un decreto judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de la atención médica o la cobertura de atención médica de un hijo dependiente, el orden de beneficios para el hijo se determina como sigue:
 - (i) El Plan que cubre al padre con Custodia;
 - (ii) El Plan que cubre al cónyuge del padre que tiene la custodia.
 - (iii) El Plan que cubre al padre que no tiene custodia; y entonces
 - (iv) El Plan que cubre al cónyuge del padre sin custodia.

(3) Para los hijos dependientes cubiertos bajo más de un Plan de personas que no son sus padres, las disposiciones de los apartados (3)(b)(1) o (3)(b)(2) mencionadas, anteriormente determinarán el orden de los beneficios como si tales personas fueran los padres del niño.

(4) Para un hijo dependiente cubierto bajo el Plan del cónyuge:

(a) En el caso de un hijo dependiente que tenga cobertura en uno de los Planes de uno o ambos progenitores y que también tenga su propia cobertura como dependiente en el Plan de un cónyuge, se aplica la Disposición de Duración de Cobertura Más Larga o Más Corta, que se indica a continuación.

(b) En el caso de que la cobertura del hijo dependiente bajo el Plan del Cónyuge comenzará en la misma fecha que la cobertura del hijo dependiente bajo cualquiera de los Planes de ambos padres, el orden de los Beneficios será determinado aplicando la Disposiciones de cumpleaños arriba mencionada en el apartado 3(b)(1) de los padres del hijo dependiente y del cónyuge del dependiente.

c. Disposiciones del Empleado Activo o Jubilado o de Empleado Despedido.

El Plan que cubre a una persona como un empleado activo, es decir, un empleado que no es ni despedido ni jubilado, es el Plan principal. El Plan que cubre a esa misma persona como empleado jubilado o despedido es el Plan Secundario. Lo mismo sería válido si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el otro Plan no cuenta con esta disposición y, como resultado, los Planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de los beneficios, se ignorará esta disposición. Esta disposiciones no se aplica si la disposición No dependientes o Dependientes, arriba indicada, puede determinar el orden de los beneficios.

d. COBRA o Regla Estatal de Continuación de Cobertura.

Si una persona cuya cobertura se provee conforme a COBRA o bajo un derecho de continuación provisto por el estado u otra ley federal cubierta bajo otro Plan, el Plan que cubre a la persona como empleado, afiliado, suscriptor o jubilado o que cubre a la persona como dependiente de un empleado, afiliado, suscriptor o jubilado es el Plan Principal y el de COBRA, o el del estado u otra continuación de cobertura federal es el Plan Secundario. Si el otro Plan no cuenta con esta disposición, y si, como resultado, los Planes no concuerdan respecto del orden de los beneficios, esta disposición debe ignorarse. Esta disposiciones no se aplica si la disposición No dependientes o Dependientes, arriba indicada, puede determinar el orden de los beneficios.

e. Regla de la Duración de la Cobertura más Larga o más Corta.

El Plan que cubrió a la persona como empleado, afiliado, titular de la póliza, suscriptor o jubilado durante más tiempo es el Plan Principal, mientras que el Plan que cubrió a la persona durante un período más corto es el Plan Secundario.

f. Disposición de última instancia.

Si ninguna de las disposiciones precedentes determina el orden de los beneficios, los Gastos Permitidos se repartirán por igual entre los Planes que cumplan con la definición de Plan. En cualquier caso, este Plan de Beneficios nunca pagará más de lo que hubiéramos pagado si hubiéramos sido el Plan principal.

D. Efectos en los Beneficios de este Plan

1. Cuando este Plan de Beneficios sea Secundario, podremos reducir los Beneficios para que el total de los Beneficios pagados o proporcionados por todos los planes durante un año del plan no supere el cien por cien (100 %) del total de los Gastos permitidos. Para determinar la cantidad a pagar por cualquier Reclamación, como Plan secundario, calcularemos los Beneficios que habríamos pagado en ausencia de otra cobertura de atención médica y aplicaremos esa cantidad calculada a cualquier Gasto permitido según nuestro Plan de Beneficios que no haya sido pagado por el Plan principal. Como Plan Secundario, podremos entonces reducir

Nuestro pago en la cantidad que, cuando se combina con la cantidad pagada por el Plan principal, los Beneficios totales pagados o proporcionados por todos los Planes para la Reclamación no excedan el gasto total Permitido para dicha Reclamación. Además, como plan secundario, acreditaremos al Importe deducible del Plan de Beneficios cualquier importe que hubiéramos acreditado al Importe deducible en ausencia de otra cobertura de atención médica. En cualquier caso, este Plan de Beneficios nunca pagará más de lo que hubiese pagado si hubiese sido el Plan Principal.

2. La diferencia entre los pagos de Beneficios que habríamos tenido que pagar si hubiéramos sido el Plan Principal y el pago de Beneficios realmente pagado o proporcionado deben registrarse como reserva de prestaciones para usted o un Afiliado cubierto y la utilizaremos para pagar cualquier Gasto Permitido, no abonado de otro modo durante el año del plan. A medida que se presente cada Reclamación, Nosotros:
 - a. determinaremos nuestra obligación de pagar o proporcionar Beneficios según el Plan de Beneficios;
 - b. determinaremos si una reserva de beneficios se ha registrado para usted o para el integrante de su familia; y
 - c. determinaremos si hay algún Gasto Permitido no pagado durante el año del plan.
3. Si existe una reserva de beneficios, como Plan secundario, utilizaremos la reserva de beneficios de los afiliados o del integrante cubierto de su familia para pagar hasta el cien por ciento (100 %) del total de los Gastos Permitidos incurridos durante el año del plan. Al final del año del plan, la reserva de beneficios vuelve a cero. Se debe crear una nueva reserva de beneficios para cada nuevo año del plan.
4. Si una persona cubierta está inscrita en dos o más planes de panel Cerrado, y si por alguna razón incluye la provisión de servicios por un proveedor fuera del panel, los beneficios no son pagaderos por un Plan de Panel Cerrado, no se aplicará Coordinación de Beneficios entre ese Plan y los otros Planes de Panel Cerrado.

Puede solicitar una copia en papel o en forma electrónica del Reglamento 32, Apéndice C de la LDI, el cual brinda una explicación para los Planes Secundarios sobre el propósito y uso de la reserva de beneficios y como los Planes Secundarios calculan las reclamaciones. Una copia del Apéndice C se encuentra también disponible en el sitio web del Departamento de Seguros de Luisiana en https://www.lidi.la.gov/docs/default-source/documents/legaldocs/regulations/reg32-appendixc.pdf?Sfvrsn=24e14b52_0.

E. Resumen

Este es un resumen de solo algunas de las disposiciones de Su Plan de Beneficios para ayudarlo a comprender la Coordinación de los Beneficios, lo que puede ser muy complicado. Esta no es una descripción completa de todas las reglas y procedimientos de coordinación, y no cambia ni reemplaza el contenido anterior, el cual determina sus Beneficios.

1. Doble Cobertura

Es común que los integrantes de la familia estén cubiertos por más de un plan de atención médica. Por ejemplo, esto ocurre cuando ambos esposos trabajan y eligen tener cobertura familiar a través de ambos empleadores. Cuando usted recibe cobertura de más de un Plan de Atención Médica, la ley estatal les permite a sus aseguradoras seguir un procedimiento llamado Coordinación de Beneficios para determinar cuánto debe pagar cada uno cuando Usted tiene una reclamación. El objetivo es asegurarse que los pagos combinados de todos los planes no sumen más que sus gastos cubiertos de atención médica. La Coordinación de Beneficios es complicada y cubre una amplia variedad de circunstancias. Este es solo un resumen de algunos de los más comunes.

2. Principal o Secundario

Se le pedirá que identifique todos los Planes que cubren a los integrantes de su familia. Necesitamos esta información para determinar si somos el pagador de beneficios Principal o Secundario. Cuando Usted tenga una reclamación, el Plan Principal siempre paga primero. Cualquier Plan que no contenga las reglas de Coordinación de Beneficios de Su estado siempre será el Principal.

3. Cuando este Plan de Beneficios es el Principal

Si usted o un integrante de su familia están cubiertos por otro Plan además de este, seremos el plan Principal cuando:

- a. La Reclamación es para Sus propios gastos de atención médica, a menos que esté cubierto por Medicare y tanto Usted como Su Cónyuge estén jubilados;
- b. La Reclamación es para los gastos de atención médica de su Cónyuge, que está cubierto por Medicare, y ustedes dos no están jubilados;
- c. La Reclamación es para los gastos de atención médica de su hijo que está cubierto por este Plan de Beneficios y:
 - (1) Está casado y la fecha de su cumpleaños es anterior al cumpleaños de su Cónyuge o está viviendo con otra persona, independientemente de si ha estado o no casado con esa persona, y su cumpleaños es anterior al cumpleaños de esa otra persona. Esto se conoce como la disposición del cumpleaños.
 - (2) Está separado o divorciado y nos ha informado de un decreto judicial que le hace responsable de los gastos de atención médica del menor Dependiente; o
 - (3) No existe un decreto judicial, pero usted tiene la custodia del menor Dependiente.

4. Otras Situaciones

- a. Seremos el plan Principal cuando cualquier otra disposición de la ley estatal o federal así lo exija. Cuando seamos el Plan principal, pagaremos los Beneficios de acuerdo con los términos de su Plan de Beneficios, como si no tuviera otra cobertura de atención médica bajo ningún otro plan.
- b. Seremos Secundarios cuando las reglas no requieran que seamos Principales. Cuando somos el Plan Secundario, no pagamos hasta que el Plan Principal haya pagado sus beneficios. Entonces pagaremos una parte, o la totalidad de los Gastos Permitidos que queden sin pagar, como se explica a continuación. Un Gasto Permitido es un servicio o gasto de atención médica cubierto por uno de los Planes, incluidos los Copagos, Coaseguros y Deducibles.
 - (1) Si hay una diferencia entre la cantidad que permiten los planes, basaremos nuestro pago en la cantidad más alta. Sin embargo, si el Plan Principal tiene un contrato con el proveedor, Nuestros pagos combinados no serán superiores a lo que estipule el contrato con el proveedor. Las organizaciones de mantenimiento de la salud y las organizaciones de proveedores preferidos generalmente tienen contratos con sus proveedores.
 - (2) Determinaremos Nuestro pago restando la cantidad que pagó el Plan Principal de la cantidad que hubiéramos pagado si hubiéramos sido el Principal. Usaremos cualquier importe restante para pagar el saldo de los Gastos no pagados Permitidos cubiertos por cualquiera de los planes.
 - (3) Si el Plan Principal cubre tipos similares de gastos de atención médica, pero permite gastos que no cubrimos, pagaremos esos gastos siempre que haya un saldo en Su reserva de beneficios, como se explica a continuación.
 - (4) No pagaremos un importe que el Plan principal no haya cubierto porque usted no haya seguido sus reglas y procedimientos. Por ejemplo, si el Plan ha reducido sus beneficios porque Usted no obtuvo la autorización previa, tal como lo exige ese Plan, no pagaremos la cantidad de la reducción, porque no es un Gasto Permitido.

c. **Reserva de Beneficios**

Cuando somos Secundarios a menudo pagaremos menos de lo que habríamos pagado si hubiéramos sido Principales. Cada vez que ahorramos pagando menos, pondremos esos ahorros en una reserva de beneficios. Cada integrante de su familia cubierto por este Plan de Beneficios tiene una reserva de beneficios por separado. Utilizamos la reserva de beneficios para pagar los Gastos Permitidos que están cubiertos solo parcialmente por ambos Planes. Para obtener un reembolso, debe mostrarnos lo que el plan principal ha pagado para que podamos calcular a diferencia. Para asegurarse que recibe la prestación completa por Beneficio o por coordinación, debe enviar todas las Reclamaciones a cada uno de sus Planes. Los importes pueden acumularse en su reserva por un año del plan. Al final del año del plan se eliminará cualquier saldo. Una nueva reserva de beneficios comienza el año siguiente para cada afiliado en cuanto se efectúen ingresos en las reclamaciones.

F. Derecho para recibir y divulgar la información necesaria

Se necesita cierta información para aplicar estas normas de Coordinación de Beneficios. Tenemos el derecho de decidir cuál es la información que Nosotros necesitamos. Podemos obtener los datos necesarios de cualquier otra organización o persona, o facilitárselos, con el fin de determinar la Coordinación de Beneficios. No necesitamos informar u obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Toda persona que reclame sus Beneficios dentro de este Plan de Beneficios deberá facilitarnos todos los datos que necesitemos para abonar la Reclamación.

G. Facilidad de pago

Un pago realizado dentro de cualquier otro Plan podría incluir una cantidad que debió haberse pagado en este Plan de Beneficios. Nosotros podemos pagar esa cantidad a la organización que realizó el pago. Entonces, la cantidad se tratará como si fuese un Beneficio pagado por este Plan de Beneficios. En la medida en que se realicen dichos pagos, eso Nos exime de cualquier responsabilidad. El término pago realizado incluye la prestación de Beneficios en forma de servicios, en cuyo caso se el pago realizado es el valor razonable en efectivo de cualquier Beneficio provisto en forma de servicio

H. Derecho de reembolso

Si la cantidad de los pagos que realizamos es superior a lo que debería haberse pagado dentro de esta sección de Coordinación de Beneficios, Nosotros podremos recuperar el pago en exceso:

1. de las personas a las que Nosotros les hemos pagado o en nombre de las cuales Nosotros hemos pagado;
2. de las compañías de seguros; o
3. de otras organizaciones.

La cantidad de los pagos realizados incluye el valor razonable en efectivo de cualquier Beneficio que se haya provisto en forma de servicios.

ARTÍCULO XX.DISPOSICIONES GENERALES - GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA Y AFILIADOS

LAS SIGUIENTES DISPOSICIONES GENERALES SE APLICAN AL GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA Y A TODOS LOS AFILIADOS.

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

A. El Plan de Beneficios

1. Este Plan de Beneficios, que incluye el formulario de inscripción y cambios del empleado y el Esquema de Beneficios, que expresan todo el dinero y las modificaciones o anexos, constituyen la totalidad del contrato entre las partes.
2. Excepto lo aquí provisto específicamente, este Plan de Beneficios no hará responsable a la Compañía por cualquier deber u obligación que las leyes o normas federales o estatales impongan sobre el Empleador. En la medida en que este Plan de Beneficios sea un Plan de prestaciones sociales para el empleado, como se define en la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA por sus siglas en inglés), y sus enmiendas, el Grupo será el administrador del plan de beneficios para el bienestar del empleado y será el único responsable de cumplir con todas las obligaciones que impongan la ley o las normas sobre el administrador del plan, excepto sobre aquellas específicamente a cargo de la Compañía aquí mencionadas. En la medida en que este Plan de Beneficios provea Beneficios para el tratamiento de ciertas lesiones, las exclusiones a los Beneficios cubiertos no se aplican en un grado que sea inconsistente con la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), según enmendada. Los Beneficios están disponibles para el Afiliado por enfermedad o lesión corporal por causa de un acto de violencia doméstica o una afección médica (incluyendo condiciones de salud física y mental); o para servicios médicos de emergencia. En la medida en que este Plan de Beneficios esté sujeto a la ley COBRA, el Grupo, o quien este designe por contrato, será el administrador a los fines de la ley COBRA. El Grupo es responsable de establecer y cumplir todos los procedimientos obligatorios de la ley COBRA que puedan aplicarse al Grupo. El Grupo indemnizará y exonerará a la Compañía de toda responsabilidad en caso de que la Compañía incurriera alguna obligación como resultado de un incumplimiento del Grupo.
3. La Compañía no será responsable de incumplimientos, actos, omisiones, negligencias, cumplimiento irregular, acto ilícito o mala práctica de parte de cualquier Hospital u otra institución, o de cualquier representante o empleado de ella, ni de parte de ningún médico, Proveedor Asociado, enfermera, técnico u otra persona que participe de la atención o el tratamiento del Afiliado o esté relacionado con ellos.
4. La Compañía tiene plena autoridad para determinar si reúne los requisitos para recibir los Beneficios o para interpretar los términos de este Plan de Beneficios. Los Afiliados que no estén de acuerdo con la resolución de la Compañía pueden seguir cualquier procedimiento pertinente que esté disponible según los términos de este Plan de Beneficios y la ley.
5. La Compañía tendrá el derecho de entrar en acuerdos con subcontratistas, proveedores de atención médica o terceras partes en relación con este Plan de Beneficios. Cualquiera de las funciones que deba llevar a cabo la Compañía según este Plan de Beneficios podrá ser realizada por la Compañía o cualquiera de sus subsidiarias, afiliadas, subcontratistas o personas designadas.

B. Sección 1557 Procedimiento de Quejas Formales

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

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

Correo electrónico: Section1557Coordinator@bcbsla.com

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

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

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

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana hará los arreglos adecuados para garantizar que se brinden a las personas con discapacidades y las personas con dominio limitado del idioma inglés ayudas y servicios adicionales o servicios de asistencia lingüística, respectivamente, si es necesario que participen en este proceso de queja formal. Tales arreglos pueden incluir, entre otros, la provisión de intérpretes calificados, la provisión de cintas de audio del material para personas con visión reducida, o asegurar una ubicación libre de obstáculos para los procedimientos. El Coordinador de la Sección 1557 será responsable de tales arreglos.

C. Cambios al Plan de Beneficios

Sujeto a todas las leyes y normativas vigentes, la Compañía se reserva el derecho de modificar los términos de este Plan de Beneficios. Los cambios entrarán en vigor en el momento de la renovación de este Plan de Beneficios y serán precedidos por una notificación que el Grupo recibirá en un plazo de menos de sesenta (60) días. Ningún cambio o exención a cualquier disposición del Plan de Beneficios será efectiva hasta que sea aprobada por el director ejecutivo de la Compañía o su delegado.

D. Tarjetas de identificación y planes de beneficio

Prepararemos una tarjeta de identificación para cada Suscriptor. Proporcionaremos un Plan de Beneficios al Grupo e imprimiremos una cantidad suficiente de copias del Plan de Beneficios para los Suscriptores del Grupo. Por indicación del Grupo, entregaremos todos los materiales al Grupo para que éste los distribuya a los Suscriptores, o bien entregaremos los materiales de los Suscriptores directamente a cada uno de ellos. La copia del Plan de Beneficios del Suscriptor servirá como su certificado de cobertura. A menos que se acuerde lo contrario entre el Grupo y Nosotros, el Grupo es el único responsable de distribuir dichos documentos a los Suscriptores.

E. Beneficios a los que tiene derecho el Afiliado

1. La responsabilidad de la Compañía se limita a los Beneficios especificados en este Plan de Beneficios.
2. Los Beneficios para los Servicios Cubiertos detallados en este Plan de Beneficios se prestarán únicamente para servicios y suministros prestados a partir de la Fecha de entrada en vigor del Afiliado por un Proveedor incluido en este Plan de Beneficios y regularmente incluidos en los cargos de dicho Proveedor.
3. Continuidad de los servicios de atención médica.
 - a. Después de la finalización de un acuerdo contractual con un Proveedor, la notificación de la eliminación de un proveedor de la Red de Proveedores PPO de Blue Cross and Blue Cross Blue Shield of Louisiana será entregada por Nosotros a cualquier Afiliado que haya iniciado un tratamiento con dicho Proveedor.

- b. El Afiliado tiene derecho a la continuidad de la atención médica según las siguientes disposiciones y sujeto al consentimiento del Proveedor que lo trata:
 - (1) En caso de que a la Afiliada se le haya diagnosticado un embarazo de alto riesgo o haya pasado la semana veinticuatro (24) de embarazo, se le permitirá continuar recibiendo los Servicios Cubiertos durante el parto y la atención posparto relacionada con el embarazo y el parto.
 - (2) En el caso de que el Afiliado haya sido diagnosticado con una Enfermedad que pone en Riesgo la Vida, al Afiliado se le permitirá continuar recibiendo los Servicios Cubiertos hasta que se complete el tratamiento, sin exceder los tres (3) meses a partir de la fecha de rescisión del acuerdo contractual del Proveedor.
- c. Las disposiciones de continuidad de la atención no se aplican si se presenta cualquiera de 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) El Afiliado voluntariamente elige cambiar de Proveedor.
 - (3) El Afiliado se traslada a un lugar fuera del área geográfica de servicio del Proveedor o de la Red de Proveedores PPO de Blue Cross and Blue Cross and Blue Shield of Louisiana.
 - (4) La condición crónica del Afiliado sólo requiere un control de rutina y no está en una fase aguda de la enfermedad.

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

- 1. El Grupo es el único responsable de brindar la información que solicitamos a los fines de inscribir Afiliados del Grupo en este Plan de Beneficios, procesar las bajas y realizar cambios de la situación familiar y del estado de la membresía. La aceptación de los pagos de las personas que ya no cumplen con los requisitos para recibir la cobertura no obligará a proporcionar los Beneficios de este Plan.
- 2. Todas las notificaciones de cambios en la membresía o cobertura deberán realizarse en los formularios aprobados por Nosotros y deberán incluir toda la información necesaria para que Nosotros realicemos los cambios.
- 3. El Grupo debe notificar a nuestro Departamento de Facturación y Membresía sobre la rescisión de la cobertura de un Afiliado completando un formulario de cancelación (u otro medio de notificación aceptable por nosotros) y enviarlo a Nuestras oficinas. Para el Suscriptor, debemos recibir el formulario de cancelación al final del ciclo de facturación que le sigue inmediatamente al ciclo de facturación en el que finaliza el empleo del Suscriptor en el Grupo o al finalizar su derecho para recibir cobertura (o cualquier otro período descrito en el Esquema de Beneficios). En el caso de los Dependientes, Nosotros debemos recibir el formulario de cancelación al final del ciclo de facturación inmediatamente posterior al ciclo en el que el Dependiente ya no cumple con los requisitos para recibir la cobertura (o cualquier otro período descrito en el Esquema de Beneficios). El Grupo debe enviar a nuestro Departamento de Facturación y Membresía prueba de la elección del Afiliado respecto de la cobertura de continuación disponible, tras haber finalizado la cobertura y dentro de los tres (3) días hábiles desde la recepción por parte del Grupo de los formularios de continuación firmados por el Afiliado. La Compañía no tiene la obligación de reembolsar la cantidad de primas pagadas por el Grupo o por cualquier Afiliado, si el pago se hizo a la Compañía debido a que el Grupo no notificó a tiempo a la Compañía la rescisión de la cobertura de un Afiliado.
- 4. Las solicitudes de rescisión de la cobertura que se envíen después del período mencionado se cumplirán únicamente de manera provisional tras la fecha de recepción, y el Grupo será responsable de pagar todas las primas correspondientes hasta la fecha de finalización. Todas las solicitudes de rescisión de la cobertura, sean oportunas o no, estarán sujetas a otros términos, condiciones y requisitos legales que puedan aplicarse. Cuando el Grupo presente una solicitud ante la Compañía para rescindir la cobertura de un Afiliado o la de

cualquiera de sus Dependientes, se considerará que el Grupo asume que ni el Afiliado ni su Dependiente han realizado pagos a fin de cubrir el costo de las primas de cualquier período de cobertura más allá de la fecha en que el Grupo desea que se termine la cobertura, y que no se proporcionó información ni se hizo una declaración al Afiliado ni a su Dependiente para generar una expectativa de que la cobertura de la persona continuaría más allá de esa fecha, a excepción de las divulgaciones que exige la ley con respecto a cualquier derecho de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) u otra cobertura de continuación obligatoria. En el caso en que la persona tenga derecho a continuar la cobertura conforme a la ley COBRA u otro mandato similar, el Grupo tendrá que solicitar oportunamente la rescisión de la cobertura de la persona conforme al proceso regular que creó la Compañía para tal fin, y enviar la elección de la persona para que continúe la cobertura en un proceso por separado.

5. El Grupo garantiza la precisión de la información que nos transmite a Nosotros y entiende que Nosotros confiaremos en dicha información. El Grupo acepta proporcionar o permitir la inspección de los expedientes del personal para verificar si cumple con los requisitos, si así lo solicitemos Nosotros.
6. Además, el Grupo acepta indemnizarnos por todos los gastos en los que debamos incurrir debido al incumplimiento del Grupo de transmitir información correcta y en el período que Nosotros la solicitamos. La indemnización incluye, entre otros conceptos, los pagos por Reclamaciones realizadas en nombre de las personas que cumplen los requisitos para recibir los Beneficios. Como alternativa, la Compañía podrá, a su criterio exclusivo, hacer responsable al Grupo de todos los pagos de primas de los Afiliados cuyas coberturas no fueron canceladas a tiempo a causa del incumplimiento del Grupo de notificar a la Compañía sobre la rescisión o los cambios de requisitos para recibir cobertura.

G. Rescisión de la cobertura de un Afiliado

1. La Compañía puede decidir rescindir la cobertura o finalizar la cobertura de un Afiliado si este lleva a cabo un acto o una práctica que constituyan un fraude o haga una tergiversación intencionada de los hechos materiales según los términos de este Plan. La emisión de esta cobertura está condicionada a las declaraciones contenidas en el momento de la solicitud y la inscripción. Todas las declaraciones realizadas son importantes para la emisión de esta cobertura. Cualquier información omitida intencionalmente de la solicitud o del formulario de inscripción, con respecto a cualquier Suscriptor propuesto o Afiliado Cubierto, constituirá una tergiversación intencionada de hechos materiales. La cobertura de un Afiliado podrá rescindirse retroactivamente a la fecha de entrada en vigor de la cobertura o finalizarse dentro de los tres (3) años de la fecha de entrada en vigor del Afiliado, por causa de fraude o tergiversación intencional de los hechos materiales. La Compañía le enviará al Afiliado una notificación escrita con sesenta (60) días de anticipación antes de rescindir o finalizar la cobertura conforme esta sección. Si inscribe a alguien que no cumple los requisitos para la cobertura, se considerará un acto de fraude o tergiversación intencional de los hechos materiales.
2. A menos que la continuación de cobertura esté disponible y se seleccione como se estipula en este Plan de Beneficios, la cobertura del Afiliado finaliza tal como se indica a continuación:
 - a. La cobertura del Suscriptor, y la de todos sus dependientes, finaliza automáticamente y sin notificación al final del ciclo de facturación en el que el Suscriptor deja de cumplir con los requisitos.
 - b. La cobertura para el Cónyuge del Suscriptor se cancelará automáticamente, y sin previo aviso, al final del período para el cual se hayan pagado las primas, cuando se presente un decreto final de divorcio u otra resolución legal de finalización del matrimonio.
 - c. La cobertura de un Dependiente finalizará automáticamente y sin notificación al final del ciclo de facturación en que el Dependiente deja de cumplir con los requisitos como Dependiente, si las primas han sido pagadas hasta ese período.
 - d. Tras el fallecimiento del Suscriptor, la cobertura de todos sus dependientes que sobrevivan finalizará automáticamente y sin notificación al final del ciclo de facturación en el que haya ocurrido el fallecimiento, si se han pagado las primas durante ese período. Sin embargo, el Cónyuge o Dependiente que le sobreviva puede elegir la continuación de cobertura, como se describe en otra sección de este Plan de Beneficios.

3. En el caso en que el Grupo cancele este Plan de Beneficios o que finalicemos este Plan de Beneficios debido a la falta de pago oportuno o debido a que el Grupo no cumple con una obligación exigida por este Plan de Beneficios, dicha cancelación o rescisión por sí sola pondrá fin a todos los derechos del Afiliado sobre los beneficios conforme a este Plan, a partir de la fecha efectiva de dicha cancelación o rescisión. El Grupo tendrá la obligación de notificar a sus Afiliados, participantes y beneficiarios sobre dicha cancelación o rescisión.
No tenemos la obligación de notificar al nivel de Afiliado.
4. En el caso en que ocurra lo previsto por los párrafos a., b., c., o d. mencionados, si el Afiliado está hospitalizado la fecha en que finaliza la cobertura, los Beneficios médicos relacionados con la Admisión de ese paciente finalizarán cuando termine dicha Admisión, o cuando se alcance cualquier límite de Beneficios establecido en este Plan, lo que ocurra primero.
5. Excepto que se estipule lo contrario en este Plan de Beneficios, no hay Beneficios disponibles para un Afiliado por Servicios Cubiertos prestados después de la fecha de cancelación o rescisión de la cobertura del Afiliado.
6. Nos reservamos el derecho de cambiar de forma automática el tipo de cobertura del Suscriptor para reflejar que no hay más hijos o nietos cubiertos bajo este Plan de Beneficios.
7. La cancelación o rescisión entrará en vigor a la medianoche del último día del ciclo de facturación. Los ciclos de facturación van desde el 1.º día del mes o hasta el final del mes o desde el día 15 del mes hasta el día 14 del mes siguiente.
8. Cuando la cobertura del Grupo finaliza porque el plan deja de existir o la cobertura bajo la ley COBRA se ha agotado, los Afiliados pueden solicitar cobertura individual a la Compañía o al Mercado de Seguros Médicos.

H. Presentación de Reclamaciones

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

I. Legislación vigente

Este Plan de Beneficios estará regido y será interpretado de acuerdo con las leyes y normas del Estado de Luisiana, excepto cuando queden desplazadas por las leyes federales. Este Plan de Beneficios no está sujeto a la normativa de parte de ningún otro estado que no sea el de Luisiana. Si cualquier disposición de este Plan de Beneficios entra en conflicto con cualquier ley vigente del Estado de Luisiana, la disposición se enmienda automáticamente para que cumpla con los requisitos mínimos del estatuto. Cualquier acción legal presentada contra el Plan debe presentarse en el tribunal correspondiente del Estado de Luisiana.

J. Acciones legales

1. Ninguna demanda relacionada con una Reclamación puede ser presentada más tarde de doce (12) meses después de que se solicite la presentación de la misma.
2. Todas y cada una de las demandas, con diferencia de las relacionadas con las Reclamaciones mencionadas anteriormente, se deben presentar dentro de un (1) año a partir de la finalización del Periodo de Beneficios.

K. Divulgación de la información

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

L. Cesión

1. Los derechos y Beneficios de un Afiliado bajo este Plan de Beneficios son personales, y el Afiliado no podrá cederlos de forma total ni parcial. Reconoceremos las cesiones de beneficios a los hospitales si tanto el Plan de Beneficios como el proveedor están sujetos a los La. R.S. 40:2010. Si ni el Plan de Beneficios ni el Proveedor se encuentran sujetos a los La. R.S. 40:2010, Nosotros no reconoceremos las cesiones ni los intentos de ceder los beneficios.

La información incluida en la descripción escrita de la cobertura de salud no debe interpretarse de modo que el plan Médico o Nosotros seamos responsables frente a algún tercero a quien el Afiliado le debe el costo de atención médica, tratamiento o servicios.

2. Nos reservamos el derecho de pagar directamente a los proveedores y hospitales PPO y a los proveedores y hospitales de nuestra red de proveedores participantes en lugar de pagar al afiliado.

M. Relación entre el Afiliado y el Proveedor

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

N. Este Plan de Beneficios y Medicare

1. Para los empleadores que tengan veinte (20) empleados activos o más, las leyes y normas federales disponen que todos los empleados activos mayores de sesenta y cinco (65) años, y todos los cónyuges de empleados activos y mayores de sesenta y cinco (65) años, podrán elegir la cobertura según este Plan de Beneficios o Medicare.
 - a. Cuando dicho empleado o Cónyuge elija la cobertura de este Plan de Beneficios, este Plan de Beneficios será el pagador primario de los Beneficios y Medicare será el pagador secundario.
 - b. Este Plan de Beneficios no proporcionará Beneficios para complementar los pagos de Medicare para los gastos que cumplan con los requisitos de Medicare para un Empleado activo mayor de sesenta y cinco (65) años ni para el Cónyuge mayor de sesenta y cinco (65) años de un empleado en activo, en los casos en que el empleado o el Cónyuge elijan tener el programa Medicare como pagador primario.
2. De acuerdo con las leyes federales, si un Empleado activo menor de sesenta y cinco (65) años o el Dependiente de un Empleado activo menor de sesenta y cinco (65) años están cubiertos por un Plan de Beneficios de Grupo de un Empleador con cien (100) o más Empleados y también tienen cobertura en el programa Medicare por discapacidad del Seguro Social, el Plan de Beneficios de Grupo es el pagador primario y Medicare es el pagador secundario.
3. Para las personas menores de sesenta y cinco (65) años que tengan cobertura bajo este Plan de Beneficios y que también tengan cobertura del programa Medicare, únicamente por causa de Nefropatía terminal, el programa de Medicare será el pagador primario y este Plan de Beneficios, el pagador secundario, salvo que

durante el primer período de treinta (30) meses dichas personas cumplan con los requisitos para recibir los Beneficios de Medicare exclusivamente a causa de Nefropatía terminal, este Plan de Beneficios será el pagador primario y Medicare, el pagador secundario.

Cuando este Plan de Beneficios es el pagador primario, ofrecerá Beneficios normales por los Servicios Cubiertos. Cuando este Plan de Beneficios sea el pagador secundario, ofrecerá Beneficios basados en la menor de las siguientes cantidades: la cantidad aprobada por Medicare o el Cargo Permitido por la Compañía. Cuando Medicare no exige a un Médico o Proveedor Asociado que acepte el importe aprobado por Medicare como pago total, la prestación de Beneficios dependerá de lo que consideremos menor: la cantidad aprobada por Medicare más el cargo de limitación de Medicare, si corresponde, o el Cargo Permitido de la Compañía.

O. Aviso

Todo aviso necesario en este Plan de Beneficios deberá realizarse por escrito. Los avisos enviados al Grupo deberán remitirse a la dirección que figura en la solicitud de Cobertura de Grupo. Los avisos enviados a la Compañía deberán remitirse a la dirección que figura en la solicitud de Cobertura de Grupo. Cualquier notificación que se deba entregar se considerará entregada cuando se deposite en el servicio postal de los Estados Unidos, con franqueo pagado, dirigida al afiliado a su dirección tal y como aparece en los registros de la Compañía, o al Grupo a la dirección tal y como aparece en los registros de la empresa. El Grupo, la Compañía o el Afiliado podrán, mediante un aviso por escrito, indicar una nueva dirección en la cual se le pueden enviar los avisos.

P. Lesión o enfermedad relacionada con el trabajo

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

Q. Subrogación

1. En la medida en que los Beneficios de servicios cubiertos estén provistos o abonados por este Plan de Beneficios, la Compañía se verá subrogada y pasara al derecho del Afiliado de recuperar el importe pagado según este Plan de Beneficios a cualquier persona, organización u otra compañía aseguradora, aun cuando dicha compañía aseguradora brinde Beneficios directamente a un Afiliado que es su asegurado. La aceptación de tales Beneficios en lo sucesivo constituirá la subrogación. Nuestro derecho de recuperar estará subordinado al derecho del Afiliado de «ser compensado».

La Compañía será responsable de su parte proporcional de los honorarios razonables de abogados y los costos en los que el Afiliado haya incurrido para procurar su recuperación.

2. El Afiliado reintegrará a la Compañía todos los importes recuperados por demanda, acuerdo o de algún otro modo y de parte de cualquier persona, organización u otra compañía aseguradora, aun cuando dicha compañía aseguradora otorgue beneficios directamente a un Afiliado que es su asegurado, según el alcance de los Beneficios suministrados o pagados de acuerdo con este Plan de Beneficios. El derecho de la Compañía a obtener un reembolso estará subordinado al derecho del Afiliado a «ser compensado». La Compañía acepta que será responsable de su parte proporcional de los honorarios razonables de abogados y los costos que el Afiliado haya pagado para procurar la recuperación.

3. El Afiliado deberá iniciar la acción, proveer información y asistencia y hacer cumplir dichos documentos ya que se podría solicitar a la Compañía que facilite el cumplimiento de sus derechos, y no llevará a cabo acciones que perjudiquen los derechos e intereses de la Compañía de acuerdo con este Plan de Beneficios. La compañía y sus designados tienen el derecho de obtener y revisar los registros médicos y de facturación del Afiliado, si la Compañía determina, a Su criterio, que dichos registros podrían ser útiles para procurar Nuestro derecho de subrogación o reembolso. Ninguno de los puntos incluidos en esta disposición se considerará como cambios, modificaciones o variaciones de los términos del Artículo Coordinación de Beneficios de este Plan de Beneficios.
4. El Afiliado debe notificar a la Compañía sobre cualquier Lesión Accidental.

R. Derecho de reembolso

Siempre que la Compañía haya realizado un pago por servicios cubiertos por un importe que supere los Beneficios máximos disponibles para dichos servicios, según este Plan de Beneficios, o que supere el Cargo Permitido, o siempre que haya realizado el pago por error en concepto de servicios no cubiertos, esta tendrá el derecho de recuperar ese pago del Afiliado o, si corresponde, del Proveedor. Como alternativa, la Compañía se reserva el derecho de deducir de toda reclamación de pago pendiente en este Plan de Beneficios cualquier importe que el Afiliado o el Proveedor le adeude.

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

En el caso en que el Departamento de Asuntos de los Veteranos proporcione a un veterano atención o servicios por una discapacidad no relacionada con el servicio, los Estados Unidos tendrán el derecho de recuperar o cobrarnos el costo razonable de dicha atención o servicios de la Compañía, en la medida en que el veterano cumpla con los requisitos para recibir Beneficios por dicha atención o servicios de la Compañía, 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 tendrá derecho a cobrar a la Compañía el costo razonable de los Cuidado de la Salud en el que se haya incurrido en nombre de un militar jubilado o de un Dependiente que sea militar, en un centro del servicio militar de los Estados Unidos, y en la medida en que la persona jubilada o el Dependiente tendría derecho a recibir un reembolso o una indemnización por parte de la Compañía si el jubilado o el Dependiente incurrieran en ese gasto en su propio nombre. La cantidad que los Estados Unidos pueda recuperar se reducirá en el Deducible y el Coaseguro correspondientes.

T. Responsabilidad de los afiliados al Plan

El Grupo, en representación de sus participantes y de sí mismo, reconoce explícitamente por medio del presente documento que este Plan de Beneficios constituye un contrato únicamente entre el Grupo y Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, que Blue Cross and Blue Shield of Louisiana es una corporación independiente que funciona con una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield, y que la Asociación permite a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana usar las marcas de servicio de Blue Cross and Blue Shield en el Estado de Luisiana, y que esta no realiza el contrato como agente de la asociación. El Grupo, en representación de sus participantes y de sí mismo, también reconoce y acepta que no forma parte de este Plan de Beneficios por medio de la representación de terceros que no sea Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y que ninguna persona, entidad ni organización distinta de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana podrá ser considerada responsable frente al Grupo por ninguna de las obligaciones de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana frente al Grupo creadas en función de este Plan de Beneficios. Este párrafo no crea ninguna obligación adicional para Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, salvo las creadas en virtud de otras disposiciones del presente acuerdo.

U. Servicios fuera del área

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana tiene una variedad de relaciones con otros Planes Blue Cross o Blue Shield y sus Afiliados Autorizados con Licencia (Licenciados). 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. Los Acuerdos Entre Planes se describen a continuación.

Cuando Usted reciba atención médica fuera de Nuestra área de servicio, Usted la recibirá de uno de estos dos tipos de Proveedores. La mayoría de los Proveedores (Proveedores Participantes) contratan con los Licenciarios 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.

Requisitos para los Acuerdos entre Planes - Tipos de Reclamaciones

Todos los tipos de Reclamaciones son adecuados para ser procesadas 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®

Según el programa BlueCard®, cuando Usted reciba Servicios Cubiertos dentro del área geográfica en la que presta servicio un Host Blue, Nosotros seguiremos siendo responsables de cumplir lo que acordamos en el Plan. Sin embargo, el Host Blue es responsable de la contratación y por lo general de la administración de todas las interacciones con sus Proveedores Participantes.

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

- a. los costos facturados por recibir Sus Servicios Cubiertos;
- b. el precio negociado que el Host Blue pone a Nuestra disposición; o
- c. 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 promedio, a futuro, también toman en cuenta los ajustes para corregir cálculos altos o bajos por modificaciones de precios antiguos por las clases de modificación de transacciones mencionadas más arriba. Sin embargo, dichos ajustes no afectarán el precio que utilizamos para Su Reclamación porque no serán aplicados una vez que una Reclamación ya ha sido pagada.

2. Caso Especial: Programas basados en la calidad prestada

a. Programa BlueCard®

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

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

Si Nosotros hemos firmado un Acuerdo Negociado con un Host Blue para proporcionar Programas Basados en la Calidad Prestada a Nuestros Afiliados, Nosotros seguiremos los mismos procedimientos para la administración de los Programas basados en la calidad prestada y los Honorarios del Coordinador de Atención Médica como se indicó anteriormente para el Programa BlueCard®.

3. Programas Entre planes: Impuestos/Recargos/Tarifas Federales/Estatales

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

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

a. Cálculo de la Responsabilidad del Afiliado

Cuando los Servicios Cubiertos se brindan fuera de Nuestra área de servicio por Proveedores No Participantes, las cantidades que Usted paga normalmente se basarán para el pago del Proveedor No Participante del Host Blue o de los acuerdos de precios 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, tal como se establece en este párrafo. Las leyes federales o estatales, según apliquen, pueden regir los pagos de los Servicios Médicos de Emergencia fuera de la red.

b. Excepciones

En algunas ocasiones, Nosotros podemos usar otros métodos de pago, como los cargos facturados por los Servicios Cubiertos, el pago que haríamos si los servicios de atención médica se hubieran obtenido dentro de Nuestra área de servicio, o un pago especial acordado para determinar el importe que 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, según se establece en Su Plan de Beneficios.

5. Blue Cross Blue Shield Global® Core

Si Usted está fuera de los Estados Unidos, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos (en adelante «Área de servicio de BlueCard®»), Usted puede aprovechar de Blue Cross Blue Shield Global® Core cuando acceda a los Servicios Cubiertos. El programa Blue Cross Blue Shield Global® Core se diferencia del programa BlueCard® disponible en el área de servicio de BlueCard® en ciertos aspectos. 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 1-804-804-1177, 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 este Plan de Beneficios.

b. Servicios para Pacientes Ambulatorios

Los Médicos, los Centros de Atención de Urgencia y otros Proveedores 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 1-804-804-1177, las veinticuatro (24) horas del día, siete (7) días a la semana.

V. Certificados de Cobertura Válida para HIPAA

Emitiremos un certificado de Cobertura Acreditada o un documento similar a un individuo, si lo solicita dentro de los veinticuatro (24) meses posteriores al cese de la cobertura en virtud de este Plan de Beneficios.

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

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

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

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

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

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

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

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

1. La Compañía mantendrá la cobertura del Suscriptor durante todo periodo de ausencia por licencia que el Grupo esté obligado a brindar de acuerdo con las leyes federales o estatales correspondientes, inclusive la Ley de Licencia Médica y Familiar de 1993 (FMLA), la Ley de Americanos con Discapacidades o La Ley de Discriminación por Embarazo y toda enmienda o disposición posterior, siempre que se sigan cumpliendo todos los demás criterios requeridos por la ley. Si la cobertura del Suscriptor finaliza durante una licencia conforme a la FMLA, cuando el Suscriptor regrese al empleo activo de tiempo completo, tendrá derecho a volver a inscribirse para recibir cobertura siempre que el Grupo mantenga la cobertura con la Compañía. Si el Suscriptor no se reincorpora al empleo activo de tiempo completo al finalizar la ausencia por licencia, dejará de cumplir con los requisitos y al final del período de facturación en el que vence el período de licencia se finalizará la cobertura para él y todos sus Dependientes o bien sucederá lo descrito en el apartado Rescisión de la Cobertura de un Afiliado. Es posible que el Suscriptor y sus Dependientes tengan derecho a continuar con su cobertura de acuerdo con el artículo de Derechos de Continuación de Cobertura incluido en este Plan.
2. Cuando el Grupo o Empleador otorga al Suscriptor una licencia para ausentarse documentada y aprobada, y dicha licencia no se debe a razones de salud del Suscriptor, la Compañía mantendrá la cobertura para el Suscriptor y sus Dependientes cubiertos durante un período que no supere los noventa (90) días. Durante el período de ausencia aprobado se deben pagar las primas y el Suscriptor debe seguir siendo un Empleado de buena fe del Grupo. El Grupo le brindará a la Compañía prueba de la licencia documentada, si así lo solicita. Si el Grupo da por finalizado el empleo del Suscriptor, el Suscriptor ya no cumple con los requisitos y la cobertura se dará por finalizada para el Suscriptor y los Dependientes, como se describe en la sección de

Terminación de la Cobertura de un Afiliado. Es posible que el Suscriptor y sus Dependientes tengan derecho a continuar con su cobertura de acuerdo con el artículo de Derechos de Continuación de Cobertura incluido en este Plan.

Y. Nuestro derecho a ofrecer incentivos a las primas

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

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

ARTÍCULO XXI. PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES

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

El Afiliado puede estar disconforme con las decisiones tomadas respecto de los Servicios Cubiertos. Nosotros consideramos una Apelación por escrito como la solicitud del Afiliado de cambiar una Determinación Adversa de Beneficios realizada por la Compañía.

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

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

A. Procedimiento de Quejas, Quejas Formales y Reconsideraciones Informales

Una preocupación por la calidad del servicio de Nuestros servicios, accesos, disponibilidad o actitud, y también de Nuestros Proveedores de la Red. Una preocupación por la calidad de la atención se refiere a la idoneidad de la atención brindada a un Afiliado.

1. Para Registrar una Queja

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

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

2. Para Presentar una Queja Formal

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

Envíe las Quejas por escrito a:

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

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

Para Presentar una Queja Formal

3. Reconsideración Informal

Una Reconsideración Informal es una solicitud telefónica realizada por un Proveedor autorizado en nombre del Afiliado, para hablar con Nuestro director médico o con un colega revisor respecto de la decisión de Administración de la Utilización que Nosotros hemos tomado. Una Reconsideración Informal normalmente se basa en el envío de información adicional o la discusión entre pares.

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

B. Procedimientos de Apelación Estándar

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

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

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

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

C. Proceso de Apelación Estándar

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

Se le recomienda al Afiliado a proporcionarnos toda la información disponible para ayudarnos a evaluar completamente la Apelación, tal como comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con la Determinación Adversa de Beneficios. Ofreceremos al Afiliado, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente a su Determinación Adversa de Beneficios del Afiliado.

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

1. Apelaciones Administrativas

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

Las Apelaciones Administrativas deben enviarse por escrito a:

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

a. Apelaciones Administrativas de Primer Nivel

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

después de los ciento ochenta (180) días de Nuestra Determinación Adversa de Beneficios no serán consideradas.

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

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

b. Apelaciones Administrativas de Segundo Nivel

Después de la revisión de Nuestra decisión de Apelación de primer nivel, si el Afiliado aún está disconforme, deberá presentar una solicitud de Apelación por escrito dentro de los sesenta (60) días siguientes a Nuestra decisión de Apelación de primer nivel.

No se tendrán en cuenta las solicitudes que recibamos una vez transcurridos sesenta (60) días desde la decisión de la Apelación administrativa de primer nivel.

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

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

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

2. Apelaciones Médicas

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

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

Las Apelaciones Médicas deben enviarse a:

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

a. Apelaciones Médicas Internas

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

Un Médico u otro profesional de la salud, en la misma o en una especialidad apropiada que típicamente trata la afección médica, el procedimiento o el tratamiento bajo revisión y que no está subordinado a

ninguna de las personas que participó en la decisión sobre la Determinación Adversa de Beneficios, revisará la Apelación interna por ~~Necesidades~~ médicas.

Si se anula la Apelación administrativa interna, Nosotros volveremos a procesar la Reclamación del Afiliado, si procede. Si la Apelación médica interna es aceptada, notificaremos al Afiliado de sus derechos a emprender un proceso de Revisión Externa de Apelación si la Determinación Adversa de Beneficios cumple los criterios.

La decisión sobre la Apelación médica interna se les enviará por correo al Afiliado, su representante autorizado o al Proveedor autorizado para actuar al nombre del Afiliado dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la solicitud del Afiliado, a menos que acordemos mutuamente que se justifica una prórroga del plazo.

b. Revisión Externa de las Apelaciones Médicas y Rescisiones

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

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

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

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

Brindaremos a la Organización de Revisión Independiente toda información pertinente que sea necesaria para llevar a cabo la Apelación. La revisión externa debe ser cumplimentada dentro de un plazo cuarenta y cinco (45) días tras haber recibido Nosotros la Revisión de Apelación externa. La Organización de Revisión Independiente notificará su decisión al Afiliado, a su representante autorizado o a un Proveedor autorizado para actuar en nombre del Afiliado de su decisión.

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

D. Apelaciones Aceleradas

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

Una Apelación Acelerada también incluye solicitudes relacionadas a una Admisión, disponibilidad de atención médica, continuidad de la hospitalización o servicio de atención para un Afiliado que se encuentra actualmente recibiendo Servicios Médicos de Emergencia, está bajo observación o está recibiendo atención como Paciente Hospitalizado.

Una Apelación Acelerada Externa también está disponible si la Determinación Adversa de Beneficios supone la

denegación de la cobertura basado en una determinación que los servicios de atención médica o los tratamientos recomendados o solicitados se consideran experimentales o en Investigación; y el Médico que atiende a las personas cubiertas certifica por escrito el servicio de atención médica o tratamiento de salud recomendado o solicitado, que el objeto de la Determinación Adversa de Beneficios, sería considerablemente menos eficaz si no se iniciara oportunamente.

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

Una Apelación Acelerada deberá estar disponible para, y puede ser iniciada por el Afiliado, el representante autorizado o un Proveedor autorizado para actuar en nombre del Afiliado. Las solicitudes de Apelaciones Aceleradas pueden ser verbales o por escrito.

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

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

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
Apelación Acelerada - Apelación Médica
P. O. Box 98022
Baton Rouge, LA 70898-9022

1. Apelaciones Médicas Aceleradas Internas

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

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

2. Apelación Médica Acelerada Externa

Una Apelación Acelerada Externa médica es una solicitud de revisión inmediata, por una Organización de Revisión Independiente. Esta petición puede presentarse simultáneamente con una petición de Apelación médica Acelerada interna, ya que la Organización de Revisión Independiente asignada para conducir la revisión médica 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 médicas a la Organización de Revisión Independiente, para que la revisión pueda completarse dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a la recepción.

Para todas las Apelaciones Médicas, la Oficina de Defensa del Consumidor del Departamento de Seguros está disponible para ayudar en el proceso de apelación. Usted puede comunicarse directamente con el Comisario de Seguros para recibir asistencia:.

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

E. Apelaciones internas y Apelación externas de la Ley contra las facturas médicas sorpresa (NSA, por sus siglas en inglés)

La Ley contra las facturas médicas sorpresa añadió ciertos derechos y garantías a los Afiliados que pueden dar lugar a que un Afiliado pueda presentar Apelaciones Internas y Externas. Si un Afiliado no está satisfecho con las decisiones que tomamos en relación con los derechos del Afiliado y las protecciones añadidas por la Ley contra las facturas médicas sorpresa, el Afiliado puede presentar una Apelación. Algunos ejemplos de los derechos y garantías del Afiliado añadidos por la Ley contra las facturas médicas sorpresa son los siguientes:

1. Protecciones para los Afiliados en lo que respecta al reparto de costos y la facturaciones sorpresa por Servicios Médicos de Emergencia;
2. Protecciones del Afiliado en materia de reparto de costos y contra las facturas médicas sorpresa por la atención prestada por Proveedores Fuera de la Red en centros de la Red;
3. Si los Afiliados están en condiciones de recibir la notificación y dar su consentimiento informado para renunciar a las protecciones de la Ley contra las facturas médicas sorpresa; y
4. Si una Reclamación por cuidados médicos recibidos está codificada correctamente y refleja con exactitud los tratamientos recibidos, y las garantías asociadas por la Ley contra las facturas médicas sorpresa respecto al reparto de costes de los Afiliados y la facturación inesperada.

Se le recomienda al Afiliado a que nos facilite, y debe facilitarnos toda la información disponible para ayudarnos a evaluar completamente la Apelación relacionada con la Ley contra las facturas médicas sorpresa, como comentarios escritos, documentos, registros y cualquier otra información.

Ofreceremos al Afiliado, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente a su Apelación relacionada con la Ley contra las facturas médicas sorpresa.

El Afiliado tiene el derecho de designar a un representante autorizado para representarle en sus Apelaciones relacionadas con la Ley contra las facturas médicas sorpresa. Un representante autorizado es aquella persona a quien el Afiliado le haya dado su consentimiento escrito para que le represente en una Apelación Interna o Apelación Externa. El representante autorizado puede ser el Proveedor del tratamiento del Afiliado si el Afiliado designa al Proveedor por escrito.

1. Apelaciones internas por la ley de facturación médica sin sorpresas (NSA, por sus siglas en inglés)

Si un Afiliado cree que no hemos cumplido con las medidas de protección contra las facturas médicas sorpresa y el reparto de los costos o con la continuidad de la atención de Ley contra las facturas médicas inesperadas, deberá presentar una solicitud de revisión por escrito en un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la Determinación Adversa de Beneficios correspondiente a la Ley contra las facturas médicas sorpresa. No se tendrán en cuenta las solicitudes que recibamos una vez transcurridos los ciento ochenta (180) días posteriores a la Determinación Adversa de Beneficios relacionadas con la Ley contra las facturas médicas sorpresa.

La solicitud de Apelación interna por la Ley contra las facturas médicas sorpresa deberá presentarse por escrito a:

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

Si el Afiliado tiene preguntas o necesita ayuda, puede llamar a Nuestro departamento de atención al cliente al número que figura en la tarjeta de identificación.

Investigaremos las inquietudes del Afiliado. Si se anula la Apelación interna o la Ley contra las facturas médicas sorpresa, Nosotros volveremos a procesar la Reclamación del Afiliado, si es el caso. Si se ratifica la Apelación interna por la Ley contra las facturas médicas sorpresa, Nosotros informaremos al Afiliado de su derecho a iniciar el proceso de Apelación de externas por la Ley contra las facturas médicas sorpresa.

La decisión sobre la Apelación internas por la ley de facturación médica sin sorpresas, se enviará por correo al Afiliado, del Afiliado en representante autorizado o al Proveedor autorizado para actuar al nombre del Afiliado dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la solicitud del Afiliado, a menos que acordemos mutuamente que se justifica una prórroga del plazo.

2. Apelación Externa por la ley de facturación médica sin sorpresas (NSA)

Si un Afiliado no está de acuerdo con la decisión de la Apelación interna por la Ley contra las facturas médicas sorpresa, deberá presentar por escrito una solicitud de Apelación Externa por la Ley contra las facturas médicas sorpresa en un plazo de cuatro (4) meses a partir de la recepción de la decisión de la Apelación interna por la Ley contra las facturas médicas sorpresa. No se tendrán en cuenta las solicitudes que recibamos una vez transcurridos cuatro (4) meses posteriores a la recepción de la Apelación interna por la Ley contra las facturas médicas sorpresa.

Usted está obligado a firmar y devolver el formulario incluido en el aviso de denegación de Apelaciones internas por la Ley contra las facturas médicas sorpresa que autoriza la divulgación de los registros médicos para su revisión por la Organización de Revisión Independiente. Las apelaciones sometidas por su Proveedor no serán aceptadas sin el formulario completado con Su firma.

Las solicitudes de Apelaciones externas por la Ley contra las facturas médicas sorpresa se deben enviar por escrito a:

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

Si el Afiliado tiene preguntas o necesita ayuda, puede llamar a Nuestro departamento de atención al cliente al número que figura en la tarjeta de identificación.

Un Afiliado debe agotar todas las oportunidades de Apelación interna por la Ley contra las facturas médicas sorpresa antes de solicitar una Apelación Externa por la Ley contra las facturas médicas sorpresa para ser llevada a cabo por una Organización de Revisión Independiente.

Brindaremos a la Organización de Revisión Independiente toda información pertinente que sea necesaria para llevar a cabo la Apelación Externa por la Ley contra las facturas médicas sorpresa. La revisión externa debe ser cumplimentada dentro de un plazo cuarenta y cinco (45) días a partir de que Nosotros recibamos la solicitud de Apelación Externa por la Ley contra las facturas médicas sorpresa. La Organización de Revisión Independiente notificará su decisión al Afiliado, a su representante autorizado o a un Proveedor autorizado para actuar en nombre del Afiliado de su decisión.

La decisión de la Organización de Revisión Independiente se considera una decisión final y vinculante para el Afiliado y, también, para Nosotros con el propósito de determinar la cobertura bajo este Plan de Beneficios de salud. Este proceso de Apelación Externa por la Ley contra las facturas médicas sorpresa constituirá Su único recurso en conflictos relacionados a si la Compañía cumplió con las medidas de protección contra las facturas médicas inesperadas y el reparto de los costos de la Ley contra las facturas médicas sorpresa, excepto en el caso en que existan otros recursos disponibles en virtud de la legislación estatal o federal.

El Afiliado puede ponerse en contacto con el 1-800-985-3059 o visitar www.cms.gov/nosurprises (en inglés), para obtener más información sobre los derechos del Afiliado sobre Ley contra las facturas médicas sorpresa.

ARTÍCULO XXII. DERECHOS DE LA LEY ERISA

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

A. Recepción de la información sobre el plan y los beneficios

1. El Afiliado puede analizar, sin cargo, ya sea en la oficina del administrador del plan o en otras ubicaciones especificadas, como lugares de trabajo y sindicatos, todos los documentos que rijan al plan, entre ellos, contratos de seguros y acuerdos de negociación colectivos y una copia del informe anual más reciente (Formulario serie 5500) que haya presentado el plan al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y que esté disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.
2. Mediante solicitud por escrito al Administrador del Plan, el Afiliado podrá obtener copias de los documentos que rigen el funcionamiento del plan, entre ellos contratos de seguros y acuerdos de negociación colectivos, así como también copias del informe anual más reciente (Formulario serie 5500) y un resumen actualizado de la descripción del plan. El Administrador del plan podrá aplicar un cargo razonable por las copias.
3. El Afiliado podrá recibir un resumen del informe financiero anual del plan. La ley exige al Administrador del Plan que otorgue a cada Afiliado una copia de este resumen del informe anual.

B. Continuación de la cobertura del Plan Médico para grupos

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

C. Medidas Prudentes de los Fiduciarios del Plan

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

D. Hacer valer los derechos del Afiliado

1. Si la Reclamación de un Afiliado por un Beneficio del plan es denegada o ignorada total o parcialmente, el Afiliado tiene derecho a saber la razón de esta determinación, a obtener copias, sin cargo, de los documentos relacionados con la decisión y a Apelar toda denegación, dentro de ciertos plazos.
2. Bajo la ley ERISA hay pasos que el Afiliado puede seguir para hacer cumplir los derechos mencionados. El Afiliado debe agotar todos los procedimientos disponibles de Reclamaciones y Apelaciones que tenga a su disposición antes de iniciar cualquier demanda. Por ejemplo, si el Afiliado solicita una copia de documentos del plan o el informe anual más reciente del plan y no los recibe dentro del plazo de treinta (30) días, podrá iniciar una demanda en un Tribunal Federal. En dicho caso, el tribunal podrá solicitar al Administrador del Plan que aporte los materiales y pague al participante hasta ciento diez dólares (\$110.00) por día hasta que reciba los materiales, a menos que no se hayan enviado por motivos que estén fuera del control del Administrador del Plan. Si el Afiliado presentó una reclamación de Beneficios, que se denegó o ignoró, total o parcialmente, podrá iniciar una demanda en un Tribunal estatal o Federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del plan, o la falta de ella, sobre el estado calificado de una orden de relaciones domésticas o una orden de asistencia médica a niños, podrá iniciar una demanda en un Tribunal Federal. En caso de que los fiduciarios del plan utilizaran incorrectamente el dinero del plan, o si el Afiliado es discriminado por defender sus derechos,

podrá solicitar asistencia del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o podrá iniciar una demanda en un Tribunal Federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos y los honorarios legales. Si el afiliado tiene una sentencia favorable, el tribunal podrá ordenar que la persona a la que él ha demandado pague dichos costos y honorarios. Si el Afiliado es quien pierde, el tribunal podrá ordenar que sea él quien pague dichos costos y honorarios, por ejemplo, si determina que la reclamación carece de fundamentos.

E. Asistencia con las preguntas del Afiliado

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

ARTÍCULO XXIII. ATENCIÓN MÉDICA MIENTRAS VIAJA, CAMBIOS EN EL PLAN Y PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana actualiza continuamente el acceso por internet para Ahora los Afiliados podrán llevar a cabo muchas de las funciones que se describen a continuación, sin tener que comunicarse con Nuestro Centro de Atención al Cliente. Invitamos a los Afiliados a que inicien sesión en es.bcbsla.com para acceder a dichos servicios.

Todos los formularios que se mencionan en esta sección pueden obtenerse en la oficina de personal del Empleador, una de Nuestras oficinas locales de servicios* o en la oficina central de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. El Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado lleva el cuestionario de salud en la cara posterior.

Si el Afiliado necesita enviarnos documentación, puede dirigirla a la oficina central de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, P. O. Box 98029, Baton Rouge, LA 70898-9029, o a nuestra dirección, 5525 Reitz Avenue, Baton Rouge, LA 70809.

Si el Afiliado tiene alguna pregunta sobre la información de esta sección, puede hablar con su Empleador o llamar a Nuestro Departamento de Atención al Cliente al número telefónico que figura en la tarjeta de identificación.

A. Obtención de atención médica mientras viaja

La tarjeta de identificación de Afiliado le ofrece un cómodo acceso de PPO atención médica fuera del estado de Luisiana. Si Usted está de viaje o reside fuera de Luisiana y Usted necesita atención médica, siga estos pasos:

1. En caso de Emergencia, diríjase directamente al Hospital más cercano.
2. Llame a BlueCard® Access al 1-800-810-BLUE (2583) para obtener información sobre los médicos y Hospitales PPO más cercanos.
3. Utilice un proveedor PPO para recibir el nivel más alto de Beneficios.
4. Presente la tarjeta de identificación al médico u Hospital para que verifiquen su cobertura y presenten las Reclamaciones a nombre del Afiliado.
5. El Afiliado debe obtener todas las Autorizaciones requeridas por parte de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana.

B. Añadir o Cambio de Integrantes de la familia en el plan del Afiliado

El Esquema de Requisitos permite al Afiliado saber cuándo es necesario que solicite la cobertura para inscribir a otros integrantes de su familia en la póliza del Afiliado. Lea el Esquema de Requisitos y esta sección, ya que contienen información importante para el Afiliado.

El Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado es el documento que debemos recibir para inscribir a familiares que no figuren en el formulario original de solicitud e inscripción del Afiliado. El Esquema de Requisitos le dirá al afiliado si requerimos el Formulario de inscripción y cambios de Empleado o el cuestionario de salud. Como el Afiliado está cubierto por un plan de seguro de Grupo, es extremadamente importante que el Afiliado siga los plazos establecidos del Esquema de Requisitos para hacer estos cambios en el plan del Afiliado. Si el afiliado no completa y no nos envía el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado para que lo recibamos dentro de los plazos establecidos en el Esquema de Requisitos, es posible que la cobertura del seguro del afiliado no se amplíe para incluir otros integrantes adicionales de la familia. Es muy importante completar y enviar el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado es especialmente importante cuando la primera persona Dependiente del Afiliado pasa a tener derecho a la cobertura o cuando el Afiliado ya no tiene ninguna persona Dependiente que cumpla los requisitos.

Si el Afiliado presenta cualquier cambio en su familia, debe presentar Un Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado. También se le puede solicitar al Afiliado que sus familiares completen un cuestionario sobre salud. El Esquema de Requisitos explica cuándo entra en vigencia la cobertura para los nuevos integrantes de la familia. Por lo general, el Formulario de Inscripción y Cambios del Empleado se utiliza para agregar a un niño recién

nacido, un recién nacido adoptado, un cónyuge u otros dependientes que no estén mencionados en la solicitud original de cobertura del Afiliado. Debemos recibir el formulario completo de parte del Afiliado en nuestras oficinas centrales dentro de los treinta (30) días del nacimiento, de la entrega en adopción de un niño o del matrimonio del Afiliado.

C. Cómo Presentar Reclamaciones de Seguro para Beneficios

La Compañía y la mayoría de los Proveedores han celebrado contratos que eliminan la necesidad de que sea el Afiliado quien presente personalmente la reclamación de los Beneficios. Los Proveedores de la red Preferred Care o Participantes presentarán las Reclamaciones en nombre de los Afiliados por correo o por vía electrónica. En algunas situaciones, el Proveedor puede solicitar que sea el Afiliado quien presente la reclamación. Si el Proveedor solicita que sea el Afiliado quien presente la Reclamación directamente a la Compañía, la siguiente información será de utilidad para que el Afiliado complete correctamente el formulario de la reclamación.

La tarjeta de identificación muestra la forma en que el nombre del Suscriptor (Afiliado del Grupo) aparece en los registros de la Compañía (Si el Afiliado tiene cobertura de Dependientes, el nombre(s) se registra(n) tal y como aparece(n) en la información de inscripción que recibimos). La tarjeta de identificación también incluye el número de contrato (N.º de ID) del Afiliado. Este número es el que identifica al Afiliado y debe facilitárnoslo cada vez que presente una Reclamación.

Para que podamos tramitar rápidamente las Reclamaciones del Afiliado, asegúrese que:

1. se utilice un formulario de Reclamación adecuado
2. el número de contrato (N.º de ID) del formulario es idéntico al número que figura en la tarjeta de identificación;
3. la fecha de nacimiento del paciente está indicada
4. esté correctamente señalada la relación del paciente con el Suscriptor
5. todos los gastos están desglosados, ya sea en el formulario de Reclamaciones o en la declaración adjunta la fecha del servicio (ingreso en un Hospital u otro Proveedor) o la fecha del tratamiento es correcta.
6. el Proveedor indique un código de diagnóstico y otro de procedimiento por cada servicio/tratamiento prestado (los indicadores del código de diagnóstico deben coincidir con el formulario de Reclamación)
7. la Reclamación esté completa y firmada por el Afiliado y el Proveedor.

AVISO IMPORTANTE: El Afiliado debe asegurarse de verificar que la información sea correcta en todas las Reclamaciones. El número de Contrato debe ser correcto. Es importante que el Afiliado conserve una copia de todas las facturas y Reclamaciones enviadas.

D. Presentación de Reclamaciones Específicas

1. Reclamaciones de admisión a un hospital o a un Centro de salud relacionado

Cuando un Afiliado o un integrante de la familia inscrito tramita la admisión en un Proveedor participante, el Afiliado debe mostrar Su tarjeta de identificación de Blue Cross and Blue Shield al empleado de admisiones. El Proveedor será quien nos presente Su Reclamación por usted. Nuestros pagos serán enviados directamente al Proveedor Preferred o Participante. El Proveedor después le enviará al Afiliado la factura de cualquier saldo restante. El Afiliado recibirá una Explicación de los Beneficios después de que la Reclamación haya sido procesada.

2. Reclamaciones del Departamento de Pacientes Ambulatorios

El procedimiento que se debe seguir es el mismo que para una Admisión a un Hospital o a un Centro de salud Relacionado. Sin embargo, en algunos casos relacionados con emergencias o tratamientos ambulatorios, el

Proveedor puede solicitar el pago directamente al Afiliado. Si esto ocurre, el Afiliado debe obtener una copia detallada de la factura; asegúrese de que en el formulario de Reclamación aparezca correctamente el Número de Contrato, la fecha de nacimiento del paciente, así como la relación del paciente con el Suscriptor. El Proveedor debe indicar en el formulario de la declaración o de la Reclamación como PAGADO (PAID en inglés). Este estado de cuenta deberá enviarse a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana.

3. Reclamación por servicios de sala de emergencias

Cuando el Afiliado tenga Servicios de Emergencia prestados por un Proveedor de Red o Fuera de la Red, el Afiliado debe mostrar su tarjeta de identificación al empleado de admisiones. De ser así, será el Proveedor quien nos presente la Reclamación. El pago de los Beneficios se enviará directamente al Proveedor. El Afiliado recibirá una Explicación de los Beneficios después de que la Reclamación haya sido procesada.

4. 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 el Afiliado presenta la tarjeta de identificación a un Farmacéutico Participante. Sin embargo, si el Afiliado debe presentar una reclamación para acceder al beneficio de Medicamentos con Receta, deberá utilizar el Formulario de Reclamación de Medicamentos con Receta. Los Afiliados pueden obtener un Formulario de Reclamación de Medicamentos con Receta en la sección de farmacia de Nuestra página web, es.bcbsla.com/pharmacy. El Formulario de Reclamación de Medicamentos con Receta o un documento adjunto que Nos resulte aceptable, deberá estar firmado por el farmacéutico que despache el medicamento. El formulario de reclamación debe enviarse al Administrador de Beneficios de Farmacia de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, cuyo número de teléfono se puede encontrar en la tarjeta de identificación.

Los Beneficios se pagarán al Afiliado según el Cargo Permitido que tenga por el Medicamento con Receta.

5. Otras Reclamaciones Médicas

Cuando el Afiliado recibe otros servicios médicos (clínicas, consultorio del Proveedor, etc.) debe preguntar si el Proveedor es un Proveedor de la red Preferred Care o un Proveedor Participante. De ser así, será el proveedor quien nos presente la reclamación del Afiliado. En algunas situaciones, los Proveedores pueden solicitar el pago y pedirle al Afiliado que lo realice. Si esto ocurre, el Afiliado debe asegurarse de que el formulario de Reclamación esté completo antes de enviarlo a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. Si es el Afiliado quien presenta la reclamación, en esta deben aparecer los cargos detallados por cada uno de los procedimientos o servicios.

AVISO: No podrán utilizarse estados de cuenta, cheques cancelados, recibos de pago y facturas con saldos anteriores, en lugar de facturas detalladas.

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

- a. nombre completo del paciente;
- b. fechas de servicio;
- c. descripción del servicio y código de procedimiento;
- d. código de diagnóstico;
- e. cargo por servicio;
- f. nombre y dirección del Proveedor del servicio.

6. 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. La declaración del Médico o del Proveedor de la salud asociado de que los servicios eran Necesarios por razones médicas por razones médicas deben ser adjuntados con los recibos por los servicios de enfermería.

7. Reclamaciones de equipo médico duradero (DME)

Los cargos por el alquiler o la compra de sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas, etc. deben incluirse en la factura de la empresa que los suministra, 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 o Proveedor de salud asociado que atiende el caso donde se indique que los servicios fueron Médicamente Necesarios.

8. Reclamaciones por Trastornos de Salud Mental o por el Consumo de Sustancias Tóxicas

Para recibir ayuda al presentar una reclamación por salud mental o por consumo de sustancias tóxicas, el Afiliado debe consultar la tarjeta de identificación o comunicarse con nuestro Departamento de Atención al Cliente.

E. Si un afiliado tiene una pregunta sobre su reclamación

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.

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

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

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

ARTÍCULO XXIV.DISPOSICIONES GENERALES - SOLO GRUPO O TITULAR DE LA PÓLIZA

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

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

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

B. Cambio en el importe de la Prima

1. Las primas de este Plan de Beneficios pueden aumentar tras los primeros doce (12) meses de cobertura del Grupo y cada seis (6) meses a partir de entonces, excepto cuando las primas puedan aumentar con mayor frecuencia, como se describe en el siguiente párrafo. Excepto por lo dispuesto en el párrafo siguiente, le daremos al Grupo un plazo de cuarenta y cinco (45) días a partir de la notificación por escrito sobre todo cambio en las tasas de las primas (noventa [90] días de notificación por escrito para los grupos de Empleadores que tienen más de 100 Empleados inscritos). Enviaremos la notificación a la dirección más reciente del Grupo que tengamos en Nuestros registros. Todo aumento de prima entrará en vigor en la fecha especificada en el aviso de cambio de tarifa. Si sigue pagando la prima constituirá la aceptación del cambio.
2. Nos reservamos el derecho de aumentar las primas con mayor frecuencia que lo indicado anteriormente debido a un cambio en el alcance o la naturaleza del riesgo que anteriormente no se había considerado en el proceso de determinación de tarifas, en cualquier momento durante la vigencia del Plan de Beneficios. Este riesgo incluye, entre otros, el derecho a aumentar el importe de la prima por: (1) la adición de una nueva persona cubierta; (2) la adición de una nueva entidad cubierta; (3) un cambio en la edad o ubicación geográfica de cualquier individuo asegurado o titular de la póliza; (4) o un cambio en el nivel de Beneficios del plan que sea distinto al que estaba vigente en el momento de la última determinación de tarifas. El aumento de la prima se hará efectivo en la próxima fecha de facturación posterior a la fecha de entrada en vigor del cambio del riesgo. Si sigue pagando la prima constituirá la aceptación del cambio.

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

En el caso en que las leyes federales o estatales exijan que la Compañía haga un reintegro sobre una parte del pago anual de la prima, la Compañía deberá pagar al Grupo o Titular de la póliza el reintegro total correspondiente al Plan, y al Grupo, en nombre de la Compañía, distribuirá de dicho reintegro una parte prorrateada de este entre los Suscriptores (incluidos entre otros, Empleados, jubilados y representantes designados que reciban cobertura del Plan de Beneficios del Grupo) de acuerdo con su contribución a la prima reintegrada. El Grupo debe garantizar una notificación adecuada a las agencias impositivas federales y estatales y que cada uno de los pagos a los Suscriptores esté acompañado por la documentación federal y estatal correspondiente, por ejemplo, el formulario 1099. El Grupo creará y conservará los registros y la documentación que den evidencia de la distribución precisa de todo reintegro y deberá brindar dicho registro a la Compañía, cuando esta los solicite. En el registro deberán incluirse:

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

El Grupo se asegurará de que cualquier cantidad de reembolso no reclamada se comunique de conformidad con las leyes de propiedad no reclamada del estado del domicilio del Suscriptor correspondiente. El Grupo indemnizará a la Compañía en caso de que a esta se le apliquen multas, recargos o gastos, incluidos los honorarios razonables de abogados, debido a la falta de cumplimiento del Grupo con sus obligaciones conforme a esta sección del Plan para Grupos de Beneficios de salud.

D. Derecho del Grupo de cancelar el Plan

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

E. Derecho de la Compañía de rescindir la Plan por falta de pago de la Prima

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

3. El Grupo o Titular de la póliza se compromete a pagarnos los costos y honorarios razonables, incluyendo los honorarios razonables de abogados, por nuestro intento de cobrar cualquier importe adeudado en virtud del presente Plan de Beneficios, incluyendo, entre otros, la prima impagada.

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

La Compañía puede rescindir este Plan de Beneficios con un preaviso de sesenta (60) días de antelación, indicando el motivo de la rescisión, si se produce alguna de las siguientes situaciones:

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

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

G. Votos por Representación de Apoderados

La elección de la Junta de Directores del Plan y ciertas transacciones corporativas importantes están determinadas por el voto mayoritario de los titulares de la póliza, a menos que por ley sea necesario un voto distinto o que lo requieran los estatutos de constitución o reglamentos del Plan. El titular de la póliza designa como su apoderado, por medio de la solicitud de cobertura, a los Afiliados de la Junta de Directores del Plan para que vote en estos asuntos importantes. El pago de cada prima extiende la efectividad del apoderado a menos que se revoque por parte del titular de la póliza. El titular de la póliza podrá revocar al apoderado emitiendo una notificación por escrito donde conste la revocación. Esta revocación puede presentarse en cualquier forma de escritura, ya sea para revocar al apoderado o para designar a uno distinto, y debe enviarse al Plan a:

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

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

H. Servicios fuera del área

Por favor consulte la sección de Servicios Fuera de Área en el Artículo Disposiciones Generales - Grupo o Titular de la póliza y Afiliados de este Plan de Beneficios para una explicación más detallada de estos Arreglos entre Planes y el Programa BlueCard®.

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana tiene una variedad de relaciones con otros Licenciarios Blue Cross o Blue Shield llamados generalmente Acuerdos Entre Planes. Estos Acuerdos Entre Planes se basan en las reglas y procedimientos emitidos por Blue Cross and Blue Shield Association (La Asociación). Cada vez que los Afiliados accedan a los Servicios Cubiertos fuera del área geográfica que atendemos, la Reclamación por esos servicios puede ser procesada a través de uno de estos Arreglos entre Planes, y el otro Licenciario de Blue Cross o Blue Shield (Host Blue) contratando y manejando todas las interacciones con sus Proveedores Participantes. Las condiciones financieras del programa BlueCard® se describen de forma general a continuación.

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

A menos que esté sujeto a un Copago específico, el cálculo de la responsabilidad del Afiliado en Reclamaciones por Servicios Cubiertos fuera del área se basará en el menor de los cargos facturados por el Participante Proveedor por los Servicios Cubiertos fuera del área o el precio negociado puesto a Nuestra disposición por el Host Blue.

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

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

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

2. Casos Especiales: Programas basados en la calidad prestada

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

3. Programas Entre planes: Impuestos/Recargos/Tarifas Federales/Estatales

En algunos casos las leyes o reglamentos federales o estatales pueden imponer un recargo, impuesto u otra tarifa que se aplique a las cuentas aseguradas. Si corresponde, Nosotros incluiremos cualquier recargo, impuesto o cualquier otro cargo como parte del cargo de Reclamación que se utilizará para determinar cualquier responsabilidad del Afiliado, y los usará para determinar la prima del Grupo o Titular de la póliza.

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

Para obtener una explicación sobre cómo se realizan los cálculos de las Reclamaciones de Proveedores No Participantes fuera de Nuestra Área de Servicio, consulte la sección de Servicios Fuera del Área en el artículo Disposiciones generales - Grupo o Titular de la Póliza y Afiliados.

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

1. A los fines de esta disposición, las siguientes definiciones tienen el mismo significado que el definido en la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA):

- a. Plan médico para grupos como se define en 45 CFR Parte 160, Sec. 160.103.
- b. Información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) como se define en 45 CFR Parte 164, Sec. 164.501.
- c. Información médica resumida como se define en 45 CFR Parte 164, Sec. 164.504(a).

2. Divulgación de Información al Grupo

a. Compartir información médica resumida con el Grupo:

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

b. Compartir PHI con el Grupo:

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

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

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

J. Servicios de valor añadido

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

K. Cumplimiento de las Leyes Estadounidenses sobre Sanciones Económicas

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

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

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

AVISO DE LLHIGA

RESUMEN DE LA LEY DE LA ASOCIACIÓN DE GARANTÍA DE SEGUROS DE VIDA Y SALUD DE LuisIANA (LOUISIANA LIFE AND HEALTH INSURANCE GUARANTY ASSOCIATION, LLHIGA POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) Y AVISO 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。听障客户请拨打 1-800-711-5519 (TTY 711)。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Предлагаются бесплатные переводческие услуги. При необходимости, пожалуйста, позвоните по номеру Отдела обслуживания клиентов, указанному на обратной 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)

