



BC65 MEDICARE

PLAN G SELECT PLUS



Blue Cross and Blue Shield es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

40XX2772S 05/23

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.



PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE MEDICARE PLAN DE BENEFICIOS ESTANDARIZADO G SELECT PLUS

GARANTIZADO RENOVABLE

Esta póliza es automáticamente renovable garantizada, sujeta a todos los términos y disposiciones de la póliza y al pago de las primas a su vencimiento. Esta póliza no establece limitaciones por afecciones preexistentes ni periodos de espera.

CONTINUACIÓN DE COBERTURA Y CAMBIOS EN LA PRIMA

Puede continuar esta póliza en vigor mientras viva. Para continuar la cobertura, pague la prima a su vencimiento en los plazos establecidos. Deberá pagar la Prima a su vencimiento o dentro de los treinta (30) días siguientes.

Podemos modificar la prima de esta póliza. Dado que los beneficios están vinculados a los importes y límites del Deducible, Coaseguro y Copago de Medicare, es de esperar que se produzcan cambios en la prima y en los beneficios cada año. El cambio también puede deberse a una nueva lista de tarifas o a un cambio en la estructura de los beneficios de Medicare, a un aumento de su edad, a un cambio de ubicación geográfica o a un aumento del nivel de beneficios de la póliza. Se le notificará al menos 45 días antes de cualquier incremento de las primas.

TIENE DERECHO A DEVOLVER LA PÓLIZA EN UN PLAZO DE TREINTA (30) DÍAS

Si no está satisfecho con esta póliza, puede devolvérsela en un plazo de treinta (30) días tras recibirla. Le reembolsaremos cualquier Prima pagada y la póliza quedará anulada.

AVISO AL SUSCRIPTOR: ES POSIBLE QUE ESTA PÓLIZA NO CUBRA TODOS SUS GASTOS MÉDICOS. ESTA PÓLIZA ES RENOVABLE DE POR VIDA. SE PREVÉ QUE LAS PRIMAS AUMENTEN CADA AÑO.

proporcionado por

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana

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

es.bcbsla.com

I. Steven Udvarhelyi, M. D.
Presidente y Director Ejecutivo

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

ÍNDICE

ARTÍCULO I. DEFINICIONES.....	5
ARTÍCULO II. BENEFICIOS	8
ARTÍCULO III. COBERTURA BÁSICA DE BENEFICIOS	9
ARTÍCULO IV. COBERTURA ADICIONAL.....	10
ARTÍCULO V. RESTRICCIÓN DE HOSPITAL DE LA RED.....	11
ARTÍCULO VI. EXCLUSIONES.....	12
ARTÍCULO VII. BENEFICIOS DE ATENCIÓN DENTAL	13
ARTÍCULO VIII. DISPOSICIONES GENERALES	19
ARTÍCULO XI. PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES.....	28

Esta Póliza Blue Choice 65 Select Complementaria de Medicare y es un Contrato entre Usted y la compañía Louisiana Health Service & Indemnity Company (en adelante denominada "Blue Cross and Blue Shield of Louisiana"). Al establecer este contrato con usted, nos comprometemos a proporcionarle los beneficios descritos en la póliza, mientras ésta esté en vigor.

En esta póliza, las palabras "Nosotros", "Nos", "Nuestro" y "la Compañía" significan Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. Las palabras "Usted", "Su", "Asegurado" y "Titular de la póliza" se refieren a Usted como la persona cubierta por la póliza.

Su póliza Blue Choice 65 Select Complementaria de Medicare está diseñada para complementar su cobertura de Medicare pagando muchos de sus gastos médicos que Medicare no paga en su totalidad.

El conocimiento de cómo paga Medicare le ayudará a entender mejor cómo funciona Su póliza Blue Choice 65 Select Complementaria de Medicare. Medicare no paga todos los servicios de atención médica. Cuando Medicare sí paga, normalmente no abona la factura en su totalidad. La diferencia puede ser un Deducible, Copago o Coaseguro, cargos en exceso (la diferencia entre los cargos tal y como fueron facturados y el "importe aprobado" por Medicare) y otros artículos no cubiertos. Usted es responsable de éstos y debe ocuparse de que se paguen. Usted es responsable de los mismos y debe ocuparse de que se paguen. El propósito de su póliza Blue Choice 65 Select Complementaria de Medicare es ayudarle a pagar una parte de estos cargos.

UNITED CONCORDIA DENTAL

United Concordia Companies, Inc. que opera como United Concordia Dental (en adelante «United Concordia Dental» o «UCD») es el administrador de la red y de las reclamaciones de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana para los beneficios dentales proporcionados en este contrato, y está a cargo de administrar la red dental, tramitar y pagar las reclamaciones y proporcionar servicios de atención al cliente a los asegurados que reúnen los requisitos para recibir estos beneficios.

La red United Concordia Dental Advantage Plus está formada por un grupo selecto de Proveedores que han firmado un contrato con United Concordia Dental para prestar servicios a los Asegurados con tarifas de descuento. **Para recibir los beneficios dentales completos, el Asegurado debe verificar que el proveedor es un Proveedor participante de la red United Concordia Dental antes de recibir cualquier servicio.** Para encontrar un proveedor participante y verificar que sigue participando en la red United Concordia Dental Advantage Plus, o realizar consultas relacionadas con beneficios o reclamaciones, visite el sitio web en es.bcbsla.com o comuníquese con un representante de atención al cliente al 866) 445-5338.

CONSIDERACIONES

Emitimos esta póliza en consideración a la solicitud y pago de la Prima. El pago puntual de la Prima mantendrá la póliza en vigor. Por favor, lea la copia de la solicitud que forma parte de esta póliza.

POSIBILIDAD DE SUSPENSIÓN

Si adquiere el derecho a recibir asistencia médica de Medicaid y, dentro de los noventa (90) días siguientes a la adquisición del derecho, nos lo notifica y solicita una suspensión, suspendaremos los beneficios y las primas para Usted durante el período de adquisición del derecho a Medicaid, sin exceder los veinticuatro (24) meses (período de suspensión).

La suspensión de los beneficios y primas de la póliza comenzará a partir de la fecha en que Usted tenga derecho a Medicaid. Tras la recepción de la notificación oportuna, le reembolsaremos cualquier prima pagada que cubra un período posterior a la fecha de derecho a Medicaid, sujeto al ajuste de las reclamaciones pagadas.

Si pierde el derecho a los beneficios de Medicaid durante el período de suspensión y nos lo notifica en un plazo de noventa (90) días, entonces, a partir de la fecha en que se rescinda el derecho a Medicaid, le restituiremos automáticamente la cobertura de esta póliza Blue Choice 65 Select Complementaria de Medicare (sin limitación por afecciones preexistentes ni período de espera) previo pago de la Prima requerida.

Los beneficios y las primas de la póliza se suspenderán (durante el periodo que pueda prever la normativa federal) a petición del Titular de la póliza si éste tiene derecho a los beneficios del artículo 226 (b) de la Ley de la Seguridad Social y está cubierto por un plan de salud de grupo (tal y como se define en el artículo 1862 (b) (1) (A) (v) de la Ley de la Seguridad Social). Si se produce la suspensión y si el Titular de la póliza o el titular del certificado pierde la cobertura del plan de salud colectivo, la póliza se reinstaurará automáticamente (con efecto a partir de la fecha de pérdida de la cobertura) si el Titular de la póliza notifica la pérdida de la cobertura dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de la pérdida y abona la prima atribuible al periodo con efecto a partir de la fecha de rescisión de la inscripción en el plan de salud de grupo.

La restitución de la cobertura descrita en esta sección:

- (a) proporcionará la reanudación de la cobertura que sea sustancialmente equivalente a la cobertura vigente antes de la fecha de suspensión; y
- (b) proporcionará una prima al menos tan favorable como la que se habría aplicado de no haberse suspendido la cobertura.

AVISO

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.

ARTÍCULO I. DEFINICIONES

Accidente, lesión accidental o accidental: La lesión o lesiones para las que se proporcionan beneficios significan una lesión corporal accidental sufrida por la persona asegurada que es el resultado directo de un accidente, independientemente de una enfermedad o dolencia corporal o cualquier otra causa, y que ocurre mientras esta cobertura de seguro está en vigor.

Algunos ejemplos de Emergencias incluyen, entre otros, los siguientes: hemorragia inusual o excesiva; quemaduras graves; envenenamiento; inconsciencia y convulsiones.

Año de calendario: es el período que comienza en la Fecha de entrada en vigor original y finaliza el 31 de diciembre de ese año. Luego es el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de cada año.

Cargo permitido: la cantidad más baja de entre los cargos facturados y el importe que establecemos o negociamos como la cantidad máxima permitida para todos los servicios del Proveedor que son cubiertos conforme a este Contrato.

Coaseguro: la parte de los gastos cubiertos por Medicare, que no sean deducibles, que Medicare no paga y que usted debe abonar. Los importes del Coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Contrato: esta póliza más su solicitud de cobertura, incluyendo cualquier cláusula adicional creada y aprobada para formar parte de esta póliza, el Esquema de Beneficios si lo hubiera y cualquier cambio futuro aprobado de acuerdo con la ley.

Copago: la parte de los gastos aceptados por Medicare, aparte del Deducible y el Coaseguro, que Medicare no paga y que debe ser abonada por Usted. Los importes del Copago pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Deducible: la parte de los Gastos cubiertos por Medicare que Usted debe pagar durante un Periodo de Beneficios antes de que las reclamaciones de pacientes hospitalizados (Parte A de Medicare) sean pagadas por Medicare y que Usted debe pagar durante el Año calendario antes de que las reclamaciones médicas (Parte B de Medicare) sean pagadas por Medicare. Los importes de los Deducibles de Medicare pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Emergencia o Enfermedad que pone en riesgo la vida: la aparición súbita de una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad como para que la ausencia de atención médica inmediata pudiera razonablemente provocar: (1) poner en peligro permanente la salud del paciente; (2) un deterioro grave de las funciones corporales; o (3) una disfunción grave y permanente de cualquier órgano o parte del cuerpo, u otras consecuencias médicas graves; o (4) cuya muerte sea probable.

Enfermedad: Enfermedad de una persona asegurada, que se manifiesta por primera vez después de la Fecha de entrada en vigor original del seguro y mientras el seguro esté en vigor.

Fecha de entrada en vigor original: la fecha que comienza Su cobertura en virtud de esta póliza, según lo determinemos Nosotros. Los Beneficios comenzarán a las 12:01 a. m. en esta fecha.

Gastos cubiertos por Medicare: los gastos de los tipos cubiertos por las Partes A y B de Medicare, en la medida en que Medicare los reconozca como razonables y Médicamente Necesarios.

Gastos de Atención Médica: a efectos de los requisitos del Reglamento 33, Sección 545, del Departamento de Seguros de Luisiana, los gastos de las organizaciones de mantenimiento de la salud asociados a la prestación de servicios de atención médica, gastos que son análogos a las pérdidas sufridas por las aseguradoras.

Hogar para Ancianos Convalecientes, Centro de Cuidados Prolongados o Centro de Enfermería Especializada: centro definido como tal y aprobado para el pago como tal por Medicare.

Hospital de la Red: Hospital que ha firmado un acuerdo por escrito con Nosotros para proporcionar beneficios asegurados bajo una póliza Blue Choice 65 Select.

Hospital: Un lugar definido como Hospital y aprobado para el pago como Hospital por Medicare.

Medicaid: Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados de conformidad con el Título XIX de las Enmiendas a la Seguridad Social de 1965, tal como estaba constituido entonces o enmendado posteriormente.

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

- A. Cumplen con los estándares de práctica médica aceptados a nivel nacional;
- B. no tienen como finalidad principal el confort o la comodidad personal del paciente, Médico u otro proveedor de atención médica; y no tienen un costo mayor que los servicios alternativos o secuencias subsiguientes, y posiblemente produzcan resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes como los diagnósticos o tratamientos de las afecciones, lesiones o enfermedades del paciente.
- C. 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

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.

Medicare: la «Ley de Seguro Médico para la Tercera Edad», Título XVIII de las Enmiendas a la Seguridad Social de 1965, tal y como se constituyó entonces o se modificó posteriormente.

Médico: persona autorizada por la ley estatal para ejercer la medicina o la osteopatía. No le incluye a Usted ni a un Afiliado a menos que Medicare exija lo contrario.

Parte D de Medicare: la cobertura de medicamentos con receta que se proporciona a los beneficiarios de Medicare que reúnen los requisitos de conformidad con la Ley de Modernización de Medicare de 2003, tal y como estaba constituida en ese momento y con sus posteriores modificaciones.

Periodo de Beneficios - es el tiempo utilizado para medir los beneficios de hospitalización en un Hospital o en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, en inglés) por los gastos cubiertos por Medicare. Comienza después de la Fecha de entrada en vigor original con el primer día en que usted está hospitalizado. La fecha en que finaliza la determina Medicare.

Póliza Blue Choice 65 Select: póliza o certificado complementario de Medicare que contiene disposiciones de red restringida.

ARTÍCULO II. BENEFICIOS

Pagaremos los beneficios correspondientes a los Gastos cubiertos por Medicare en los que haya incurrido debido a una lesión accidental o enfermedad. A continuación se explican los gastos cubiertos y los beneficios y límites de la póliza. Para que estén cubiertos, los gastos deben producirse mientras la cobertura esté en vigor. No duplicaremos los beneficios pagados por Medicare.

En caso de invalidez total, cualquier reclamación por una pérdida continuada que comience mientras esta póliza esté en vigor no se verá afectada por el hecho de rescindir esta póliza. Sin embargo, la continuación de los beneficios por dicha pérdida continuada estará condicionada a su incapacidad total continuada, y se limitará a la duración del Periodo de Beneficios para los beneficios de Paciente hospitalizado (Parte A de Medicare), al Año Calendario para los beneficios médicos (Parte B de Medicare), o a los beneficios máximos pagaderos, lo que ocurra primero. La percepción de los beneficios de la Parte D de Medicare no se tendrá en cuenta a la hora de determinar una pérdida continua.

Pagaremos los beneficios que se describen a continuación siempre y cuando Usted tenga cobertura de Medicare para pacientes hospitalizados y seguro médico, y después de que Medicare haya pagado su parte del gasto cubierto. Los beneficios, que están diseñados para complementar los beneficios pagaderos en virtud de la Parte A de Medicare, se abonarán si Usted tiene cobertura de la Parte A y Medicare ha pagado los beneficios. Una vez agotada la cobertura de la Parte A de Medicare para pacientes hospitalizados, este contrato pagará los beneficios relacionados con la Parte A durante trescientos sesenta y cinco (365) días, tal y como se describe a continuación, como si estuviera afiliado a la Parte A de Medicare y ésta hubiera pagado sus beneficios; el pago se basará en el importe que Medicare hubiera pagado por los gastos cubiertos por Medicare. Los beneficios que están diseñados para complementar los beneficios pagaderos en virtud de la Parte B de Medicare, se pagarán si Usted tiene cobertura de la Parte B. Si no está afiliado a la Parte B de Medicare, este contrato pagará los beneficios relacionados con la Parte B descritos a continuación como si estuviera afiliado a la Parte B de Medicare y ésta hubiera pagado sus beneficios; el pago se basará en el Cargo Permitido para los Gastos Permisibles de Medicare. Deberá notificarnos por escrito inmediatamente si se agotan sus beneficios de la Parte A de Medicare o si finaliza la cobertura de la Parte B de Medicare. No impondremos ninguna limitación sobre los beneficios que sea más restrictiva que las limitaciones y restricciones de Medicare.

Aviso: Cuando se agoten sus beneficios de Hospital de la Parte A de Medicare, la aseguradora sustituirá a Medicare y pagará el importe que Medicare hubiera abonado durante un máximo de 365 días adicionales. Durante este tiempo, el Hospital tiene prohibido facturarle a Usted el saldo basado en cualquier diferencia entre sus gastos facturados y el importe que hubiera pagado Medicare.

PARA CUIDADOS INTERNOS (Parte A de Medicare) y LA ATENCIÓN MÉDICA (Parte B de Medicare): Los beneficios de Paciente hospitalizado están sujetos a la restricción del Hospital de la Red.

ARTÍCULO III. COBERTURA BÁSICA DE BENEFICIOS

Le proporcionaremos los siguientes beneficios:

1. Cobertura de los Gastos cubiertos de la Parte A de Medicare por hospitalización en la medida en que no estén cubiertos por Medicare desde el sexagésimo primer (61º) día hasta el nonagésimo (90º) día en cualquier Periodo de Beneficios de Medicare. El Importe del Deducible, el Coaseguro y el Período de Coaseguro están determinados por Medicare. El Importe del Deducible, los importes del Coaseguro y el periodo de Coaseguro están determinados por Medicare.
2. Cobertura de los Gastos cubiertos de Medicare Parte A incurridos por hospitalización en la medida en que no estén cubiertos por Medicare por cada día de reserva de por vida de hospitalización utilizado.
3. Una vez agotada la cobertura de Hospitalización de Medicare, incluidos los días de reserva de por vida, cobertura del cien por cien (100 %) de los Gastos cubiertos por Medicare Parte A en concepto de hospitalización pagados según la tarifa del sistema de pago prospectivo (PPS, en inglés) correspondiente, u otra norma de pago de Medicare apropiada, con sujeción a un beneficio máximo de por vida de 365 días adicionales. El proveedor aceptará el pago de nuestra compañía como pago íntegro y no podrá facturar ningún saldo al asegurado.
4. Cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare por el costo razonable de las tres primeras pintas de sangre (o cantidades equivalentes de glóbulos rojos empaquetados, según la definición de la reglamentación federal), a menos que se reemplacen de acuerdo con la reglamentación federal.
5. Cobertura del importe del Coaseguro o, en el caso de los servicios para Pacientes Ambulatorios del Hospital pagados según un sistema de pago prospectivo, el importe del Copago, de los Gastos cubiertos por Medicare según la Parte B, independientemente de la hospitalización.

Los importes del Coaseguro y del Copago son determinados por Medicare.

6. Cobertura del costo compartido de todos los gastos de cuidados paliativos y de relevo elegibles para Medicare de la Parte A.

Formulario de Explicación de Beneficios de Medicare : Antes de que podamos pagar cualquier beneficio por gastos cubiertos por Medicare Parte A y Parte B, Usted o el proveedor de atención médica deben presentar una reclamación a Medicare. En caso de que no se presente electrónicamente, Nosotros debemos recibir el Formulario de Explicación de Beneficios de Medicare. Se trata de un formulario enviado por el Departamento de Prestaciones de Medicare que muestra los Gastos cubiertos por Medicare. Las reclamaciones suelen ser presentadas electrónicamente a Medicare por el proveedor de atención médica y, a continuación, Medicare nos suele enviar la reclamación a nosotros.

ARTÍCULO IV. COBERTURA ADICIONAL

Le proporcionaremos los siguientes beneficios:

1. Deducible de la Parte A de Medicare: Cobertura del cien por cien (100 %) del importe del Deducible de Hospitalización de la Parte A de Medicare por Periodo de Beneficios.
2. Atención de enfermería especializada: Cobertura de los gastos reales facturados hasta el importe del Coaseguro desde el vigésimo primer (21º) día hasta el centésimo (100º) día en un Periodo de Beneficios de Medicare para la Atención de enfermería especializada posterior a la hospitalización elegible según la Parte A de Medicare.
3. El cien por cien (100 %) de los gastos en exceso de la Parte B de Medicare: Cobertura de toda la diferencia entre los gastos reales de la Parte B de Medicare tal y como fueron facturados, sin exceder ningún límite de gastos establecido por el programa Medicare o la ley estatal, y los gastos de la Parte B aprobados por Medicare.
4. Atención de Emergencia Médicamente Necesaria en un País Extranjero: Cobertura, en la medida en que no estén cubiertos por Medicare, del ochenta por ciento (80 %) de los cargos facturados por Gastos cubiertos por Medicare de Hospital de Emergencia, Médico y atención médica médicamente necesaria recibida en un país extranjero, cuya atención habría estado cubierta por Medicare si se hubiera prestado en los Estados Unidos y que comenzó durante los primeros sesenta (60) días consecutivos de cada viaje fuera de los Estados Unidos, sujeto a un Deducible por Año Calendario de doscientos cincuenta dólares (\$250), y a un beneficio máximo de por vida de cincuenta mil dólares (\$50.000). A efectos de este beneficio, se entenderá por "Atención de emergencia" la atención necesaria inmediatamente debido a una Lesión o una Enfermedad de aparición repentina e inesperada.

ARTÍCULO V. RESTRICCIÓN DE HOSPITAL DE LA RED

No se proporcionarán los beneficios del Deducible y Coaseguro de la Parte A para los servicios de hospitalización que se presten en un Hospital que no pertenezca a la Red.

Esta restricción no se aplicará para los servicios aprobados por Medicare si:

- A. Los servicios no se prestan en un entorno de Hospitalización; o
- B. Los servicios se prestan por síntomas que requieren atención de Emergencia, como la atención requerida inmediatamente por una enfermedad imprevista, una Lesión u otra Afección, y para los que no es razonable obtener dichos servicios a través de un Hospital de la Red; o
- C. Los servicios no están disponibles en un Hospital de la Red.

Se aplicarán los beneficios completos del plan a los servicios prestados en un entorno de Hospitalización según los supuestos (B.) y (C.) anteriores. En cualquier otra circunstancia, excepto en el caso de servicios de Emergencia fuera de los Estados Unidos, cuando necesite servicios en un entorno de Hospitalización, los beneficios del Deducible y Coaseguro de la Parte A se proporcionarán si los servicios se prestan en un Hospital de la Red.

ARTÍCULO VI. EXCLUSIONES

No se proporcionarán beneficios por:

1. Cargos que no hayan sido enviados y procesados por Medicare cuando Usted participe en las Partes A o B de Medicare;
2. Cargos pagados o pagaderos por Medicare;
3. Cargos relacionados con la satisfacción del Deducible de la Parte B de Medicare;
4. Cargos por servicios médicos de un facultativo que no sea un médico colegiado;
5. Cargos por cuidados dentales rutinarios, a menos que estén específicamente cubiertos por esta póliza;
6. Cargos por medicamentos con receta, anteojos o audífonos para pacientes ambulatorios, a menos que estén específicamente cubiertos por esta póliza;
7. Cargos por servicios, cirugía, suministros, tratamiento o gastos prestados o proporcionados antes de su Fecha de entrada en vigor original o después de su fecha de rescindir la póliza. Los cargos por servicios o suministros de Hospital prestados o proporcionados durante una admisión en curso en Su Fecha de entrada en vigor original no están cubiertos, independientemente de si Su admisión continúa después de Su Fecha de entrada en vigor original, a menos que Medicare exija lo contrario. Se proporcionarán beneficios hospitalarios para una admisión en curso en la fecha en que finalice su cobertura bajo esta póliza, hasta el final de dicha admisión o hasta que haya alcanzado cualquier limitación de beneficios establecida en esta póliza, lo que ocurra primero;
8. Cargos por servicios, suministros, equipos o cualquier otra cosa que no esté descrita en esta póliza como cubierta;
9. Cargos por los que Usted no esté obligado a pagar;
10. Cargos que no se consideren gastos cubiertos por Medicare, excepto los que figuren específicamente como cubiertos en este contrato. Esto se aplica durante los trescientos sesenta y cinco (365) días de beneficio de la Parte A e independientemente de que Usted participe o no en la Parte B de Medicare;
11. Cargos que superen el importe de pago de Medicare y/o los beneficios proporcionados por esta póliza para los Gastos Admisibles de Medicare, incluyendo, entre otros, el Cargo Permitido.
12. Cargos por el deducible y el coaseguro de la Parte A de Medicare por servicios de Hospital prestados en un Hospital fuera de la Red, salvo lo especificado en esta póliza.

ARTÍCULO VII. BENEFICIOS DE ATENCIÓN DENTAL

Para recibir todos los beneficios, los servicios dentales deben ser realizados por un proveedor de la red United Concordia Dental Advantage Plus.

Asignación anual de \$1,200 por año para todos los servicios dentales combinados, ya sean servicios preventivos o básicos. Pagaremos los beneficios hasta el Cargo Permitido por los Servicios Cubiertos sin exceder la asignación anual anterior.

Para todos los servicios dentales cubiertos, un año significa un año de calendario.

A. Definiciones *(Sólo se aplican al Artículo de Beneficios de Atención Dental de este Contrato)*

1. Cargo Permitido: la cantidad más baja de entre los cargos facturados y el importe que UCD establece como la cantidad máxima que esta póliza permitirá para un servicio específico que es cubierto conforme a esta póliza.
2. Amalgama: una aleación de metal duradero que contiene plata, cobre, estaño y mercurio, y que se utiliza en restauraciones dentales.
3. Beneficios: la cobertura de los servicios, tratamientos o procedimientos dentales proporcionados bajo esta póliza. Los Beneficios se basan en el Cargo Permitido por los Servicios Cubiertos.
4. Reclamación: una reclamación es una prueba escrita o digital, con un formato aceptado por UCD, de los cargos por Servicios Cubiertos incurridos por usted durante el período en que este estaba asegurado por esta póliza. Las disposiciones en vigor en el momento que se recibe el servicio o tratamiento regirán la tramitación de cualquier gasto de Reclamación en que se incurra como resultado del servicio o tratamiento prestado.
5. Servicio Cubierto: un servicio o suministro especificado en esta póliza para el que existen Beneficios cuando los proporciona un Proveedor.
6. Corona: una funda con forma de diente que se coloca sobre un diente para cubrirlo y restaurar su forma, tamaño y resistencia, y para mejorar su apariencia. Cuando una Corona se cementa en el lugar, cubre por completo toda la porción visible de un diente que se encuentra por encima y en la línea de la encía.
7. 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 presenta como capaz de diagnosticar, tratar, corregir, operar o recetar cualquier enfermedad, dolor, lesión, deficiencia, deformidad o afección física de los dientes, apófisis alveolares, encías o maxilares humanos o partes asociadas y se ofrece o se compromete por determinados medios a diagnosticar, tratar, corregir, operar o

- recetar cualquier enfermedad, dolor, lesión, deficiencia, deformidad o afección física de los mismos;
- 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.
8. Dentista: una persona con licencia para ejercer la odontología en el estado en el que proporciona los servicios dentales. Entre los dentistas se incluirán a los practicantes de odontología licenciados que ejerzan bajo el alcance de la licencia de la persona cuando la ley estatal requiera el reembolso independiente por parte de dichos practicantes.
9. Terapia Endodóntica (Pulpar): un procedimiento dental que se realiza cuando la caries en el diente de un niño alcanza el tejido pulpar (nervio). Se extrae la parte infectada del tejido nervioso dentro de la porción de la corona del diente para prevenir una mayor inflamación y la propagación de la enfermedad (caries). Durante este tratamiento, el tejido pulpar enfermo se extrae de forma parcial o total, tanto de la corona como de las raíces del diente. Los canales se limpian, desinfectan y rellenan con un material especial.
10. Empaste: un material de restauración dental utilizado para restaurar la función, integridad y forma de la estructura dental ausente, que puede derivar de caries o trauma externo.
11. Prótesis Dentales: dispositivos protésicos contruidos para reemplazar los dientes ausentes, los que se sostienen mediante los tejidos blandos y duros alrededor de la cavidad oral. Las dentaduras convencionales son extraíbles; sin embargo; existen distintos diseños de dentaduras, algunos de estos se sujetan o enganchan en los dientes o Implantes dentales.
12. Proveedor: un Médico, Dentista o Profesional de la Salud Asociado, con licencia donde sea requerida, que se desempeñe dentro del alcance de la licencia y que sea aprobado por UCD. 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 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 Participante: Un Proveedor que tiene un Acuerdo de Proveedor con United Concordia Dental para la red dental Advantage Plus para prestar Servicios Cubiertos a un Afiliado.

- b. Proveedor No Participante: Un Proveedor que no tiene un Acuerdo de Proveedor con United Concordia Dental para la red dental Advantage Plus para servicios cubiertos a un Afiliado.
- 13. Acuerdo de Proveedor: un acuerdo de pago acordado por UCD con los Proveedores Participantes. Estos acuerdos establecen los pagos exactos que se realizarán al Proveedor Participante.
- 14. Compuesto basado en Resina: material compuesto de plástico con pequeñas partículas de vidrio o cerámica que simula la apariencia de un diente natural.
- 15. UCD: United Concordia Companies, Inc., bajo el nombre comercial United Concordia Dental, el administrador de la red y de reclamaciones para los beneficios dentales de este plan.

B. Servicios preventivos

1. Exámenes Bucales

Limitado a dos (2) exámenes cada año.

2. Limpieza de rutina

Limitado a dos (2) limpiezas cada año.

3. Radiografías de Aleta de

Mordida Horizontales Limitado a

una (1) serie cada año.

C. Servicios Básicos

1. Ajustes de prótesis

Hasta uno (1) por arco cada dos (2) años.

2. Reparaciones de prótesis

Hasta una (1) por arco cada tres (3) años

3. Restauraciones de sustitución de amalgama (empastes metálicos)

Limitado a una (1) consulta, por diente, cada treinta y seis (36) meses.

4. Restauraciones de sustitución con resina compuesta (Anterior) Limitado a una (1)

consulta por diente, cada treinta y seis (36) meses.

5. Terapia y servicios de endodoncia

Limitado a una (1) consulta por diente, de por vida.

6. Tratamiento paliativo (ER)

Limitado a una (1) consulta al año.

7. Extracciones

Sin límite para las extracciones quirúrgicas simples.

D. Exclusiones (*Sólo se aplican al Artículo de Beneficios de Atención Dental de este Contrato*)

Este artículo sólo cubre los códigos de procedimiento de la Asociación Dental Estadounidense. No se proporcionará cobertura bajo este Artículo excepto según lo dispuesto específicamente en esta póliza.

E. Presentación de Reclamaciones Dentales (*Sólo se aplican al Artículo de Beneficios de Atención Dental de este Contrato*)

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.

UCD y los Proveedores Participantes han llegado a acuerdos que eliminan la necesidad de que Usted presente personalmente una Reclamación de Beneficios. Los Proveedores Participantes serán quienes presenten las Reclamaciones en Su nombre, ya sea por correo o por vía electrónica. En algunas situaciones, el Proveedor puede solicitar que sea Usted quien presente la Reclamación. Si el Proveedor solicita que sea Usted quien haga la presentación de la Reclamación directamente a la Compañía, la siguiente

información le será de utilidad para que Usted complete correctamente el formulario de Reclamación.

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

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

Su tarjeta de identificación de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana muestra la manera en que Su nombre aparece en los registros de la Compañía. La tarjeta de identificación también incluye Su número de Contrato (N.º de ID). Dicho número es la identificación para acceder a los registros de membresía del Afiliado, y debemos recibirlo cada vez que Usted presente una Reclamación.

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

1. se utilice un formulario de Reclamación adecuado;
2. el número de contrato (N.º de ID) del formulario es idéntico al número que figura en la tarjeta de identificación;
3. Su fecha de nacimiento figura en la lista;
4. todos los cargos estén enumerados en la declaración del Proveedor;
5. la declaración detallada del proveedor incluya el nombre del Proveedor, su dirección y el número de identificación fiscal (Tax ID), y se adjunta al formulario de Reclamación;
6. la fecha de servicio (Admisión a un Hospital u otro Proveedor) o la fecha de tratamiento sean correctas;
7. el Proveedor indique un código de diagnóstico y código de procedimiento por cada servicio o tratamiento prestado (los indicadores del código de diagnóstico deben coincidir con el formulario de Reclamación); y
8. La Reclamación esté completa y está firmada por Usted.
9. Si Usted necesita enviarnos documentación, por favor envíela a:

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

F. Apelaciones (*Sólo se aplican al Artículo de Beneficios de Atención Dental de este Contrato*)

El Afiliado puede estar disconforme con las decisiones tomadas respecto de los Servicios Cubiertos. UCD considera una Apelación como la solicitud por escrito para cambiar una Determinación Adversa de un Servicio Cubierto. Sus derechos de apelación se detallan más abajo, en el Artículo de Quejas, Reclamos y Procedimientos de Apelación.

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

Todas las Apelaciones Dentales deben

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

ARTÍCULO VIII. DISPOSICIONES GENERALES

CAMBIO DE BENEFICIOS Y PRIMAS

El riesgo que asumimos en la Fecha de entrada en vigor original de esta póliza se basa en la estructura de beneficios de Medicare vigente en ese momento. Los beneficios de Medicare cambian de vez en cuando. La estructura de beneficios de Medicare también puede cambiar.

Cuando Medicare modifique el Copago, los importes del Deducible o los importes o límites del Coaseguro según su estructura de beneficios vigente en la Fecha de entrada en vigor original, modificaremos automáticamente los beneficios de la póliza para adaptarnos a dichos cambios.

La naturaleza del riesgo que asumimos cuando se emitió esta póliza puede cambiar en la medida en que cambie la estructura de beneficios de Medicare. Si es así, es posible que tengamos que cambiar la cobertura de esta póliza. Realizaremos dicho cambio mediante: (a) añadiendo un anexo a la póliza o (b) añadiendo una nueva página del anexo o (c) volviendo a emitir la póliza. Hasta la fecha de entrada en vigor de cualquier cambio de cobertura, los beneficios se basarán en el riesgo que asumimos en la Fecha de entrada en vigor original de esta póliza.

Cualquier cambio de prima necesario debido a dicho cambio de beneficio o de estructura se efectuará sólo después de que Nosotros se lo notifiquemos.

EMISIÓN GARANTIZADA

La emisión garantizada está disponible para las personas que reúnan los requisitos y que busquen inscribirse en la póliza durante los periodos y bajo las circunstancias requeridas por Medicare o la Regulación 33 de LA y finaliza no más tarde de los 63 días descritos según las regulaciones de Medicare o la Regulación 33 de LA, y que presenten pruebas de la fecha de rescindir o cancelar la inscripción o la inscripción a la Parte D de Medicare con la solicitud de una póliza Complementaria de Medicare.

ADMINISTRACIÓN DE CASOS INDIVIDUALES

1. Servicios de Administración de Casos: Es posible que usted reúna los requisitos para solicitar los servicios de Administración de Casos, a Nuestra discreción, sobre la base de distintos criterios, entre ellos el diagnóstico, la gravedad, la duración de la enfermedad y el tratamiento propuesto u otorgado. El programa procura identificar a los candidatos tan temprano como sea posible y trabajar con los pacientes, sus Médicos y familiares, y otros recursos comunitarios para evaluar alternativas de tratamiento y beneficios disponibles.
2. La función de la Administración de Casos es asistirle evaluándole, ayudándole a establecer objetivos para superar las barreras que impiden una buena salud y con la coordinación de servicios, y abogando por sus necesidades sanitarias 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 quienes presentan una afección crónica.

3. Esta póliza complementa a Medicare en la medida en que sea necesario complementarla, independientemente de la Administración de Casos Individual.

ESTE CONTRATO

1. Este Contrato, incluyendo la solicitud de cobertura expresando el importe íntegro y cualquier otra consideración en consecuencia, el Esquema de Beneficios, y cualquier adjunto enmienda o anexo, constituye la totalidad del Contrato entre las partes.
2. Este Contrato está garantizado renovable a opción del Asegurado. El Seguro expresa su deseo de continuar la cobertura mediante el pago puntual de cada una de las primas, a medida que vencen. La Compañía renovará o continuará la cobertura bajo este Contrato mes a mes, a su elección.
3. La compañía se reserva el derecho de celebrar cualquier acuerdo contractual con subcontratistas, proveedores de atención médica u otros terceros en relación con este Contrato. Cualquiera de las funciones que deba llevar a cabo la Compañía según este Contrato podrá ser realizada por la Compañía o cualquiera de sus subsidiarias, afiliadas, subcontratistas o personas designadas.
4. Nuestra responsabilidad se limita a los Beneficios especificados en este Contrato. Los Beneficios de los Servicios Cubiertos detallados en este Contrato se prestarán únicamente para servicios y suministros prestados a partir de su Fecha de entrada en vigor.

CAMBIOS EN EL CONTRATO

Sujeto a todas las leyes vigentes, ningún agente podrá cambiar este Contrato salvo por una enmienda o un endoso emitido por Nosotros para formar parte de este Contrato. Esta enmienda o anexo debe ser firmado por uno de Nuestros directivos. Ninguna representación de ningún agente del plan cambiará en ningún momento los términos de este Contrato.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Podemos solicitarle a Usted o al Proveedor que Nos proporcionen cierta información en relación con Su reclamación de beneficios. Mantendremos tal información, los registros o las copias de los registros de manera confidencial, salvo que en Nuestro criterio la misma deba ser divulgada.

EXAMEN FÍSICO

Nos reservamos el derecho a exigir un examen físico de cualquier Titular de la póliza

cuando y con la frecuencia que consideremos necesaria durante la tramitación de cualquier reclamación.

SIN RESPONSABILIDAD DE LOS ACTOS DE LOS PROVEEDORES

Un proveedor de atención médica que le preste servicios a Usted lo hace independientemente de Nosotros. Nosotros no seremos responsables de incumplimientos, actos, omisiones, negligencias, cumplimiento irregular, acto ilícito o negligencia profesional de parte de cualquier Hospital u otra institución, o de cualquier agente o empleado del mismo, ni de parte de ningún Médico, Proveedor asociado, enfermero, técnico u otra persona que participe o tenga que ver con Su atención médica o tratamiento.

CANCELACIÓN DEL CONTRATO O CAMBIO DE PRIMAS

1. Nos reservamos el derecho de cancelar su contrato por falta de pago de la Prima a Nuestra oficina central dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de vencimiento. Si cancelamos o no renovamos este contrato por cualquier motivo que no sea el impago de las primas, le enviaremos una notificación por escrito de dicha acción por correo certificado o certificado de envío con al menos sesenta (60) días de antelación.
La notificación incluirá el motivo de la cancelación o no renovación.
2. Si Usted no paga a tiempo la Prima requerida, Nuestra aceptación posterior de la Prima o la aceptación por parte de cualquier agente autorizado por Nosotros para aceptar Primas, restablecerá este Contrato.
3. Las primas se basan en los beneficios proporcionados por el Contrato, su edad y la región geográfica en la que vive. Las primas de su contrato se establecen antes de la fecha de entrada en vigor del contrato y, posteriormente, de forma periódica. Cada Prima que establezcamos para su Contrato permanecerá en vigor durante un periodo no inferior a doce (12) meses, salvo en las siguientes situaciones.
 - a. Nos reservamos el derecho a realizar cambios en las primas de su Contrato con el fin de corregir cualquier error relativo a la información en la que se basan las primas.
 - b. Nos reservamos el derecho a modificar las primas si Usted solicita un cambio en los beneficios proporcionados por el Contrato y Nosotros aceptamos efectuar dicho cambio. Las nuevas primas entrarán en vigor en la fecha de entrada en vigor del cambio en el Contrato, independientemente del tiempo que las primas hubieran estado en vigor antes del cambio.
 - c. Le avisaremos por escrito con cuarenta y cinco (45) días de antelación a la última dirección que conste en nuestros registros sobre cualquier cambio en las tarifas; dicho aumento en las primas entrará en vigor en la fecha especificada en el aviso y el pago continuado de las primas constituirá la aceptación del cambio.

- d. Los aumentos de las primas entrarán en vigor en la fecha del cambio, independientemente de que Usted haya pagado o no las primas por adelantado. Le notificaremos el importe adeudado. La falta de pago puntual de dicho importe, tal y como se indica en la notificación, dará lugar a la cancelación del presente contrato.

RESCISIÓN DE LA COBERTURA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

1. Salvo lo dispuesto en esta sección, renovaremos o continuaremos la cobertura de esta póliza mes a mes, a su elección.
2. La emisión de esta póliza está condicionada a las declaraciones y manifestaciones contenidas en la solicitud, una copia de la cual se adjunta y forma parte de esta póliza. Las declaraciones realizadas en la solicitud son esenciales para la emisión de esta póliza. Su cobertura puede finalizar por fraude en cualquier momento. Dentro de los tres (3) años siguientes a su Fecha de entrada en vigor original, esta póliza puede rescindirse si tenemos conocimiento de cualquier tergiversación u omisión de un hecho material y si el conocimiento de este hecho material nos hubiera llevado a denegar la cobertura.

Si se rescindiera su contrato, le reembolsaremos las primas que hubiera abonado desde la Fecha de entrada en vigor original, si no se hubieran proporcionado los beneficios. Si se han proporcionado beneficios, las primas pagadas se reducirán en los beneficios pagados y el saldo, si lo hubiera, se reembolsará.

3. Además de lo anterior, podemos no renovar, interrumpir o rescindir la cobertura del seguro de enfermedad en virtud de esta póliza, si usted no paga las primas o cotizaciones de acuerdo con los términos de esta póliza o si no hemos recibido los pagos de las primas a tiempo.
4. En el caso de que rescindamos esta póliza por falta de pago de la cuota correspondiente a su vencimiento, dicha cancelación o rescisión por sí sola supondrá la extinción de todos sus derechos a los beneficios en virtud de los términos de esta póliza a partir de la fecha de entrada en vigor de dicha cancelación o rescisión.
5. No obstante, en caso de rescindirse la cobertura conforme al párrafo 3 anterior, si es usted un paciente hospitalizado en la fecha de rescisión, las prestaciones hospitalarias para ese paciente se rescindirán al final de la hospitalización, al final del Periodo de Beneficios o al alcanzar las limitaciones de prestaciones establecidas en esta póliza, lo que ocurra primero.
6. Salvo que se estipule lo contrario en esta póliza, no tendrá derecho a ningún beneficio por los servicios cubiertos prestados después de la fecha en que se rescinda su cobertura
7. Usted tiene derecho a cancelar esta póliza en cualquier momento. La cancelación deberá enviárenos por escrito a nuestra oficina central, a la atención del

"Departamento de Afiliación y Facturación Individual". La cancelación será efectiva a medianoche del último día del ciclo de facturación en el que se recibió la notificación, o de un ciclo de facturación posterior, si se solicita específicamente. Los ciclos de facturación comienzan el día 1 o el día 16 del mes.

SUBROGACIÓN

1. En la medida en que se proporcionen o paguen beneficios por los Servicios Cubiertos bajo esta póliza, nos subrogaremos y haremos valer su derecho a recuperar el importe pagado bajo esta póliza de cualquier persona, organización u otra aseguradora, incluso si dicha aseguradora proporciona beneficios directamente a un titular de la póliza que sea su asegurado. La aceptación de tales Beneficios en lo sucesivo constituirá la subrogación. Nuestro derecho a recuperar estará subordinado a su derecho a ser "compensado". Nosotros aceptamos que seremos responsables de Nuestra responsabilidad proporcional de los honorarios razonables de abogados y los costos que Usted haya pagado para procurar su recuperación.
2. Usted nos reembolsará todas las cantidades recuperadas por una demanda, acuerdo o de algún otro modo de parte de cualquier persona, organización u otra compañía aseguradora, incluso cuando dicha compañía aseguradora otorgue Beneficios directamente a un Titular de la póliza que es su asegurado, en la medida de los Beneficios proporcionados o pagados en virtud del presente Contrato. Nuestro derecho de recuperación estará subordinado a Su derecho a «ser compensado». Nosotros aceptamos que seremos responsables de Nuestra responsabilidad proporcional de los honorarios razonables de abogados y los costos que Usted haya pagado para procurar su recuperación.
3. Usted deberá iniciar la acción, proveer información y asistencia, y hacer cumplir dichos documentos de la manera en que se lo solicitemos, a fin de facilitar el cumplimiento de Nuestros derechos, y no llevará a cabo acciones que perjudiquen Nuestros derechos e intereses conforme a este Contrato.
4. Usted está obligado a notificarnos cualquier Lesión Accidental.

VOTOS POR REPRESENTACIÓN DE APODERADOS

La elección de nuestra Junta Directiva y ciertas transacciones corporativas significativas se determinan por el voto mayoritario de nuestros Titulares de la póliza, a menos que la ley o Nuestros Estatutos requieran una votación diferente. El Titular de la póliza designa como su apoderado, por medio de la solicitud de cobertura, a los Miembros de nuestra Junta Directiva para que vote en estos asuntos importantes. El pago de cada prima extiende la efectividad del apoderado a menos que se revoque por parte del Titular de la Póliza. El Titular de la póliza podrá revocar al apoderado emitiendo una notificación por escrito donde conste la revocación. Esta revocación podrá ser en cualquier forma escrita, ya sea para revocar al apoderado o designar a uno distinto, y se Nos debe enviar a:

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

En lugar de designar al apoderado en la solicitud de cobertura, el Titular de la póliza podrá designar a cualquier otro Titular de la póliza como su apoderado, por vía escrita y , que incluya el nombre y el número de póliza del titular y luego enviárnosla del modo ya explicado. Las notificaciones de reuniones que reciba el apoderado constituyen la notificación que los Titulares de la póliza les dan a sus apoderados. Además, se notifica que Nuestra reunión anual se llevará a cabo en el mes de febrero con notificación de la fecha de dicha reunión según lo exige la ley y los artículos y estatutos de los estatutos de la Compañía de Seguros de Salud y Servicios de Luisiana. De todos modos, se enviarán notificaciones sobre reuniones a cualquier Titular de la póliza o su apoderado, si lo solicitan por escrito a Nuestra secretaria.

OTROS SEGUROS CON NOSOTROS

Sólo podrá tener una póliza Complementaria de Medicare. Si por error, le emitimos más de una póliza de este tipo, sólo permanecerá en vigor una póliza elegida por Usted. Le devolveremos el dinero que pagó por las otras pólizas, menos cualquier pago por reclamación ya efectuado bajo las otras pólizas. Además, Usted no puede tener esta póliza además de otro contrato individual (no de grupo) de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana o contrato de HMO Louisiana que proporcione cobertura Hospitalaria, médica o integral.

PERIODO DE GRACIA

La Compañía ofrece un período de gracia de treinta (30) días a partir de la fecha de vencimiento de la prima. Si Nosotros no recibimos la prima durante el período de gracia, la cobertura permanece vigente durante dicho período conforme a las disposiciones de la póliza. Si no recibimos la prima durante el periodo de gracia, enviaremos una notificación de morosidad o rescisión a la dirección del Asegurado que tengamos registrada. Podemos rescindir automáticamente la póliza sin previo aviso al Asegurado si no recibimos Su prima en nuestra oficina central dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de vencimiento (durante el periodo de gracia).

Si Nosotros rescindimos este Contrato 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.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

Para que podamos tramitar Su reclamación, debemos recibir un Formulario de Explicación de Beneficios de Medicare (EOMB). Este formulario debe presentárenos dentro de los noventa (90) días siguientes a la finalización de la tramitación de Medicare, anotando en él su número de contrato con Blue Cross and Blue Shield of Louisiana. Si no fuera razonablemente posible presentar este formulario en el tiempo requerido, no reduciremos ni denegaremos la reclamación por este motivo si la prueba se presenta tan pronto como sea razonablemente posible, pero no más de un año después de la finalización de la tramitación de Medicare. Las reclamaciones suelen ser presentadas

electrónicamente a Medicare por el proveedor de atención médica y, a continuación, Medicare nos suele enviar la reclamación a nosotros.

Ninguna reclamación por pérdidas sufridas después de la Fecha de entrada en vigor original de la cobertura será reducida o denegada por el hecho de que una enfermedad o afección física hubiera existido antes de la Fecha de entrada en vigor original de la cobertura.

Si se han agotado las prestaciones de la Parte A de Medicare o usted no participa en la Parte B de Medicare, y si tiene una reclamación que de otro modo habría estado cubierta por las Partes A o B de Medicare, deberá presentar su reclamación (por escrito o electrónicamente) en un formulario aceptable para nosotros en un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha de prestación de los servicios. Si el formulario no puede enviarse en un plazo de noventa (90) días, deberá enviarse tan pronto como sea razonablemente posible, pero no más tarde de quince (15) meses a partir de la fecha de prestación de los servicios. Se denegarán los beneficios de las reclamaciones presentadas después de transcurridos quince (15) meses desde la fecha de prestación de los servicios.

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

PAGO DE RECLAMACIONES

1. Sus derechos y beneficios en virtud del presente contrato son personales y no podrán ser cedidos por usted ni total ni parcialmente. No reconoceremos ninguna cesión o intento de cesión de beneficios, a menos que Medicare exija lo contrario. Sin embargo, reconoceremos las asignaciones de beneficios a Hospitales si este Contrato está sujeto a La. R.S. 40:2010. Si este contrato no está sujeto a La. R.S. 40:2010, no reconoceremos ninguna cesión o intento de cesión de beneficios a los Hospitales, a menos que Medicare exija lo contrario. Nada de lo contenido en la descripción escrita de la cobertura sanitaria se interpretará en el sentido de hacer al plan de salud o a Nosotros responsables ante ningún tercero ante el que Usted pueda ser responsable de la atención, el tratamiento o los servicios médicos.
2. Nos reservamos el derecho de pagar directamente a los Proveedores y Hospitales de nuestra Red de Proveedores Participantes en lugar de pagarle a Usted.
3. Los beneficios no asignados y no pagados a su fallecimiento podrán ser abonados a su testamento.

4. Esta póliza paga al Proveedor y sigue la asignación en la medida en que así lo exija Medicare.
5. Las indemnizaciones que se paguen en virtud de esta póliza por cualquier pérdida que no sea la pérdida de tiempo por incapacidad se abonarán tras la recepción de una prueba escrita de dicha pérdida, tal y como exige la ley

Q. ACCIÓN LEGAL

No se podrá emprender ninguna acción legal para cobrar esta póliza dentro de los sesenta (60) días siguientes a la recepción por nuestra parte del formulario de explicación de beneficios de Medicare una vez finalizada la tramitación de Medicare. No se podrá iniciar ninguna acción legal después de quince (15) meses desde la fecha de prestación del servicio o después de un (1) año desde la finalización de la tramitación de Medicare, lo que sea más largo.

Durante los trescientos sesenta y cinco (365) días de beneficio de la Parte A o si no participa en la Parte B de Medicare, no se podrá presentar ninguna demanda antes de los primeros sesenta (60) días después de que se le haya notificado la reclamación o más tarde de quince (15) meses a partir de la fecha de prestación.

LEGISLACIÓN VIGENTE

Este Contrato se registrará e interpretará de acuerdo con las leyes y reglamentos del Estado de Luisiana, excepto cuando sea precedido por la ley federal.

CONTINUACIÓN DE COBERTURA

Esta póliza prevé la continuación de la cobertura en caso de que el Secretario de Salud y Servicios Humanos determine que la póliza debe interrumpirse debido a que el programa Medicare Select no haya sido autorizado de nuevo por ley o debido a una modificación sustancial. Si se interrumpe esta póliza, Usted podrá adquirir, sin necesidad de prueba alguna que acredite su condición de asegurado, cualquier contrato complementario de Medicare ofrecido por Blue Cross and Blue Shield of Louisiana que tenga beneficios comparables o inferiores y que no contenga una disposición de red restringida.

Se considera que una póliza tiene beneficios comparables o inferiores a menos que tenga uno o más beneficios significativos no incluidos en la póliza que se sustituye.

PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

Esta póliza establece que Usted puede solicitar la compra de cualquier Contrato de Complemento de Medicare ofrecido por Blue Cross and Blue Shield of Louisiana que tenga beneficios comparables o inferiores y que no contenga una disposición de red restringida. Pondremos a su disposición dichas pólizas o certificados sin necesidad de prueba alguna que acredite su condición de asegurado después de que el Contrato Medicare Select haya estado en vigor durante seis (6) meses.

CONFORMIDAD CON LOS ESTATUTOS DEL ESTADO

Cualquier disposición de esta póliza que, en su Fecha de entrada en vigor original, esté en conflicto con las leyes del estado de Luisiana en dicha fecha se modifica para ajustarse a los requisitos mínimos de dichas leyes, en la medida en que sean aplicables a las pólizas Complementarias de Medicare.

LICENCIATARIO INDEPENDIENTE

Por la presente, el Afiliado solicitante reconoce expresamente que entiende que esta póliza constituye un Contrato únicamente entre el Afiliado solicitante y Blue Cross and Blue Shield of Louisiana (la "Compañía"), que es una compañía independiente que opera bajo licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield, (la Asociación) que permite a la Compañía utilizar las Marcas de Servicio de Blue Cross and Blue Shield en Louisiana, y que la Compañía no está contratando como agente de la Asociación. El Afiliado solicitante reconoce y acepta además que no ha suscrito esta póliza basándose en las declaraciones de ninguna persona que no sea la Compañía y que ninguna persona, entidad u organización que no sea la Compañía será responsable ante el Afiliado solicitante de ninguna de las obligaciones de la compañía para con el afiliado solicitante creadas en virtud de esta póliza. Este párrafo no creará obligaciones adicionales de ningún tipo por parte de la compañía, aparte de las obligaciones creadas en virtud de otras disposiciones de este acuerdo.

DERECHO DE REEMBOLSO

Siempre que hayamos realizado algún pago de Beneficios por un importe que supere los Beneficios máximos disponibles, conforme a este Contrato o exceda el Cargo Permitido, o siempre que hayamos realizado un pago por error, tendremos el derecho de recuperar dicho pago de Usted o, si corresponde, del Proveedor. Como alternativa, Nos reservamos el derecho de deducir toda reclamación de pago pendiente en este Contrato cualquier importe que Usted o el Proveedor nos adeude.

ARTÍCULO XI. PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES

Deseamos saber cuándo Usted no está conforme con la atención o los servicios que recibe de Nosotros o de uno de Nuestros proveedores. Si Usted desea registrar una Queja o enviarnos una Queja formal por escrito sobre Nuestros servicios o los de un Proveedor, consulte los procedimientos que se detallan a continuación.

Usted puede estar disconforme con las decisiones que tomemos respecto de los servicios cubiertos. Nosotros consideramos una Apelación por escrito como la solicitud del Afilado de cambiar la denegación de una reclamación.

A. Procedimientos de Quejas y Reclamaciones formales

Una preocupación sobre la calidad del servicio se refiere a Nuestros servicios, acceso, disponibilidad o actitud y a los de Nuestros proveedores. Una preocupación por la calidad de la atención se refiere a la idoneidad de la atención que se le brinda a Usted.

1. Para registrar una queja

Una queja es la expresión oral de insatisfacción con Nuestros servicios o los del proveedor. Usted puede llamar a Nuestro Departamento de Atención al Cliente al 1-800-258-3365 para registrar una queja.

Intentaremos resolver Su queja durante la llamada.

2. Para Presentar una queja formal

Una queja formal es una expresión por escrito de disconformidad con Nosotros o con los servicios del proveedor. Si Usted considera que Su queja no se ha resuelto adecuadamente o si desea presentar una queja formal, deberá hacérselo llegar por escrito dentro de los 180 días del evento que llevó a la disconformidad. Para asistencia, Usted puede llamar a Nuestro Departamento de Atención al Cliente. Envíe Su queja formal por escrito a:

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

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

Procedimientos de apelación

El procedimiento de apelación tiene dos (2) niveles internos Administrativos, incluyendo la revisión a cargo de un comité en el segundo nivel.

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda, puede llamar a Nuestro Departamento de Atención al Cliente.

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.

Tiene derecho a designar un representante autorizado para que le represente en Su apelación. Un representante autorizado es aquella persona a quien le ha extendido un consentimiento escrito para que lo represente en una revisión interna o externa de una denegación.

El representante autorizado puede ser el Proveedor que le atiende, si Usted lo designa por escrito.

Se le recomienda a que Nos proporcione toda la información disponible para ayudarnos a evaluar completamente la apelación, como comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con la denegación.

Le proporcionaremos, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información relevante a la denegación.

Las apelaciones administrativas implican cuestiones contractuales y suelen ser presentadas por Usted, Su representante autorizado o un proveedor autorizado para actuar en Su nombre.

Las apelaciones 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

1. Apelaciones de primer nivel

Si no está conforme con nuestra decisión, deberá enviar una solicitud de Apelación por escrito dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la recepción de nuestra denegación inicial. No se tendrán en cuenta las solicitudes que recibamos una vez transcurridos los ciento ochenta (180) días posteriores a nuestra denegación inicial.

La Apelación será revisada por personas que no hayan participado en las decisiones previas relativas a la denegación inicial. Si la Apelación es revocada, volveremos a tramitar su Reclamación. Si la Apelación es estimada, le informaremos de su derecho a iniciar el proceso de Apelación de segundo nivel.

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

2. Apelaciones de segundo nivel

Después de la revisión de Nuestra decisión de Apelación de segundo nivel, si Usted sigue disconforme, deberá presentar una solicitud de Apelación por escrito en un plazo de sesenta (60) días a partir de nuestra decisión de Apelación de primer nivel.

No se tendrán en cuenta las solicitudes que recibamos una vez transcurridos los sesenta (60) días posteriores a la denegación.

Un Comité de Apelaciones de personas que no hayan participado de ninguna decisión previa sobre la denegación inicial revisará las Apelaciones de segundo nivel. La decisión del Comité es final y vinculante.

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

AVISO DE LLHIGA

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

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

EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

LLHIGA

P.O. Drawer 44126
Baton Rouge, Louisiana 70804

Department of Insurance

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

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

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

2. LLHIGA tampoco provee cobertura para:

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

E. Límites en los importes de Cobertura

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



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

Aviso de No Discriminación

La Discriminación es Ilegal

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

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y sus subsidiarias:

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

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

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

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

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

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

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

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

O

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

AVISO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 оборотной стороне Вашей идентификационной карты. Клиенты с нарушениями слуха могут позвонить по номеру 1-800-711-5519 (Телефон с текстовым выходом: 711).

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

