TRS ActiveCare
TEACHER RETIREMENT SYSTEM OF TEXAS

BlueCross BlueShield of Texas

Certificado de beneficios y servicios médicos

TRS-ActiveCare HD
TRS-ActiveCare 2

Vigencia del 1-sep-2021 al 31-ago-2022

HEALTHIER TOGETHER

2021–22

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 1
Beneficios dentro y fuera de la red..... 1
Información de contacto importante 1
Línea de ayuda de Servicio al Cliente..... 1
Sitio web de BCBSTX..... 1
Autorización previa para los servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias..... 1
Autorización médica previa 1

PROGRAMA DE COBERTURA 3
TRS-ActiveCare HD Plan 3
TRS-ActiveCare 2 Plan 12

QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS 2
Elegibilidad del empleado..... 2
¿Quién puede inscribirse en TRS-ActiveCare? 2
Derechohabientes elegibles 3
Motivos especiales de inscripción/realización de cambios 4
Nuevo derechohabiente 4
Situaciones de elegibilidad especial..... 5
Pérdida de cobertura 5
Retiro de la cobertura 6
Hijos derechohabientes ordenados por el tribunal..... 6
Otros derechohabientes ordenados por el tribunal..... 7
Fecha de entrada en vigor de la cobertura 8
Cuándo finaliza la cobertura..... 14
Continuación de la cobertura de grupo (COBRA)..... 15

CÓMO FUNCIONA EL PLAN..... 16
Monto permitido..... 16
Administración de casos clínicos..... 16
Libertad de elección 16
Tarjetas de Identificación de Muestra 17
Necesidad médica 18
ParPlan..... 18
Estipulación de padecimientos preexistentes 18
Profesionales de atención médica especializada 18
Uso de proveedores sin contrato..... 19

REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA .. 20
Requisitos de autorización previa 20
Falta de autorización previa 24
Proceso de renovación de la autorización previa..... 25

PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES..... 26
Procedimientos para presentación de reclamaciones..... 26
Se requiere presentar reclamaciones 26
Quién presenta una reclamación..... 26
Dónde enviar los formularios de reclamación completos 26
Quién recibe el pago 27
Cuándo presentar una reclamación 27
Recepción de reclamaciones por parte de BCBSTX 27
Revisión de determinaciones de reclamación..... 27
Determinaciones de reclamación 27
Procedimientos para apelar decisiones/revisar reclamaciones..... 31
Criterios de revisión externa 34
Revisión externa estándar 34
Revisión externa acelerada..... 36
Agotamiento 37
La interpretación de las estipulaciones del plan del empleador..... 38

GASTOS ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS.....39
Gastos elegibles..... 39
Copagos 39
Deducibles..... 40
Gasto máximo de bolsillo 40
Cambios en los beneficios 41

SERVICIOS MÉDICOS INCLUIDOS.....42
Gastos de hospitalización 42
Gastos médico-quirúrgicos 42
Gastos de atención médica a largo plazo..... 44
Gastos de prestaciones especiales 45
Servicios de salud conductual..... 59

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES MÉDICAS....60

DEFINICIONES 65

ESTIPULACIÓN GENERAL 80
Agente de seguros 80
Enmiendas 80
Intereses de propiedad del Administrador de reclamaciones 80
Antiasignación y pago de beneficios..... 80
Responsabilidad de reclamaciones 80
Autorización de divulgación 80
Servicios de protección contra robo de identidad.....81
Medicare..... 81
Relación con el participante/proveedor..... 81
Pago en exceso..... 81
Rescisión..... 82
Subrogación 82
Coordinación de beneficios..... 82
Finalización de la cobertura 86
Continuación de la cobertura de grupo - Federal.....86
Cancelación..... 87
Género 87

ENMIENDAS 88

AVISO.....90
Otros acuerdos financieros independientes de los Planes Blue Cross and Blue Shield con proveedores 90
Aviso sobre Exención de Pagos 93
Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998..... 94
Continuación De Los Derechos De Cobertura Según Cobra 96

Su plan de medicamentos con receta 99
TRS-ActiveCare HD Plan..... 99
TRS-ActiveCare 2 Plan 100
Cómo funciona su Plan de medicamentos con receta..... 101
Acerca de CVS Caremark..... 101
Tarjetas de asegurado de CVS Caremark..... 101

Exclusiones de medicamentos *102*
Lista de medicamentos preferidos de CVS Caremark *102*
Coordinación de Beneficios (COB, en inglés) *109*
Exclusiones del plan para medicamentos con receta *110*
Rechazos de reclamaciones y apelaciones *110*
Medicamentos preventivos *114*
Recursos y herramientas en línea de CVS Caremark *115*

INTRODUCCIÓN

En este certificado de beneficios, nos referimos a los distritos escolares públicos de Texas que participan en el Sistema de jubilación de maestros como su "*empleador"* y al Sistema de jubilación de maestros (TRS, en inglés) como su "*grupo"*.

Su grupo ofrece los seguros de gastos médicos TRS-ActiveCare como uno de los beneficios de su empleo. Los beneficios provistos están diseñados para ayudarlo con muchos de sus gastos de atención médica por servicios y suministros que son *médicamente necesarios*.

La cobertura conforme a este *plan* se proporciona independientemente de su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual. En este certificado de beneficios existen estipulaciones que afectan su cobertura de atención médica. Es importante que lea detenidamente este certificado para conocer los beneficios y requisitos de su seguro de gastos médicos.

En este certificado de beneficios, los términos definidos aparecen en letra cursiva y en la estipulación indicada en el certificado de beneficios o en la sección **DEFINICIONES** del certificado de beneficios. Siempre que se utilicen estos términos, el significado coincide con la definición dada. Los términos en itálicas pueden ser encabezados de una sección que detalla la estipulación o pueden ser términos definidos.

En este certificado de beneficios, los términos "usted" y "su" hacen referencia al *participante*.

Beneficios dentro y fuera de la red

Beneficios dentro de la red

Para recibir los *beneficios que forman parte de la red* como se indica en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, **tiene que** elegir *proveedores* que formen parte de la *red* para todos los servicios médicos **(que no sean emergencias**). La *red* ha sido establecida por Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) y consta de *médicos*, *profesionales de atención médica especializada*, *hospitales* y otros centros de salud para atender a *participantes* de toda el *área de servicio del plan de la red*.

Consulte su directorio de *proveedores* o visite el sitio web de BCBSTX en www.bcbstx.com/trsactivecare para realizar su selección. Ocasionalmente, el listado puede cambiar, por lo que tiene que asegurarse de que los *proveedores* que usted elija todavía sean *proveedores que forman parte de la red*. Al menos una vez al año estará disponible el directorio actualizado. Puede acceder a nuestro sitio web, www.bcbstx.com/trsactivecare, para obtener el listado vigente que lo ayudará a encontrar un *proveedor*.

Si usted elige a un *proveedor que forma parte de la red*, el *proveedor* le facturará a BCBSTX, y no a usted, los servicios prestados.

El proveedor ha acordado aceptar como pago completo el menor de los siguientes montos:

- los cargos facturados,
- el *monto permitido* según lo determine BCBSTX,
- otros montos de pago determinados por contrato.

Usted es responsable de pagar todo *deducible*, *copago* y *coseguro*. Es posible que usted deba pagar los servicios sin cobertura o limitados. No se requiere ningún formulario de reclamación.

Beneficios fuera de la red

Si elige *proveedores que no forman parte de la red*, solo tendrá disponibles los *beneficios que no forman parte de la red*. Si acude a un *proveedor* fuera de la *red*, se pagarán los beneficios a nivel de *beneficios que no forman parte de la red*.

Si elige un *profesional médico* fuera de la *red*, es posible que tenga que presentar una reclamación por los servicios prestados.

Usted será responsable de pagar lo siguiente:

- cargos facturados que superen el *monto permitido* según lo determine BCBSTX,
- *coseguro*, *copagos* y *deducibles*,
- servicios limitados o no incluidos, y
- multa por falta de una autorización previa.

Información de contacto importante

Recurso	Información de contacto	Horario de atención
Línea de ayuda de Servicio al Cliente (Guías de salud personal)	**1-866-355-5999**	**Las 24 horas del día Los 7 días de la semana**
Sitios web	**www.bcbstx.com/trsactivecare www.trs.texas.gov**	**Las 24 horas del día Los 7 días de la semana**

Línea de ayuda de Servicio al Cliente

Las Guías de salud personal pueden hacer lo siguiente:

- identificar su *área de servicio del plan*;
- proporcionarle información sobre *proveedores de ParPlan* y *proveedores que forman parte de la red*;
- distribuir formularios de reclamación;
- responder a sus preguntas sobre reclamaciones;
- ayudarlo a identificar un *proveedor que forma parte de la red* (pero no le recomendarán proveedores específicos que forman parte de la red);
- brindar información sobre las características de su seguro de gastos médicos;
- registrar comentarios sobre *proveedores*.

Sitio web de BCBSTX

Visite el sitio web de BCBSTX en www.bcbstx.com/trsactivecare para obtener información sobre BCBSTX, tener acceso a los formularios mencionados en este certificado de beneficios, y mucho más.

Autorización previa para los servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias

Se requiere autorización previa para toda la atención de pacientes internados y determinada atención de pacientes no hospitalizados para los *participantes* que buscan tratamiento por parte de los servicios de salud conductual, *atención de salud mental*, *enfermedad mental grave* y trastorno por consumo de sustancias. Consulte la sección **REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA** para obtener más información. Para realizar una autorización previa, usted, su *profesional en salud conductual* o un miembro de la familia pueden llamar al número de la Guía de salud personal, 1-866-355-5999, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Autorización médica previa

A fin de cumplir con todos los requisitos de *autorización* médica *previa* para *admisiones hospitalarias*, *gastos de atención médica a largo plazo* o *terapia de infusión en el hogar*, llame a su Guía de salud personal al 1-866-355-5999.

Aviso sobre Paridad de Salud Mental

Los seguros de gastos médicos grupales patrocinados por el Estado y los empleadores gubernamentales locales deben, por lo general, cumplir con los requisitos de la ley federal establecidos en el título XXVII de la Ley de Servicio de Salud Pública, también conocida como la Ley de Paridad de Salud Mental e Igualdad en la Adicción.
Sin embargo, estos empleadores tienen permitido optar por eximir a un plan de esos requisitos para cualquier parte del plan que el empleador “autofinancie”, en lugar de proveerlos a través de una póliza de seguro médico.
TRS eligió eximir a TRS-ActiveCare de la Ley de Paridad de Salud Mental e Igualdad en la Adicción, la cual exige que los beneficios para los trastornos de salud mental y consumo de sustancias no tengan más restricciones que aquellas que se aplican a los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan.

Para el año del plan 2021-2022, TRS continuará proporcionando los mismos beneficios de salud mental y abuso de sustancias que ofrecimos en el año del plan 2020-2021.
Esto significa que aún tendrá acceso a ingresos como paciente internado y a servicios para pacientes no hospitalizados para recibir servicios de salud mental o de abuso de sustancias sin ningún límite de día o de consulta; sin embargo, los planes médicos de TRS no estarán obligados a cumplir ciertos requisitos de la Ley de Paridad de Salud Mental e Igualdad en la Adicción.
Sus beneficios de salud mental y abuso de sustancias se describen con más detalle en este certificado de beneficios.

PROGRAMA DE COBERTURA

TRS-ActiveCare HD Plan

El siguiente cuadro resume la cobertura disponible en su ***TRS-ActiveCare HD Plan***. Para obtener más detalles, consulte **SERVICIOS MÉDICOS INCLUIDOS**.

AVISO IMPORTANTE: Los copagos y los *coseguros* que se muestran a continuación indican el monto que usted debe pagar. Se expresan como una cantidad fija en dólares o un porcentaje del *monto permitido* y se aplicarán para cada incidente, a menos que se indique lo contrario. Los *copagos*, *deducibles* y *gastos máximos de bolsillo* se pueden ajustar por varios motivos, según lo permita la ley vigente.

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Deducibles por año del plan		
Por persona	$3,000	$5,500
Por familia	$6,000	$11,000
Gastos máximos de bolsillo por año del plan		
Por persona	$7,000	$20,250
Por familia	$14,000	$40,500
Servicios profesionales		
Profesional médico principal (PCP): visita al consultorio o visita a domicilio **Médico especialista ("Especialista"): visita al consultorio o visita a domicilio**	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios hospitalarios para pacientes internados		
Servicios hospitalarios para pacientes internados	30% de *coseguro* después del *deducible* No se aplica una multa en caso de no presentar la autorización previa para los servicios	50% de *coseguro* después del *deducible,* monto máximo permitido de $500 por día* Multa de $250 en caso de no presentar la autorización previa para los servicios
Servicios de centros para pacientes no hospitalizados		
Cirugía para pacientes no hospitalizados	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Terapia de radiación y quimioterapia	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Diálisis	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios de terapia de infusión para pacientes no hospitalizados		
Terapia de infusión: hospital	$500 de *copago* después del *deducible*	$1,000 de *copago*
Terapia de infusión: hogar, consultorio, *sala de infusiones*	$30 de *copago* después del *deducible*	$250 de *copago*

*Se aplica un máximo de $500 por día a todos los servicios facturados por un *centro para pacientes internados fuera de la red*, independientemente de si el monto permitido se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo.*

PROGRAMA DE COBERTURA

TRS-ActiveCare HD Plan

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de laboratorio y de radiografía para pacientes no hospitalizados		
Arteriografías, Tomografía computarizada (CT, en inglés), Resonancia magnética (MRI, en inglés), Electroencefalograma (EEG, en inglés), Mielografía, Tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés)	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Otros servicios de radiografía	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Otros análisis de laboratorio para pacientes no hospitalizados	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Laboratorios: entorno hospitalario para pacientes no hospitalizados	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios de rehabilitación*		
Terapias y servicios de rehabilitación; todos los servicios facturados por un quiropráctico se aplicarán al máximo de visitas de 35.	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Atención en maternidad y servicios de planificación familiar		
Atención en maternidad Prenatal Posnatal ***Servicios hospitalarios para pacientes internados*****, por cada admisión	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios de planificación familiar: • servicios de asesoramiento de diagnóstico, consultas y planificación; • inserción o extracción de dispositivo intrauterino (DIU), incluido el costo del dispositivo; • ajuste de diafragma o capuchón cervical, incluido el costo del dispositivo; • inserción o extracción de un dispositivo anticonceptivo subdérmico, incluido el costo del dispositivo; • medicamentos anticonceptivos inyectables, incluido el costo del medicamento; • esterilización voluntaria; • vasectomía.	30% de *coseguro* después del *deducible*, a menos que esté cubierto de otro modo en *Servicios anticonceptivos* descritos en ***Servicios de atención médica preventiva***.	50% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios para la infertilidad • tratamiento de las afecciones subyacentes	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*

*Los beneficios para el Trastorno del Espectro Autista no se aplicarán ni estarán sujetos a ningún máximo de consultas de Servicios de Rehabilitación y Terapias.

**Se aplica un máximo de $500 por día a todos los servicios facturados por un *centro para pacientes internados fuera de la red*, independientemente de si el monto permitido se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA

TRS-ActiveCare HD Plan

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de salud conductual		
***Servicios de salud mental para pacientes no hospitalizados, enfermedad mental grave* y *tratamiento del trastorno por consumo de sustancias* (SUD, en inglés): consultorio**	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
***Servicios de salud mental para pacientes no hospitalizados, enfermedad mental grave* y *tratamiento del trastorno por consumo de sustancias* (SUD): otros servicios para pacientes no hospitalizados**	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*, monto máximo permitido de $500 por día*
***Servicios de salud mental para pacientes internados, enfermedad mental grave* y *tratamiento del trastorno por consumo de sustancias* (SUD): servicios en centros**	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios de *salud mental para pacientes internados, enfermedad mental grave* y *tratamiento del trastorno por consumo de sustancias* (SUD): servicios profesionales	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios de atención médica de emergencia		
Centro (Si es admitido, se aplicarán los cargos descritos en *Servicios hospitalarios para pacientes internados*).	30% de *coseguro* después del *deducible*	
Médico	30% de *coseguro* después del *deducible*	
	$500 de *copago*, más 30% de *coseguro* después del *deducible* por servicios prestados en una Sala de emergencias independiente.	$500 de *copago*, más 50% de *coseguro* después del *deducible* por servicios prestados en una Sala de emergencias independiente.
Servicios de atención médica inmediata		
Atención médica inmediata	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Clínicas en locales comerciales		
Clínicas en locales comerciales	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios de ambulancia		
Servicios de ambulancia, por servicio	30% de *coseguro* después del *deducible*	

*Se aplica un máximo de $500 por día a todos los servicios facturados por un *centro para pacientes internados fuera de la red*, independientemente de si el monto permitido se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA

TRS-ActiveCare HD Plan

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de atención médica a largo plazo		
Servicios de un centro de enfermería especializada, por cada día, hasta 25 días por *año del plan*	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*[*]
Cuidados para pacientes terminales, por visita	30% de *coseguro* después del *deducible*, salvo que esté incluido en *Servicios hospitalarios para pacientes internados*.	50% de *coseguro* después del *deducible*[*]
Atención médica en el hogar, por visita, hasta 60 visitas por *año del plan*	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Enfermería privada	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*

[*]Se aplica un máximo de $500 por día a todos los servicios facturados por un *centro para pacientes internados fuera de la red*, independientemente de si el monto permitido se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA

TRS-ActiveCare HD Plan

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de prevención		
Atención preventiva para niños hasta los 17 años	El plan paga el 100%	50% de *coseguro* después del *deducible*
Evaluaciones médicas periódicas para los *participantes* de 18 años de edad o más	El plan paga el 100%	50% de *coseguro* después del *deducible*
Vacunas		
• vacunas durante la niñez requeridas por ley para los *participantes* hasta los 6 años de edad	El plan paga el 100%	50% de *coseguro* después del *deducible*
• vacunas para *participantes* mayores de 6 años de edad	El plan paga el 100%	50% de coseguro después del deducible
Medición de la masa ósea por osteoporosis, limitada a una cada dos años para *participantes* mujeres de 65 años de edad o más y *participantes* hombres de 70 años de edad o más.	El plan paga el 100%	50% de *coseguro* después del *deducible*
El examen preventivo para la mujer, una vez por *año del plan*, incluye, entre otros, un examen de detección del cáncer cervical (Papanicolaou), para *participantes* mujeres mayores de 18 años de edad.	El plan paga el 100%	50% de *coseguro* después del *deducible*
Mamografía de detección para *participantes* mujeres de 40 años de edad o más y para *participantes* mujeres con otros factores de riesgo, una vez por *año del plan.*	El plan paga el 100%	50% de coseguro después del deducible
• centro para pacientes no hospitalizados o centros de diagnóstico por imágenes	El plan paga el 100%	50% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios y suministros anticonceptivos • educación anticonceptiva • asesoramiento • ciertos métodos anticonceptivos femeninos aprobados por la FDA • dispositivos y procedimientos de esterilización femenina	El plan paga el 100%	50% de *coseguro* después del *deducible*
Apoyo, asesoramiento y suministros para la lactancia • asesoramiento sobre lactancia, limitado a seis (6) visitas por *año del plan* • extractores de leche eléctricos, limitados a dos (2) por *año del plan* (Los extractores de leche de calidad hospitalaria están incluidos hasta el precio de compra de $150)	El plan paga el 100%	50% de *coseguro* después del *deducible*
Pérdida de audición		
• prueba de detección desde el nacimiento hasta los 30 días	El plan paga el 100%	50% de *coseguro* después del *deducible*
• atención de seguimiento desde el nacimiento hasta los 24 meses	El plan paga el 100%	50% de coseguro después del deducible

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de prevención (continuación)		
Pruebas rectales para la detección del cáncer colorrectal para *participantes* de 50 años de edad o más:		
• prueba anual de sangre oculta en heces, una vez por *año del plan*	El plan paga el 100%	50% de *coseguro* después del *deducible*
• sigmoidoscopia flexible con prueba de sangre oculta en heces, limitada a 1 vez cada 5 años	El plan paga el 100%	50% de *coseguro* después del *deducible*
• colonoscopia, limitada a 1 cada 10 años	El plan paga el 100%	50% de *coseguro* después del *deducible*
• Cologuard, limitado a 1 cada 3 años	El plan paga el 100%	50% de *coseguro* después del *deducible*
Exámenes de ojos y oídos, una vez por *año del plan*	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Prueba de detección temprana de enfermedades cardiovasculares, limitada a 1 cada 5 años • tomografía computarizada (CT) • ultrasonografía	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Prueba de detección temprana de cáncer de ovario (prueba de sangre CA125), una vez por *año del plan*	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Examen de detección del cáncer de próstata para *participantes* de 45 años de edad o más o de 40 años de edad con antecedentes familiares, una vez por *año del plan*	El plan paga el 100%	50% de *coseguro* después del *deducible*
Procedimientos quirúrgicos dentales		
Procedimientos quirúrgicos dentales (servicios incluidos limitados)	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética		
Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética (servicios incluidos limitados)	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Atención de alergias		
Exámenes y evaluación	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Inyecciones	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Suero	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*

PROGRAMA DE COBERTURA

TRS-ActiveCare HD Plan

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Atención de la diabetes		
Capacitación para el manejo personal de la diabetes, por cada consulta **Equipo para la diabetes** **Suministros para la diabetes**	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Dispositivos prostéticos y aparatos ortóticos		
***Dispositivos prostéticos* y aparatos ortóticos** $1,000 de cobertura máxima de por vida para pelucas necesarias como resultado de la pérdida de cabello debido a lesiones o al tratamiento de una enfermedad. Dos (2) pares de calzado terapéutico por *año del plan*, para la prevención de complicaciones relacionadas con la diabetes.	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Implantes cocleares Límite de uno (1) por oído afectado cada tres años para *participantes* hasta la edad de 19 años, con reemplazos según haya *necesidad médica* o audiológica.	30% de *coseguro* después del *deducible* También se podría aplicar cualquier cargo adicional según se describe en Cirugía para pacientes no hospitalizados.	50% de *coseguro* después del *deducible*
Equipo médico duradero		
Equipo médico duradero	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Audífonos		
Audífonos Máximo de $1,000 por cada 36 meses para audífonos (se aplica a *participantes* mayores de 19 años de edad)	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios para la audición y el habla		
Servicios para la audición y el habla	30% de *coseguro* después del *deducible*	50% de *coseguro* después del *deducible*

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de telesalud a través de TRS Virtual Health		
Servicio médico: Teladoc y RediMD	30% de *coseguro* después del *deducible*, la tarifa por consulta médica de $30 se aplica al *deducible*	No aplicable
Salud conductual: solo Teladoc	30% de *coseguro* después del *deducible*, las tarifas por consulta de salud conductual se aplican al *deducible*: • psiquiatra (consulta inicial) $185.00 • psiquiatra (consultas continuadas) $95.00 • psicólogo, trabajador social clínico profesional $85.00	No aplicable

PROGRAMA DE COBERTURA

TRS-ActiveCare HD Plan

	Centro designado de Blue Distinction Plus	Centro designado de Blue Distinction	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Blue Distinction Centers				
Cirugía bariátrica	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Trasplantes	0% de *coseguro* después del *deducible* por servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados	0% de *coseguro* después del *deducible* por servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados	30% de *coseguro* después del *deducible* por servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados	50% de *coseguro* después del *deducible* por servicios hospitalarios para pacientes internados* y pacientes no hospitalizados

*Se aplica un máximo de $500 por día a todos los servicios facturados por *un centro para pacientes internados fuera de la red*, independientemente de si el monto permitido se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA

TRS-ActiveCare 2 Plan

El siguiente cuadro resume la cobertura disponible en su ***TRS-ActiveCare 2 Plan***. Para obtener más detalles, consulte **SERVICIOS MÉDICOS INCLUIDOS**.

AVISO IMPORTANTE: Los copagos y los *coseguros* que se muestran a continuación indican el monto que usted debe pagar. Estos montos se expresan como una cantidad fija en dólares o un porcentaje del *monto permitido* y se aplicarán para cada incidente, a menos que se indique lo contrario. Los copagos, *deducibles* y *gastos máximos de bolsillo* se pueden ajustar por varios motivos, según lo permita la ley vigente.

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Deducibles por año del plan		
Por persona	$1,000	$2,000
Por familia	$3,000	$6,000
Gastos máximos de bolsillo por año del plan		
Por persona	$7,900	$23,700
Por familia	$15,800	$47,400
Servicios profesionales		
Profesional médico principal (PCP): visita al consultorio o visita a domicilio	$30 de *copago*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Médico especialista ("Especialista"): visita al consultorio o visita a domicilio	$70 de *copago*	
Servicios hospitalarios para pacientes internados		
Servicios hospitalarios para pacientes internados Máximo de $2,250 de *copago* por *año del plan* para *beneficios dentro de la red* y *fuera de la red* combinados.	20% de *coseguro* después del *deducible* y después de $150 de *copago* por día (máximo de $750 de *copago* por admisión)	40% de *coseguro* después del *deducible,* monto máximo permitido de $500 por día*
	No se aplica una multa en caso de no presentar la autorización previa para los servicios	Multa de $250 en caso de no presentar la autorización previa para los servicios
Servicios de centros para pacientes no hospitalizados		
Cirugía para pacientes no hospitalizados	20% de *coseguro* después del *deducible, $150 de copago* por incidente	40% de coseguro después del *deducible, $150 de copago* por incidente
Terapia de radiación y	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Quimioterapia, diálisis	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios de terapia de infusión para pacientes no hospitalizados		
Terapia de infusión: hospital	$500 de *copago*	$1,000 de *copago*
Terapia de infusión: hogar, consultorio, *sala de infusiones*	$30 de *copago*	$250 de *copago*

*Se aplica un máximo de $500 por día a todos los servicios facturados por un *centro para pacientes internados fuera de la red*, independientemente de si el monto permitido se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA

TRS-ActiveCare 2 Plan

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de laboratorio y de radiografía para pacientes no hospitalizados		
Arteriografías, Tomografía computarizada (CT, en inglés), Resonancia magnética (MRI, en inglés), Electroencefalograma (EEG, en inglés), Mielografía, Tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés)	20% de *coseguro* después del *deducible* y $100 de *copago* por procedimiento (*copago* eximido si se realiza en la sala de emergencias o si el paciente es admitido)	40% de *coseguro* después del *deducible* y $100 de *copago* por procedimiento (copago eximido si se realiza en la sala de emergencias o si el paciente es admitido)
Servicios de laboratorio y radiografía, consultorio o centro independiente	0% de *coseguro*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Análisis de laboratorio para pacientes no hospitalizados	20% de *coseguro después del deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Radiografías para pacientes no hospitalizados	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios de rehabilitación*		
Terapias y servicios de rehabilitación; todos los servicios facturados por un quiropráctico se aplicarán al máximo de visitas de 35	$70 de *copago* en el consultorio 20% de *coseguro* después del *deducible* por Servicios de centros para pacientes no hospitalizados, según corresponda.	40% de *coseguro* después del *deducible*
Atención en maternidad y servicios de planificación familiar		
Atención en maternidad		
Prenatal	$30 de *copago*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Posnatal	$30 de *copago*	
Servicios hospitalarios para pacientes internados[**], por cada admisión	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios de planificación familiar: • servicios de asesoramiento de diagnóstico, consultas y planificación; • inserción o extracción de dispositivo intrauterino (DIU), incluido el costo del dispositivo; • ajuste de diafragma o capuchón cervical, incluido el costo del dispositivo; • inserción o extracción de un dispositivo anticonceptivo subdérmico, incluido el costo del dispositivo; • medicamentos anticonceptivos inyectables, incluido el costo del medicamento; • esterilización voluntaria; • vasectomía.	20% de *coseguro* después del *deducible*, a menos que esté cubierto de otro modo en Servicios anticonceptivos descritos en **Servicios de atención médica preventiva**.	40% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios para la infertilidad • tratamiento de las afecciones subyacentes	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*

[*] Los beneficios para el Trastorno del Espectro Autista no se aplicarán ni estarán sujetos a ningún máximo de consultas de Servicios de Rehabilitación y Terapias.

[**]Se aplica un máximo de $500 por día a todos los servicios facturados por un *centro para pacientes internados fuera de la red*, independientemente de si el monto permitido se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA

TRS-ActiveCare 2 Plan

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de salud conductual		
***Atención de salud mental para pacientes no hospitalizados, enfermedad mental grave* y *tratamiento del trastorno por consumo de sustancias* (SUD, en inglés): consultorio**	$30 de *copago*	40% de *coseguro* después del *deducible*
***Servicios de salud mental para pacientes no hospitalizados, enfermedad mental grave* y *tratamiento del trastorno por consumo de sustancias* (SUD): otros servicios para pacientes no hospitalizados**	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
***Servicios de salud mental para pacientes internados, enfermedad mental grave* y *tratamiento del trastorno por consumo de sustancias* (SUD): servicios en centros**	20% de *coseguro* después del *deducible* y después de $150 de *copago* por día (máximo de $750 de *copago* por admisión)	40% de *coseguro* después del *deducible*, monto máximo permitido de $500 por día*
***Servicios de salud mental para pacientes internados, enfermedad mental grave* y *tratamiento del trastorno por consumo de sustancias* (SUD): servicios profesionales**	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios de atención médica de emergencia		
Centro (si es admitido, se aplicarán los cargos descritos en *Servicios hospitalarios para pacientes internados*)	$250 de *copago* y 20% de *coseguro* después del *deducible*	
Médico	20% de *coseguro* después del *deducible*	
	$500 de *copago*, más 20% de *coseguro* después del *deducible* por servicios prestados en una Sala de emergencia independiente.	$500 de *copago*, más 40% de *coseguro* después del *deducible* por servicios prestados en una Sala de emergencia independiente.
Servicios de atención médica inmediata		
Atención médica inmediata	$50 de *copago*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Clínicas en locales comerciales		
Clínicas en locales comerciales	$30 de *copago*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios de ambulancia		
Servicios de ambulancia, por servicio	20% de *coseguro* después del *deducible*	

*Se aplica un máximo de $500 por día a todos los servicios facturados por un *centro para pacientes internados fuera de la red*, independientemente de si el monto permitido se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA

TRS-ActiveCare 2 Plan

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de atención médica a largo plazo		
Servicios de un centro de enfermería especializada, por cada día, hasta 25 días por *año del plan*	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*[*]
Cuidados para pacientes terminales, por visita	20% de *coseguro* después del *deducible*, salvo que esté incluido en *Servicios hospitalarios para pacientes internados*.	40% de *coseguro* después del *deducible*[*]
Atención médica en el hogar, por visita, hasta 60 visitas por *año del plan*	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Enfermería privada	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*

[*]Se aplica un máximo de $500 por día a todos los servicios facturados por un *centro para pacientes internados fuera de la red*, independientemente de si el monto permitido se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA

TRS-ActiveCare 2 Plan

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de prevención		
Atención preventiva para niños hasta los 17 años	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*
Evaluaciones médicas periódicas para los *participantes* de 18 años de edad o más	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*
Vacunas		
• vacunas durante la niñez requeridas por ley para los *participantes* hasta los 6 años de edad	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*
• vacunas para *participantes* mayores de 6 años de edad	El plan paga el 100%	40% de coseguro después del deducible
Medición de la masa ósea por osteoporosis, limitada a una cada dos años para *participantes* mujeres de 65 años de edad o más y *participantes* hombres de 70 años de edad o más.	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*
El examen preventivo para la mujer, una vez por *año del plan*, incluye, entre otros, un examen de detección del cáncer cervical (Papanicolaou), para *participantes* mujeres mayores de 18 años de edad.	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*
Mamografía de detección para *participantes* mujeres de 40 años de edad o más y para *participantes* mujeres con otros factores de riesgo, una vez por *año del plan.*	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*
• centro para pacientes no hospitalizados o centros de diagnóstico por imágenes	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios y suministros anticonceptivos		
• educación anticonceptiva, asesoramiento y ciertos métodos anticonceptivos femeninos aprobados por la FDA, dispositivos y procedimientos de esterilización femenina	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*
Apoyo, asesoramiento y suministros para la lactancia • asesoramiento sobre lactancia, limitado a seis (6) visitas por *año del plan* • extractores de leche eléctricos, limitados a dos (2) por *año del plan* (Los extractores de leche de calidad hospitalaria están incluidos hasta el precio de compra de $150)	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*
Pérdida de audición		
• prueba de detección desde el nacimiento hasta los 30 días	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*
• atención de seguimiento desde el nacimiento hasta los 24 meses	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de prevención (continuación)		
Pruebas rectales para la detección del cáncer colorrectal para *participantes* de 50 años de edad o más:		
• prueba anual de sangre oculta en heces, una vez por *año del plan*	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*
• sigmoidoscopia flexible con prueba de sangre oculta en heces, limitada a 1 vez cada 5 años	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*
• colonoscopia, limitada a 1 cada 10 años	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*
• Cologuard, limitado a 1 cada 3 años	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*
Exámenes de ojos y oídos, una vez por *año del plan*	$30 de *copago* por el PCP o $70 por un *especialista*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Prueba de detección temprana de enfermedades cardiovasculares, limitada a 1 cada 5 años • tomografía computarizada (CT) • ultrasonografía	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Prueba de detección temprana de cáncer de ovario (prueba de sangre CA125), una vez por *año del plan.*	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Examen de detección del cáncer de próstata para *participantes* de 45 años de edad o más o de 40 años de edad con antecedentes familiares, una vez por *año del plan.*	El plan paga el 100%	40% de *coseguro* después del *deducible*
Procedimientos quirúrgicos dentales		
Procedimientos quirúrgicos dentales (servicios incluidos limitados)	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética		
Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética (servicios incluidos limitados)	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Atención de alergias		
Exámenes y evaluación	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Inyecciones	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Suero	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*

PROGRAMA DE COBERTURA

TRS-ActiveCare 2 Plan

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Atención de la diabetes		
Capacitación para el manejo personal de la diabetes, por cada consulta **Equipo para la diabetes** **Suministros para la diabetes**	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Dispositivos prostéticos *y aparatos ortóticos*		
***Dispositivos prostéticos* y aparatos ortóticos** $1,000 de cobertura máxima de por vida para pelucas necesarias como resultado de la pérdida de cabello debido a lesiones o al tratamiento de una enfermedad. Dos (2) pares de calzado terapéutico por *año del plan*, para la prevención de complicaciones relacionadas con la diabetes.	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Implantes cocleares Límite de uno (1) por oído afectado cada tres años para *participantes* hasta la edad de 19 años, con reemplazos según haya *necesidad médica* o audiológica.	20% de *coseguro* después del *deducible* También se podría aplicar cualquier cargo adicional según se describe en Cirugía para pacientes no hospitalizados.	40% de *coseguro* después del *deducible*
Equipo médico duradero		
Equipo médico duradero	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Audífonos		
Audífonos Máximo de $1,000 por cada 36 meses para audífonos (se aplica a *participantes* mayores de 19 años de edad)	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Servicios para la audición y el habla		
Servicios para la audición y el habla	20% de *coseguro* después del *deducible*	40% de *coseguro* después del *deducible*
Terapia del habla y auditiva: consultorio	$70 de *copago*	40% de *coseguro* después del *deducible*

PROGRAMA DE COBERTURA

TRS-ActiveCare 2 Plan

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de telesalud a través de TRS Virtual Health		
Servicio médico: Teladoc y RediMD	$0 de *copago*	No aplicable
Salud conductual: solo Teladoc	$70 de *copago*	No aplicable

PROGRAMA DE COBERTURA

TRS-ActiveCare 2 Plan

	Centro designado de Blue Distinction Plus	Centro designado de Blue Distinction	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Blue Distinction Centers				
Cirugía bariátrica				
Centro	20% de *coseguro* después del *deducible* y después $150 de *copago* por día*	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Médico	$5,000 de *copago* por honorarios del cirujano			
Trasplantes	0% de *coseguro* después del *deducible* y después $150 de *copago* por día* por servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados	0% de *coseguro* después del *deducible* por servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados	20% de *coseguro* después del *deducible* por servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados	40% de *coseguro* después del *deducible* por servicios hospitalarios para pacientes internados**y pacientes no hospitalizados

*Máximo de $750 de *copago* por admisión, máximo de $2,250 de *copago* por *año del plan*.
**Se aplica un máximo de $500 por día a todos los servicios facturados por un centro para pacientes internados fuera de la red, independientemente de si el monto permitido se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

Elegibilidad del derechohabiente

El límite de edad del *hijo derechohabiente* es 26 años.

Los *hijos derechohabientes* son elegibles para recibir los beneficios de *atención en maternidad*.

Padecimientos preexistentes

Los padecimientos preexistentes están cubiertos inmediatamente.

QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS

Elegibilidad del empleado

¿Quién puede inscribirse en TRS-ActiveCare?

Para ser elegible para TRS-ActiveCare, usted:

- tiene que (i) ser un asegurado participante que actualmente esté contratado por un *empleador* en un puesto que sea elegible para ser asegurado en la pensión de TRS, o (ii) estar contratado actualmente por un distrito/entidad participante para trabajar 10 o más horas programadas con regularidad cada semana en un puesto que no sea elegible para ser asegurado
- no debe estar recibiendo cobertura de atención médica como empleado o jubilado conforme a (i) la Ley Uniforme de Beneficios de Seguro para Empleados Universitarios del Estado de Texas o *Texas State College and University Employees Uniform Insurance Benefits Act* (p. ej., cobertura ofrecida por el Sistema Universitario de Texas o el Sistema Universitario Texas A&M); (ii) la Ley Uniforme de Beneficios de Seguro de Grupo para Empleados de Texas o *Texas Employees Uniform Group Insurance Benefits Act* (p. ej., cobertura ofrecida por ERS); o (iii) TRS-Care

Si usted es un empleado de tiempo parcial elegible durante una oportunidad de inscripción para el *año del plan* vigente y después durante el *año del plan* vigente pasa a ser un empleado de tiempo completo elegible, tendrá una oportunidad de 31 días para inscribirse o inscribir a los *derechohabientes* elegibles en TRS-ActiveCare.

Su oportunidad de inscripción de 31 días comenzará el primer día en que pase a ser un empleado de tiempo completo elegible. Esta oportunidad de inscripción existe incluso si anteriormente usted rechazó la inscripción en TRS-ActiveCare durante el *año del plan* vigente.

Un empleado a tiempo completo es un asegurado participante de la pensión de TRS que:

- actualmente es empleado de una entidad participante;
- es empleado en un puesto que ES elegible para ser asegurado de la pensión de TRS;
- no está recibiendo cobertura como empleado o jubilado de TRS-Care o de un programa uniforme de seguro de *grupo* o de beneficios de salud que ofrece ERS, la Universidad de Texas o la Universidad de Texas A&M.

Un empleado a tiempo parcial es una persona que:

- actualmente es empleado de una entidad participante;
- es empleado en un puesto que NO ES elegible para ser asegurado de la pensión de TRS o no es elegible para ser asegurado de la pensión de TRS debido a una jubilación por servicio o discapacidad;
- no está recibiendo cobertura como empleado o jubilado de TRS-Care o de un programa uniforme de seguro de *grupo* o de beneficios de salud que ofrece ERS, la Universidad de Texas o la Universidad de Texas A&M.

Por lo tanto, a los fines de la inscripción en TRS-ActiveCare, las personas contratadas en un puesto de sustituto o que se hayan jubilado conforme a la pensión de TRS serán consideradas empleados a tiempo parcial, independientemente de la cantidad de horas que trabajen para la entidad participante.

Los empleados a tiempo parcial no tienen derecho a la asistencia estatal en la compra de su cobertura de TRS-ActiveCare. La entidad participante que contrata a un empleado a tiempo parcial puede, aunque no es obligación, brindarle asistencia en la compra de la cobertura de TRS-ActiveCare a este empleado.

Aviso: Aunque bajo circunstancias particulares es posible que un empleado jubilado, un empleado de educación superior o un empleado estatal no esté asegurado como empleado de un distrito/entidad participante, sí podría estar asegurado como *derechohabiente* de un empleado elegible. Los empleados asegurados como *derechohabientes* por una entidad de educación superior o un programa estatal también podrían estar asegurados en TRS-ActiveCare como empleados.

¿Quién es elegible para la cobertura de TRS-ActiveCare?
Los maestros, el personal administrativo, los sustitutos, los conductores de autobuses, los bibliotecarios, los guardias de cruces peatonales, los trabajadores de cafetería y los estudiantes de escuela secundaria o universidad, entre otros, son elegibles para la cobertura (siempre y cuando no se apliquen excepciones) si son empleados del distrito/entidad (no voluntarios) y son ya sea asegurados de TRS activos y contribuyentes o empleados de un distrito/entidad participante que trabajan 10 o más horas programadas regularmente cada semana.

Los contratistas independientes y los voluntarios no son empleados y, por lo tanto, no son elegibles para la cobertura de TRS- ActiveCare.

Aviso: Las pautas de elegibilidad anteriores se aplican solo a TRS-ActiveCare y no se aplican a la elegibilidad para ser asegurado del plan de pensiones de TRS. Solo los empleados que sean asegurados de TRS activos y contribuyentes son elegibles para obtener financiamiento proporcionado conforme al Capítulo 1581 del Código de Seguros de Texas.

Aplazamiento de verano
Bajo la Sección 22.004(k) del Código de Educación de Texas, un empleado que participa en TRS-ActiveCare tiene derecho a seguir participando en TRS-ActiveCare si renuncia después de finalizado el año escolar. TRS-ActiveCare aplicará la Sección §41.38 de las Normas de TRS del Código Administrativo de Texas para determinar la fecha apropiada de finalización de la cobertura de TRS-ActiveCare.

Aviso: A los participantes que tienen derecho al aplazamiento de verano se les tiene que dar la oportunidad de aceptar o rechazar la cobertura de TRS-ActiveCare durante el resto del año del plan.

Derechohabientes elegibles

Un empleado también puede asegurar a sus *derechohabientes* elegibles al mismo tiempo que se inscribe en la cobertura. **No se puede asegurar a ninguna persona en TRS-ActiveCare como empleado y *derechohabiente* a la vez, ni como *derechohabiente* de más de un empleado.**

Los *derechohabientes* elegibles incluyen los siguientes:

- Un cónyuge, incluido un cónyuge de hecho (este no es considerado elegible, a menos que se haya presentado una Declaración de matrimonio informal ante un organismo gubernamental autorizado).
- Un *hijo* menor de 26 años de edad, que sea uno de los siguientes:
  a. un hijo natural
  b. un hijo adoptivo o un hijo que se ha colocado legítimamente en el hogar para la adopción legal
  c. un hijastro
  d. un menor bajo custodia provisional (*foster child*)
  e. un hijo bajo la tutela legal del empleado
- Un nieto* menor de 26 años de edad cuya residencia principal es el hogar del empleado y que es *derechohabiente* del empleado a fines de impuestos federales sobre los ingresos para el año reportado en el que la cobertura del nieto está vigente.

  *Para los fines de elegibilidad del *derechohabiente* en TRS-ActiveCare, un nieto que no entre en la definición anterior no se considera un *hijo*.
- "Cualquier otro *hijo*" (distinto de los mencionados anteriormente) menor de 26 años de edad que tenga una relación de padre-hijo regular con el empleado y que cumpla con los cuatro requisitos siguientes:
  a. la residencia principal del hijo es el hogar del empleado
  b. el empleado proporciona al menos el 50% de la manutención del hijo
  c. ninguno de los padres naturales del hijo reside en ese hogar
  d. el empleado tiene el derecho legal de tomar decisiones relacionadas con la atención médica del *hijo**

  *Este requisito no se aplica a los *derechohabientes* de 18 años de edad o más.

- Un *hijo*, de 26 años de edad o más, de un empleado asegurado puede ser elegible para cobertura de *derechohabiente*, siempre que el *hijo* esté incapacitado física o mentalmente hasta tal punto que *dependa* del empleado de forma regular según lo determine TRS y cumpla con otros requisitos según lo determine TRS.
- Un *derechohabiente* no incluye a un hermano o una hermana de un empleado, a menos que el hermano o la hermana sea una persona menor de 26 años de edad que esté: (1) bajo la tutela legal de un empleado, o (2) en una relación de *padre-hijo* regular con un empleado, tal como se define en la categoría "cualquier otro *hijo"* anterior. Los padres y abuelos del empleado asegurado no cumplen con la definición de un *derechohabiente* elegible.

Aviso: Es ilegal elegir cobertura para una persona inelegible. Las violaciones pueden ocasionar un procesamiento judicial o la expulsión del programa TRS-ActiveCare por hasta cinco años. Es posible que periódicamente se realicen auditorías de elegibilidad de TRS-ActiveCare. Las notificaciones de auditoría se enviarán por correo postal a los *participantes* del plan TRS-ActiveCare cuando TRS-ActiveCare necesite verificar que los *participantes*, o sus *derechohabientes* asegurados, cumplen con los requisitos de elegibilidad del plan.

Durante una auditoría de elegibilidad, se les puede pedir a los *participantes* que proporcionen una prueba satisfactoria de elegibilidad al Administrador de beneficios; si es insatisfactoria, tendrán un tiempo limitado para cancelar la cobertura de las personas inelegibles sin incurrir en multas que pueden incluir la expulsión conforme a las normas de TRS publicadas en el Código Administrativo de Texas y la recuperación de reclamaciones pagadas. Es responsabilidad del Administrador de beneficios obtener y mantener la documentación.

Motivos especiales de inscripción/realización de cambios

Es posible que pueda inscribirse para recibir cobertura, cambiar las opciones del plan o cambiar los *derechohabientes* que asegura durante un *año del plan* si usted, o un *derechohabiente*, tiene un motivo especial de inscripción conforme a la ley vigente. Los cambios en su cobertura o en la de sus *derechohabientes* tienen que solicitarse en un plazo de 31 días a partir del motivo especial de inscripción.

Si no solicita los cambios apropiados durante el *período especial de inscripción* aplicable, los cambios no se podrán realizar hasta el próximo *período de inscripción* del plan o, si corresponde, hasta que ocurra otro motivo especial de inscripción.

Si usted o un *derechohabiente* tiene un motivo especial de inscripción conforme a la ley vigente, puede cambiar las opciones del plan cuando se ejerza un derecho de inscripción especial. Los cambios en el *plan* también están permitidos si usted recibe una orden judicial o una notificación nacional de manutención médica para proporcionar cobertura médica a un *hijo derechohabiente*, o si usted o un *derechohabiente* pierden cobertura porque usted ya no vive, trabaja o reside en el área de servicio de una HMO.

Consulte el cuadro de la *fecha de entrada en vigor* de la cobertura para obtener más información sobre los motivos especiales de inscripción, cuándo comienza la cobertura y cuándo se debe pagar la prima.

¿Qué es un motivo especial de inscripción?
Un motivo, tal como lo define la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés), proporciona un *período especial de inscripción* para las personas y los *derechohabientes* cuando existe una pérdida de otra cobertura o hay *derechohabientes* adicionales (p. ej., nacimiento, adopción/colocación para adopción y matrimonio).

Nuevo derechohabiente

Es posible que usted tenga un motivo especial de inscripción cuando un nuevo *dependiente* se suma a su familia como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Un matrimonio de hecho no se considera un motivo especial de inscripción, a menos que se haya presentado una Declaración de matrimonio de hecho ante un organismo gubernamental autorizado.

Todas las solicitudes para agregar *derechohabientes* o cambiar planes debido a un matrimonio legal tienen que ir acompañadas de documentación oficial que indique la fecha real de matrimonio de acuerdo con las normas del plan existente para motivos especiales de inscripción.

Aviso: El período de elección de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) es independiente de los *períodos de inscripción* de TRS-ActiveCare, incluidos *los períodos especiales de inscripción*. Por ejemplo, usted tiene 60 días para elegir la cobertura COBRA con un *empleador* anterior, pero tiene que realizar una solicitud para la cobertura TRS-ActiveCare dentro de los 31 días a partir de la pérdida de cobertura o la adición de un nuevo *derechohabiente*.

¿Se puede agregar derechohabientes durante el año del plan?
Un empleado podría agregar *derechohabientes* elegibles durante un *año del plan* si tiene un cambio de estado calificado o un motivo especial de inscripción. Estos motivos pueden incluir matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción de un hijo, o la pérdida de cobertura de otra cobertura médica *grupal*. El costo de la cobertura puede cambiar según la categoría de cobertura seleccionada.

Situaciones de elegibilidad especial

- Si tanto un empleado como su cónyuge trabajan para un distrito/entidad participante, el cónyuge puede estar asegurado como empleado o como *derechohabiente* de un empleado elegible. Solo uno de los padres puede inscribir *hijos derechohabientes* para la cobertura.
- Un *hijo* (menor de 26 años de edad) que es empleado de un distrito/entidad y es un asegurado de TRS contribuyente puede estar asegurado como *derechohabiente* de la cobertura de TRS-ActiveCare de sus padres. Sin embargo, la ley vigente solo permite la agrupación de fondos estatales y del distrito para “parejas casadas”. Un empleado que está asegurado como *hijo derechohabiente* no tendrá derecho a recibir financiamiento estatal o del distrito.
- Un jubilado que regresa a trabajar para una entidad participante en TRS-ActiveCare es elegible para la cobertura de TRS-ActiveCare si cumple con los requisitos de elegibilidad de TRS-ActiveCare, independientemente de cualquier cobertura previa en TRS-Care.
- Por lo tanto, a los fines de la inscripción en TRS-ActiveCare, las personas contratadas en un puesto de sustituto o que se hayan jubilado conforme a la pensión de TRS serán consideradas empleados a tiempo parcial, independientemente de la cantidad de horas que trabajen para la entidad participante.
- Los empleados a tiempo parcial no tienen derecho a la asistencia estatal en la compra de su cobertura de TRS-ActiveCare. La entidad participante que contrata a un empleado a tiempo parcial puede, aunque no es obligación, brindarle asistencia en la compra de la cobertura de TRS-ActiveCare a este empleado.
- Tras la finalización de la cobertura de TRS-ActiveCare de un jubilado, este solo puede inscribirse en TRS-Care si: (A) cumple 65 años de edad o tiene un motivo especial de inscripción, y (B) es de otro modo elegible para inscribirse en TRS-Care. La posibilidad de inscribirse en TRS-Care bajo estos derechos tiene límite de tiempo, así que asegúrese de ejercer sus derechos oportunamente. Por ejemplo, si un jubilado que regresa al trabajo deja el empleo y pierde la cobertura de TRS-ActiveCare, tiene un motivo especial de inscripción para inscribirse en TRS-Care, si es elegible de otro modo.
- Si un participante tiene cobertura de empleado y cónyuge, y el cónyuge es contratado por un distrito/entidad participante, el empleado puede dejar la cobertura de cónyuge (a menos que esté restringido por las normas del plan “cafetería” de la Sección 125 del distrito/entidad) y así el cónyuge pueda inscribirse como una nueva contratación. (El motivo de la cancelación se consideraría como voluntario y no sería elegible para COBRA).
- Si un participante tiene cobertura de empleado e *hijo* o únicamente de empleado, y el cónyuge es contratado por un distrito/entidad participante, el empleado no puede inscribir al cónyuge porque el cónyuge es una nueva contratación; tiene que haber una pérdida de otra cobertura. El empleado puede inscribir al cónyuge dentro de los 31 días a partir de la fecha del motivo del cónyuge que dio lugar a la pérdida de otra cobertura.

Pérdida de cobertura

La pérdida de cobertura se considera motivo especial de inscripción si:

- Usted o sus derechohabientes perdieron otra cobertura de grupo debido a una pérdida de elegibilidad.
- Usted o sus derechohabientes decidieron dejar la otra cobertura médica de grupo porque el empleador detuvo todas las contribuciones del empleador para el pago de la prima (incluida toda prima de COBRA pagada por el empleador).
- Usted o sus *derechohabientes* agotaron la continuación de la cobertura de COBRA.

Aviso: Para TRS-ActiveCare, la pérdida de cobertura de lo siguiente también se considera un motivo especial de inscripción:

- Medicare
- Medicaid
- CHIP
- HIPP
- cobertura individual, cuando la pérdida escapa al control de la persona

  Por ejemplo: la compañía de seguros se declara en bancarrota, se retira de la actividad comercial en el estado o cancela el bloque de negocios.

En el caso de la pérdida de Medicaid, CHIP o HIPP, usted tiene que notificar al Administrador de beneficios en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la notificación de finalización de la cobertura. La pérdida de Medicaid, CHIP o HIPP debido a información incorrecta o faltante no se considera un motivo especial de inscripción. Para que se considere un motivo especial de inscripción, la pérdida de cobertura tiene que ser debido a la pérdida de elegibilidad debido a la edad, los ingresos, etc.

Las siguientes razones para dejar la cobertura no se consideran motivos especiales de inscripción:

- un aumento en el costo de la prima
- una reducción en la contribución del *empleador* para el pago de la prima
- cualquier otra finalización voluntaria de la cobertura, incluido el incumplimiento en el pago de la prima
- cualquier recargo adicional o reducción de beneficios en la cobertura del cónyuge
- cualquier reducción de beneficios, como un aumento en el *deducible* o un cambio en la coordinación de beneficios
- un médico u otro *profesional médico* ya no participa en la *red* del plan
- no actuar o no responder a una auditoría de elegibilidad del *empleador*, lo que provoca la pérdida de cobertura de los *derechohabientes*

Para poder tener un motivo especial de inscripción, cuando usted o su *derechohabiente* pierde otra cobertura médica, usted o su *derechohabiente* tiene que haber tenido otra cobertura médica cuando la cobertura en TRS-ActiveCare fue previamente rechazada por escrito.

Si la otra cobertura fuera la continuación de la cobertura de COBRA, se puede solicitar el período especial de inscripción solo después de que se agote la continuación de la cobertura de COBRA. Si la otra cobertura no fuera la continuación de la cobertura de COBRA, se puede solicitar el período especial inscripción cuando usted o su *derechohabiente* pierde la elegibilidad para la otra cobertura. Consulte la sección Pérdida de cobertura para obtener información adicional.

Si envía un *Formulario de inscripción, cambio y rechazo (Enrollment, Change and Declination Form)* debido a la “pérdida de otra cobertura”, se revisará su solicitud original para verificar que la cobertura se rechazó debido a otra cobertura. Si no se completó un rechazo, se tiene que entregar a su Administrador de beneficios una prueba de pérdida de cobertura en lugar de un rechazo para tener un motivo especial de inscripción. Si la documentación no se pone a disposición, su solicitud para agregar cobertura será denegada.

Retiro de la cobertura

Los *participantes* de TRS-ActiveCare pueden retirarse de la cobertura de TRS-ActiveCare, o retirar *derechohabientes*, durante un *año del plan*, a menos que no se les permita hacerlo según las normas del plan “cafetería” de la Sección 125 del distrito/entidad.

Si usted se retira de la cobertura durante el *año del plan*, no podrá volver a inscribirse en TRS-ActiveCare hasta el próximo *período de inscripción* del plan, a menos que exista un motivo especial de inscripción. Usted no puede retirarse de la cobertura retroactivamente; se requiere una fecha de cancelación futura. Un empleado no puede cambiar de planes cuando retira a un *derechohabiente* de la cobertura TRS-ActiveCare, a menos que también haya ocurrido un motivo especial de inscripción.

Hijos derechohabientes ordenados por el tribunal

Si el distrito/entidad participante recibe una orden judicial o una notificación nacional de manutención médica que ordena a un empleado proporcionar cobertura médica para un *hijo derechohabiente*, se inscribirá automáticamente al *hijo derechohabiente* ordenado por el tribunal a partir de la fecha en que el distrito/entidad participante recibe la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica.

Una orden judicial o una notificación nacional de manutención médica que ordena a cualquier persona que no sea el empleado a proporcionar cobertura médica para un *hijo derechohabiente* no exige que TRS-ActiveCare proporcione cobertura de *derechohabiente* al *hijo derechohabiente* y no es un motivo especial de inscripción para el empleado o cualquiera de los *derechohabientes* elegibles del empleado.

La orden judicial o la notificación nacional de manutención médica que se ordena al empleado es un motivo especial de inscripción para un empleado y los *derechohabientes* correspondientes. Por lo tanto, si un empleado elegible no está cubierto por TRS-ActiveCare en el momento en que el distrito/entidad participante recibe la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica, el empleado, el cónyuge del empleado y los *hijos derechohabientes* del empleado pueden inscribirse para la cobertura en TRS-ActiveCare.

Con respecto a cualquier persona que no sea el sujeto de la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica, se aplican las normas regulares de elegibilidad y motivos especiales de inscripción (por ejemplo, una solicitud, junto con documentación de respaldo, para inscribir a dicha persona, tiene que recibirse dentro de los 31 días posteriores a la recepción por parte del distrito/entidad participante de la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica).

Si un distrito/entidad participante recibe una orden judicial o una notificación nacional de manutención médica con la finalidad de agregar cobertura para sus *hijos derechohabientes*, es posible que los *hijos* se agreguen a su plan de TRS-ActiveCare vigente si usted ya está inscrito en TRS-ActiveCare; usted puede seleccionar un plan diferente en este momento.

Si usted está sin cobertura y decide no inscribirse en TRS-ActiveCare, puede seleccionar un plan para los *hijos derechohabientes*. Si solo se está agregando un *hijo* a la cobertura, a este *hijo* se le asignará un único número de asegurado y se cobrará la tarifa de la prima para un empleado solamente.

Si está agregando más de un *hijo*, al *hijo* más joven se le asignará un número de asegurado. Los otros *hijos* figurarán como *derechohabientes*, y se cobrará la tarifa de la prima para empleado e *hijos*.

Otros derechohabientes ordenados por el tribunal

Una orden judicial o una notificación nacional de manutención médica que ordena a un empleado a proporcionar cobertura médica para un excónyuge u otros *derechohabientes* que no sean *hijos* elegibles bajo las normas de elegibilidad TRS-ActiveCare no exige que TRS-ActiveCare proporcione cobertura de *derechohabiente* como resultado de la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica.

Además, este tipo de orden judicial o notificación nacional de manutención médica no se considera un motivo especial de inscripción para realizar cambios en el plan. Un excónyuge no es elegible para la cobertura de TRS-ActiveCare, a menos que ya esté asegurado como un *participante* de la continuación de COBRA.

Fecha de entrada en vigor de la cobertura

La *fecha de entrada en vigor* es la fecha en que TRS-ActiveCare comienza para un *participante*. Consulte el siguiente cuadro para determinar la *fecha de entrada en vigor* de la cobertura. Los períodos de espera de padecimientos preexistentes y la cobertura válida ya no se aplican.

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su *derechohabiente* elegible es...
Nueva entidad		
El distrito/entidad comienza por primera vez su participación en TRS-ActiveCare el 1 de septiembre, y el empleado se inscribe para la cobertura durante la inscripción en verano	1 de septiembre	1 de septiembre
El distrito/entidad comienza su participación en TRS-ActiveCare después del 1 de septiembre, y el empleado se inscribe para la cobertura	La fecha en la que el distrito/ entidad comienza por primera vez su participación en TRS-ActiveCare	La misma fecha que la *fecha de entrada en vigor* de la cobertura del empleado *En ningún caso la cobertura del derechohabiente entrará en vigor antes de la fecha de entrada en vigor del empleado*
Rechazos		
El empleado se inscribe para la cobertura durante el *período de inscripción* y originalmente ha rechazado la cobertura en TRS-ActiveCare	1 de septiembre	1 de septiembre
Nuevas contrataciones		
Una nueva contratación en un puesto con cobertura TRS que es un asegurado de TRS en la fecha en que está laboralmente activo se inscribe para la cobertura dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que está laboralmente activo	La elección del empleado entre: la fecha en que está laboralmente activo, o el primer día del mes posterior a la fecha en que está laboralmente activo. *La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. Las nuevas contrataciones tienen que elegir la fecha de entrada en vigor de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que se está laboralmente activo.*	La misma fecha que la *fecha de entrada en vigor* de la cobertura del empleado *En ningún caso la cobertura del derechohabiente entrará en vigor antes de la fecha de entrada en vigor del empleado*
Una nueva contratación en un puesto no asegurado por TRS que regularmente tiene programado trabajar 10 horas o más por semana en la fecha en que está laboralmente activo se inscribe para la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que está laboralmente activo	La elección del empleado entre: (1) su *fecha de elegibilidad*, o (2) el primer día del mes posterior a la *fecha de elegibilidad* del empleado. *La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado tiene que elegir la fecha de entrada en vigor de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que está laboralmente activo.*	La misma fecha que la *fecha de entrada en vigor* de la cobertura del empleado *En ningún caso la cobertura del derechohabiente entrará en vigor antes de la fecha de entrada en vigor del empleado*

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su derechohabiente elegible es...
Puestos no asegurados por TRS		
Un empleado en un puesto no asegurado por TRS que trabaja menos de 10 horas programadas regularmente por semana pasa a ser empleado un puesto asegurado por TRS y se inscribe para la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que pasa a ser un empleado elegible. Nota: Si un empleado actual fuera un empleado de tiempo parcial elegible durante una oportunidad de inscripción para el *año del plan* vigente y después, durante el *año del plan* vigente, el empleado pasa a ser un empleado de tiempo completo elegible, el empleado tendrá una oportunidad de 31 días para inscribirse o inscribir a los *derechohabientes* elegibles en TRS-ActiveCare. Su oportunidad de inscripción de 31 días comenzará el primer día en que este empleado pase a ser un empleado de tiempo completo elegible. Esta oportunidad de inscripción existe incluso si anteriormente este empleado rechazó la inscripción en TRS-ActiveCare durante el *año del plan* vigente.	La elección del empleado entre: (1) su *fecha de elegibilidad*, o (2) el primer día del mes posterior a la *fecha de elegibilidad del empleado* *La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado tiene que elegir la fecha de entrada en vigor de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha de elegibilidad.*	La misma fecha que la *fecha de entrada en vigor* de la cobertura *En ningún caso la cobertura del derechohabiente entrará en vigor antes de la fecha de entrada en vigor del empleado.*
Un empleado en un puesto no asegurado por TRS que trabaja menos de 10 horas por semana comienza a trabajar 10 o más horas programadas regularmente por semana y se inscribe para la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que pasa a ser un empleado elegible	La elección del *empleado* entre: (1) su *fecha de elegibilidad*, o (2) el primer día del mes posterior a *la fecha de elegibilidad del empleado* *La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado tiene que elegir la fecha de entrada en vigor de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha de elegibilidad*	La misma fecha que la *fecha de entrada en vigor* de la cobertura *En ningún caso la cobertura del derechohabiente entrará en vigor antes de la fecha de entrada en vigor del empleado*
Pérdida de elegibilidad debido a un cambio de dirección		
El empleado está inscrito en un HMO aprobado y pierde la elegibilidad debido a que ya no vive, trabaja ni reside en el área de servicio de ese HMO, el empleado puede inscribirse en otro HMO aprobado (si corresponde) o plan de TRS-ActiveCare en un plazo de 31 días después de perder la elegibilidad	El primer día del mes posterior a la fecha del suceso	La misma fecha que la *fecha de entrada en vigor* de la cobertura del empleado *En ningún caso la cobertura del derechohabiente entrará en vigor antes de la fecha de entrada en vigor del empleado*

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su derechohabiente elegible es...
Fuerzas armadas		
El empleado regresa del servicio militar y se inscribe (o se vuelve a inscribir) en TRS-ActiveCare en un plazo de 31 días después de la fecha en que está laboralmente activo... *Si el empleado regresa al empleo activo dentro del mismo año del plan y decide volver a inscribirse en TRS-ActiveCare, tiene que seleccionar la misma opción de plan en la que se inscribió anteriormente*	La elección del *empleado* entre: (1) la fecha en que está laboralmente activo, o (2) el primer día del mes posterior a la fecha en que el *empleado* está laboralmente activo *La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado tiene que elegir la fecha de entrada en vigor de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que está laboralmente activo*	La misma fecha que la *fecha de entrada en vigor* de la cobertura del empleado *En ningún caso la cobertura del derechohabiente entrará en vigor antes de la fecha de entrada en vigor del empleado*
Licencia sin pago		
El empleado regresa del estado de licencia sin pago y se inscribe (o se vuelve a inscribir) para la cobertura en un plazo de 31 días posteriores a la fecha en que está laboralmente activo... *Si el empleado regresa al empleo activo dentro del mismo año del plan y decide volver a inscribirse en TRS-ActiveCare, tiene que seleccionar la misma opción de plan en la que se inscribió anteriormente*	La elección del *empleado* entre: (1) la fecha en que está laboralmente activo, o (2) el primer día del mes posterior a la fecha en que el *empleado* está laboralmente activo *La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado tiene que elegir la fecha de entrada en vigor de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que está laboralmente activo*	La misma fecha que la *fecha de entrada en vigor* de la cobertura *del empleado* *En ningún caso la cobertura del derechohabiente entrará en vigor antes de la fecha de entrada en vigor del empleado*

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su derechohabiente elegible es...
Recién nacido/adopción/tutor legal		
Un empleado asegurado tiene un *hijo* recién nacido. El empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera: (1) solo el recién nacido, o (2) solo el cónyuge o (3) el cónyuge y el recién nacido. También puede agregar en este momento a otros *derechohabientes* elegibles. Sujeto a la ley vigente, el cónyuge y otros *derechohabientes* elegibles solo se pueden agregar en un plazo de 31 días después de la fecha de nacimiento del recién nacido		La fecha de nacimiento del recién nacido. Si solo inscribe al recién nacido, la prima se exime el primer mes calendario si la fecha de nacimiento no es el primer día del mes. Si inscribe a cualquier otro *derechohabiente* elegible, la prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. Por ejemplo: el empleado agrega a *hijo* (sin cambio de plan); *hijo* nace el 5 de marzo. La fecha de entrada en vigor es el 5 de marzo y la prima comienza (si corresponde) el 1 de abril. El empleado agrega a *hijo* (cambio de plan); *hijo* nace el 5 de marzo. La fecha de entrada en vigor es el 5 de marzo en la cobertura vigente. El cambio de plan y la nueva prima entran en vigor el 1 de abril. El empleado no agrega a *hijo* (solo los primeros 31 días); *hijo* nace el 5 de marzo. La cobertura es vigente desde el 5 de marzo al 5 de abril. No afecta la prima. TRS-ActiveCare automáticamente proporciona cobertura para un *hijo* recién nacido de un empleado asegurado durante los primeros 31 días después de la fecha de nacimiento, pero esta cobertura termina, a menos que se agregue al recién nacido a la cobertura del empleado dentro de los 31 días posteriores a la fecha de nacimiento del recién nacido.

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su derechohabiente elegible es...
Recién nacido/adopción/tutor legal (continuación)		
Un empleado elegible, pero sin cobertura, adopta a un *niño* y decide inscribirse en un plazo de 31 días posteriores a la fecha de adopción o la fecha en que el *niño* que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado, el empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera: • solo el empleado, o • empleado y cónyuge, o • empleado e *hijo* adoptivo, o • empleado, cónyuge e *hijo* adoptivo	La fecha de adopción o la fecha en la que el *niño* que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado *La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura*	La fecha de adopción o la fecha en la que el *niño* que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado *La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura*
Un empleado elegible, pero sin cobertura, tiene un *hijo* recién nacido, el empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera: • solo el empleado, o • solo empleado y cónyuge, o • empleado y recién nacido, o • empleado, cónyuge y recién nacido	La fecha de nacimiento del recién nacido *La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura*	La fecha de nacimiento del recién nacido *La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura*
Un empleado asegurado adopta a un *niño* y decide inscribirse en un plazo de 31 días posteriores a la fecha de adopción o la fecha en que el *niño* que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado, el empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera: • solo el *hijo* adoptivo, o • solo el cónyuge, o • el cónyuge y/o el *hijo* adoptivo		La fecha de adopción o la fecha en la que el *niño* que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado. *Si solo inscribe al hijo adoptivo, la prima se exime el primer mes calendario si la fecha de nacimiento no es el primer día del mes. Si inscribe a cualquier otro derechohabiente elegible, la prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura*
Un empleado asegurado se convierte en tutor legal de un *niño derechohabiente* elegible y decide inscribir al *derechohabiente* dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que se otorga la tutela legal... *También puede agregar a otros derechohabientes elegibles en este momento* *El otorgamiento de la tutela legal no es un motivo especial de inscripción para un empleado sin cobertura o para sus derechohabientes*		La fecha en que se otorga la tutela *La prima se exime el primer mes calendario si la fecha de notificación es distinta del primer día del mes*
Un empleado asegurado agrega un *hijo derechohabiente* elegible y ordenado por el tribunal después de que el distrito/entidad participante recibe la notificación de la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica *También puede agregar a otros derechohabientes elegibles en este momento* *Una orden judicial para un cónyuge (o excónyuge) de un empleado asegurado no exige que TRS-ActiveCare proporcione cobertura al derechohabiente*		La fecha en que el distrito/ entidad participante recibe la notificación de la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica *La prima se exime el primer mes calendario si la fecha de notificación es distinta del primer día del mes*

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su derechohabiente elegible es...
Un empleado elegible, pero sin cobertura, agrega un *hijo derechohabiente* elegible y ordenado por el tribunal después de que el distrito/entidad participante recibe la notificación de la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica… *También puede agregar en este momento a otros derechohabientes elegibles. Una orden judicial es un motivo especial de inscripción para el empleado. Si el empleado decide inscribirse e inscribir a otros derechohabientes elegibles, tiene 31 días a partir de la fecha en que el distrito/entidad participante recibe la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica para inscribirse*	La fecha en que el distrito/ entidad participante recibe la notificación de la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica *La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura*	La fecha en que el distrito/ entidad participante recibe la notificación de la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica *La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura*
Un empleado asegurado agrega a un nieto recién nacido elegible o a otro *niño* recién nacido que tenga una relación regular de padre-*hijo* con el empleado en un plazo de 31 días posteriores a la fecha de nacimiento		La fecha de nacimiento del recién nacido *La prima se exime el primer mes calendario si la fecha de nacimiento no es el primer día del mes*
Un empleado asegurado agrega a un nieto elegible o a otro *niño* que tenga una relación regular de padre-*hijo* con el empleado en un plazo de 31 días después de que el *niño* sea elegible como *derechohabiente*... *Agregar a un nieto o a otro niño que tenga una relación regular de padre-hijo con el empleado no es un motivo especial de inscripción para un empleado sin cobertura o sus derechohabientes*		El primer día del mes después de la fecha en que el *niño* es elegible como *derechohabiente*
Matrimonio/cambio de nombre		
Un empleado asegurado se casa y decide inscribirse en un plazo de 31 días posteriores a la fecha del matrimonio, el empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera: • solo el cónyuge, o • *hijos* elegibles del cónyuge, o • cónyuge e *hijos* elegibles del cónyuge *También puede agregar en este momento otros derechohabientes elegibles*		El primer día del mes posterior a la fecha del matrimonio

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su derechohabiente elegible es...
Un empleado elegible, pero sin cobertura, se casa y decide inscribirse en un plazo de 31 días posteriores a la fecha del matrimonio, el empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera: (1) solo el empleado, o (2) empleado y cónyuge, o (3) empleado e *hijos* elegibles del cónyuge, o (4) empleado, cónyuge e *hijos* elegibles del cónyuge *También puede agregar en este momento a otros derechohabientes elegibles*	El primer día del mes posterior a la fecha del matrimonio	El primer día del mes posterior a la fecha del matrimonio
Situaciones especiales de inscripción		
Un empleado recibe una carta de Notificación de inscripción en el seguro por parte de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas con respecto a la elegibilidad para recibir los beneficios del programa HIPP (Programa de Pago de las Primas del Seguro Médico) y decide inscribirse en un plazo de 60 días posteriores a la fecha de elegibilidad	El primer día del mes posterior a la fecha de la carta de notificación	El primer día del mes posterior a la fecha de la carta de notificación
El empleado realiza cambios en la cobertura debido a otros motivos especiales de inscripción en un plazo de 31 días posteriores al suceso que lo hace elegible	El primer día del mes posterior a la fecha del suceso	El primer día del mes posterior a la fecha del suceso

Notifique inmediatamente a su Administrador de beneficios para:

- Dar por terminada la cobertura de TRS-ActiveCare para un cónyuge tras un divorcio
- Dar por terminada la cobertura de TRS-ActiveCare cuando se casa un hijo de 26 años de edad o más que es mental o físicamente discapacitado

Cuando se da por terminada la cobertura, los beneficios para los gastos incurridos después de la finalización no estarán disponibles. Si usted recibe beneficios a los que no tiene derecho, se solicitarán los reembolsos. También recuerde notificar al Administrador de beneficios si usted o sus *derechohabientes* asegurados cambian de dirección.

Cuándo finaliza la cobertura

Su cobertura para empleados de TRS-ActiveCare finalizará:

- El último día del mes en el que termina su empleo, a menos que la ley o las normas de TRS indiquen lo contrario.
- El último día del mes que lo expulsan del programa TRS-ActiveCare.
- El último día del mes en el que ya no es elegible para la cobertura de TRS-ActiveCare (como su fecha de jubilación de TRS o según lo permitido por la Norma 41.38 de TRS).
- Cuando deje de realizar los pagos de contribución de primas requeridos.
- El último día del mes en el que usted ingresa en el servicio militar, naval o aéreo activo a tiempo completo, excepto según se establece en la Ley de los Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA, en inglés) u otra ley vigente.
- El último día del mes en el que caduca la elegibilidad de la continuación de la cobertura de COBRA.
- Si un distrito/entidad participante no realiza todos los pagos de primas por un período de al menos 90 días.
- Cuando se da por terminado el programa TRS-ActiveCare.

La cobertura de un *derechohabiente* finalizará:

- Cuando finalice la cobertura del empleado.
- El último día del mes en el que pierde su estado de *derechohabiente* elegible (por ejemplo, la cobertura de su cónyuge finalizará si se divorcian).
- El último día del mes en el que el derechohabiente ingresa en el servicio militar, naval o aéreo activo a tiempo completo, excepto según se establece en la Ley de los Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA, en inglés) u otra ley vigente.
- El último día del mes en el que caduca la elegibilidad de la continuación de la cobertura de COBRA.
- Cuando usted deje de realizar los pagos de contribución de primas requeridos para la cobertura del *derechohabiente*.

¿Se puede dejar la cobertura durante el año del plan?
A menos que esté restringido debido a la participación en un plan "cafetería" de la Sección 125 del Código de Impuestos Internos, un empleado puede retirarse de toda la cobertura o de la cobertura del derechohabiente. Si la cobertura se deja durante el *año del plan*, la persona no podrá volver a inscribirse en TRS-ActiveCare hasta el próximo *período de inscripción* del plan, a menos que exista un motivo especial de inscripción. **Aviso**: Usted no puede elegir retirarse de la cobertura retroactivamente; se requiere una fecha de cancelación futura.

¿Cuándo un hijo derechohabiente ya no es elegible para la cobertura?

La cobertura para un *hijo derechohabiente* termina al final del mes en el que el *hijo* cumple 26 años de edad o ingresa al servicio militar activo de tiempo completo, lo que ocurra primero, a menos que sea elegible como *derechohabiente* discapacitado.

Si usted tiene un *hijo derechohabiente* discapacitado de 26 años de edad o más, su *hijo* puede ser elegible para la cobertura de *derechohabiente* si está discapacitado física o mentalmente hasta tal punto que *dependa* de usted con regularidad y cumpla con otros requisitos según lo determine el TRS.

Usted (y el *médico* tratante de su *derechohabiente*) tiene que completar un formulario de *Autorización de derechohabiente discapacitado* (*Disabled Dependent Authorization*) para presentar pruebas satisfactorias de discapacidad y dependencia. El formulario se tiene que enviar a BCBSTX en un plazo de 31 días posteriores a la fecha en que el *hijo* cumple 26 años de edad *o* antes de la fecha en que cumple 26 años de edad. Para evitar cualquier interrupción en la cobertura, se tiene que enviar y aprobar el formulario antes de que finalice el mes en el que el *hijo* cumple 26 años de edad o antes de la fecha en que cumple 26 años de edad.

Si pierde la fecha límite de 31 días para el envío de los formularios a BCBSTX, puede presentar los formularios para su revisión antes de la fecha límite de la Inscripción anual, y así tener una *fecha de entrada en vigor* del 1 de septiembre (el comienzo del nuevo *año del plan*).

Nota: un(a) hermano(a) que tenga más de 26 años de edad puede ser elegible como *derechohabiente* discapacitado. Los padres y abuelos del empleado asegurado no cumplen con la definición de *derechohabiente* elegible.

Continuación de la cobertura de grupo (COBRA)

Consulte la subsección **Continuación de la cobertura de grupo - Federal** en este certificado de beneficios para obtener información adicional.

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Monto permitido

El *monto permitido* es el monto máximo de beneficios que pagará BCBSTX por los *gastos elegibles* en que usted incurra bajo su seguro de gastos médicos. BCBSTX ha establecido un *monto permitido* para los servicios, suministros y procedimientos *médicamente necesarios* que proporcionan los *proveedores* que tienen un contrato con BCBSTX o con cualquier otro plan de Blue Cross o Blue Shield y los *proveedores* que no tienen un contrato con BCBSTX ni con ningún otro plan de Blue Cross o Blue Shield.

Si usted elige recibir los servicios, los suministros o la atención por parte de un *proveedor* que no tiene contrato con BCBSTX, usted será responsable de pagar cualquier diferencia entre el *monto permitido* de BCBSTX y el monto que cobre el *proveedor* sin contrato. También será responsable de los cargos por servicios, suministros y procedimientos limitados o sin cobertura bajo su seguro de gastos médicos, y todo *deducible*, *coseguro* y *copago* correspondientes.

Sin embargo, si recibe servicios de un *proveedor que no forma parte de la red* cuando se encuentra en un centro u *hospital dentro de la red*, es posible que esté protegido de la facturación de saldo adicional de acuerdo con la ley vigente.

Revise la definición de *monto permitido* en la sección **DEFINICIONES** de este certificado de beneficios para entender las pautas que utiliza BCBSTX.

Administración de casos clínicos

Bajo ciertas circunstancias, su seguro de gastos médicos le permite a BCBSTX la flexibilidad de ofrecer beneficios por gastos que, de otra manera, no se consideran *gastos elegibles*. BCBSTX, a su entera discreción, puede ofrecer esos beneficios siempre que:

- el *participante*, su familia y el *médico* estén de acuerdo;
- los beneficios tengan un precio módico;
- BCBSTX prevea gastos futuros por *gastos elegibles* que pueden verse disminuidos con tales beneficios

Cualquier decisión que tome BCBSTX en cuanto a proveer esos beneficios se debe hacer en base a cada caso en particular. El coordinador asignado al caso de BCBSTX iniciará la administración de casos clínicos en las situaciones adecuadas.

Libertad de elección

Cada vez que necesite atención médica, usted puede elegir entre:		
Visitar a un Proveedor que forma parte de la red	***Visitar a un Proveedor que no forma parte de la red***	
	Proveedor de ParPlan (para obtener más información, consulte ParPlan a continuación)	***Proveedor que no forma parte de la red (no un proveedor con contrato)***
• Usted recibe el nivel más alto de beneficios (*beneficios dentro de la red*). • No se le exige que presente formularios de reclamación. • No se le factura el saldo adicional; los *proveedores que forman parte de la red* no facturarán los costos que superen el *monto permitido* de BCBSTX para los servicios incluidos. • Su *proveedor* autorizará previamente los servicios necesarios.	• Usted recibe el nivel más bajo de beneficios (*beneficios que no forman parte de la red*). • En la mayoría de los casos, no se le exige que presente formularios de reclamación; los *proveedores de ParPlan* generalmente presentarán las reclamaciones por usted. • No se le factura el saldo adicional; los *proveedores de ParPlan* no facturarán los costos que superen el *monto permitido* de BCBSTX para los servicios incluidos. • En la mayoría de los casos, los *proveedores de ParPlan* autorizarán previamente los servicios necesarios.	• Usted recibe *beneficios que no forman parte de la red* (el nivel más bajo de beneficios). • Usted debe presentar sus propios formularios de reclamación. • Es posible que se le facturen los cargos que superen el *monto permitido* de BCBSTX para los servicios incluidos. • Usted tendrá que obtener la autorización previa para los servicios necesarios.

Tarjeta de asegurado

La tarjeta de asegurado les indica a los *proveedores* que usted tiene derecho a los beneficios conforme al *plan de su empleador*. La tarjeta ofrece una manera práctica de proporcionar información importante propia de su cobertura, que incluye, entre otros, lo siguiente:

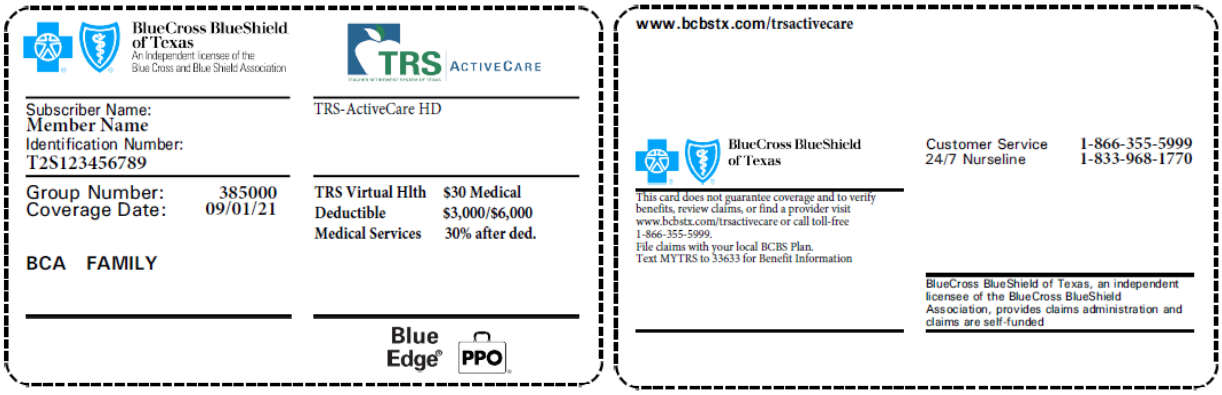
- ***Su número de asegurado principal***
  Este número de identificación único está precedido por un prefijo alfabético de tres caracteres que identifica a BCBSTX como su administrador de reclamaciones.
- ***Su número de grupo***
  Este es el número asignado para identificar el *plan de su empleador* con BCBSTX.
- ***Todo copago que pudiera aplicarse a su cobertura***
- ***Números de teléfono importantes***

Recuerde siempre llevar su tarjeta de asegurado con usted y presentarla a sus *proveedores* cuando reciba suministros o servicios de atención médica.

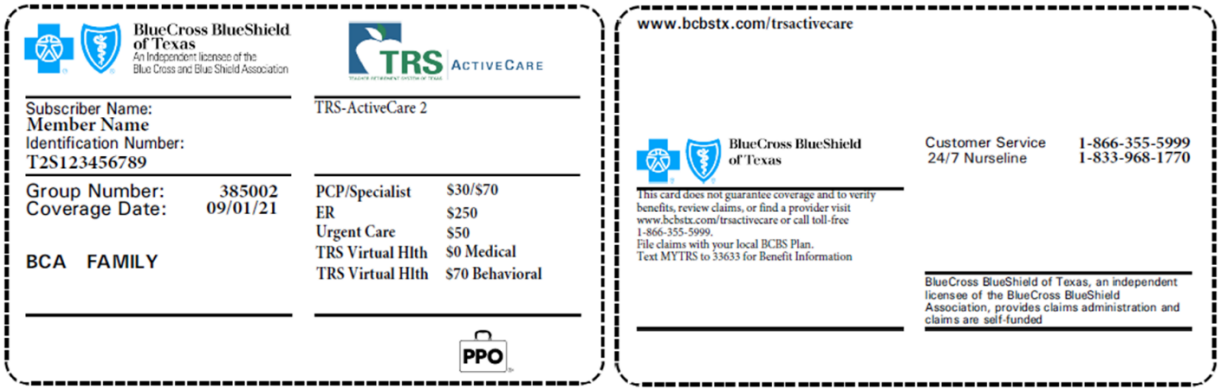
Tenga en cuenta que cada vez que haya un cambio en su familia, es posible que sea necesario emitirle una nueva tarjeta de asegurado (consulte la sección **QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS** para leer instrucciones sobre qué hacer cuando hay cambios). Al recibir el cambio en la información, BCBSTX proporcionará una nueva tarjeta de asegurado.

Tarjetas de Identificación de Muestra

TRS-ActiveCare HD



TRS-ActiveCare 2



Uso no autorizado, fraudulento, inapropiado o abusivo de las tarjetas de asegurado

- El uso no autorizado, fraudulento, inapropiado o abusivo de las tarjetas de asegurado emitidas para usted y para sus *derechohabientes* asegurados incluye, entre otras, las siguientes acciones, cuando se realicen de manera intencional:

  a. uso de la tarjeta de asegurado anterior a su *fecha de entrada en vigor*;
  b. uso de la tarjeta de asegurado después de su fecha de finalización de la cobertura conforme a su seguro de gastos médicos;
  c. obtención de beneficios para personas sin cobertura en su seguro de gastos médicos;
  d. obtención de beneficios sin cobertura en su seguro de gastos médicos;

- El uso fraudulento o intencionalmente no autorizado, abusivo o, de otra manera, inapropiado de las tarjetas de asegurado por parte de cualquier *participante* puede dar como resultado, entre otras cosas, la aplicación de las siguientes sanciones para todos los *participantes* incluidos en su cobertura:

  a. rechazo de beneficios;
  b. cancelación de la cobertura en su seguro de gastos médicos para **todos** los *participantes* incluidos en su cobertura;
  c. resarcimiento de parte de usted o cualquiera de sus *derechohabientes* asegurados de cualquier pago de beneficios realizado;
  d. rechazo de la aprobación previa de servicios médicos para todos los *participantes* que reciben beneficios bajo su cobertura;
  e. aviso a las autoridades correspondientes de potenciales violaciones de la ley o la ética profesional.

Necesidad médica

De conformidad con lo establecido por BCBSTX, todos los servicios y suministros para los que están disponibles los beneficios en su seguro de gastos médicos tienen que ser *médicamente necesarios*. Los cargos por servicios y suministros que BCBSTX decida que no son *médicamente necesarios* no serán elegibles como beneficios y no pueden usarse para cumplir con los *deducibles* ni contabilizarse para el *gasto máximo de bolsillo*.

ParPlan

Cuando consulte a un *médico* u *otro proveedor profesional* que no participe dentro de la *red*, debe preguntar si participa en *ParPlan* de BCBSTX, un acuerdo sencillo de pago directo (consulte la definición de *ParPlan* en la sección **DEFINICIONES** de este certificado de beneficios). Si el *médico* u *otro proveedor profesional* participa en *ParPlan,* acuerda lo siguiente:

- presentar todas las reclamaciones por usted,
- aceptar la determinación del *monto permitido* de BCBSTX como pago por servicios *médicamente necesarios*,
- no facturarle a usted por los servicios más allá de la determinación del *monto permitido.*

Cuando usted selecciona un proveedor que participa en ParPlan, recibirá beneficios *fuera de la red* y será responsable de lo siguiente:

- todo *deducible,*
- coseguro,
- servicios limitados o sin cobertura en su seguro de gastos médicos.

AVISO: si tiene alguna pregunta con respecto a la participación de un *médico* u *otro proveedor profesional* en *ParPlan*, comuníquese con su Guía de salud personal al 1-866-355-5999.

Estipulación de padecimientos preexistentes

Los beneficios por los *gastos elegibles* para el tratamiento de un padecimiento preexistente estarán disponibles inmediatamente sin el *período de espera* para padecimientos preexistentes.

Profesionales de atención médica especializada

Dentro de la *red* se incluye una amplia variedad de *profesionales de atención médica especializada*. Cuando usted requiera la atención de un especialista, tendrá disponibles los *beneficios dentro de la red*, pero solamente si utiliza un *proveedor que forma parte de la red.*

No obstante, puede haber ocasiones en las que requiera de los servicios de un *proveedor que no forma parte de la red*. Esto podría ocurrir si usted padece de un problema médico complejo que no lo puede tratar un *proveedor que forma parte de la red*.

- Si los servicios que usted requiere no están disponibles por parte de *proveedores que forman parte de la red* y BCBSTX autoriza previamente su visita a un *proveedor que no forma parte de la red* antes de la visita, se proporcionarán *beneficios dentro de la red*.
- Si decide consultar a un *proveedor que no forma parte de la red* y si un *proveedor que forma parte de la red* pudo haber prestado los servicios, solo estarán disponibles los *beneficios fuera de la red*.

Uso de proveedores sin contrato

Cuando usted elige recibir servicios, suministros o atención médica por parte de un *proveedor* que no tiene un contrato con BCBSTX (un *proveedor* sin contrato), usted recibe los *beneficios fuera de la red* (el nivel más bajo de beneficios). Los beneficios por los servicios incluidos serán rembolsados en función del *monto permitido* sin contrato de BCBSTX, que es, en la mayoría de los casos, menor que el *monto permitido* aplicable para los *proveedores* que tienen contrato con BCBSTX. Consulte la definición de *monto permitido* sin contrato en la sección **DEFINICIONES** de este certificado de beneficios.

El *proveedor* sin contrato no está obligado a aceptar el *monto permitido* sin contrato de BCBSTX como pago total y puede facturarle a usted el saldo adicional por la diferencia entre el *monto permitido* sin contrato de BCBSTX y los cargos facturados del *proveedor* sin contrato (excepto cuando el *proveedor* tenga prohibido hacerlo conforme a la ley). Usted será responsable del monto de saldo adicional, que podría ser considerable. También será responsable de los cargos por servicios, suministros y procedimientos limitados o sin cobertura bajo su seguro de gastos médicos, y todo *deducible*, *coseguro* y *copago* correspondientes.

REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Requisitos de autorización previa

La autorización previa establece anticipadamente la *necesidad médica* o la naturaleza *experimental o investigativa* de determinada atención médica y determinados servicios incluidos en este *plan*. Asegura que la atención médica y los servicios que han obtenido una autorización previa y que se describen a continuación no sean rechazados en función de la *necesidad médica* o la *naturaleza experimental/investigativa*. No obstante, la *autorización previa* no garantiza el pago de beneficios.

La cobertura siempre está sujeta a otros requisitos del seguro de gastos médicos como, por ejemplo, limitaciones y exclusiones, pago de contribuciones y elegibilidad al momento en que se proporcionan la atención médica y los servicios.

Para obtener más información sobre los recursos disponibles, visite www.trs.texas.gov

Las siguientes clases de servicios requieren Autorización previa:

- todas las admisiones hospitalarias
- gastos de atención médica a largo plazo
- atención médica a domicilio
- terapia de infusión en el hogar
- cuidados para pacientes terminales en el hogar
- pruebas de genética molecular
- terapia de radiación para pacientes no hospitalizados
- evaluaciones de trasplante para pacientes no hospitalizados
- transporte en *ambulancia aérea de ala fija* que no sea de emergencia (consulte la definición de *ambulancia aérea de ala fija* en la sección **DEFINICIONES** de este certificado de beneficios)
- procedimientos/servicios para pacientes no hospitalizados:
  a. **Cardíaco (relacionado con el corazón):**
     (1) servicios avanzados de diagnóstico por imágenes
     (2) pruebas de estrés (imágenes de perfusión del miocardio - tomografía computarizada por emisión de fotón único [SPECT, en inglés] y TEP)
     (3) TC cardíaca y resonancia magnética
     (4) ecocardiografía (estrés, transtorácica y transesofágica)
     (5) servicios de dispositivos implantables: marcapasos, desfibriladores cardioversores implantables
     (6) resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética (MRA, en inglés), TEP, TEP-TC, TC, angiografía por tomografía computarizada (CTA, en inglés), medicina nuclear
     (7) aféresis de lípidos
  b. **Oídos, nariz y garganta (ENT):**
     (1) aparatos auditivos de conducción ósea
     (2) implantes cocleares
     (3) cirugía nasal y sinusal
  c. **Gastroenterología (estómago):**
     (1) estimulación eléctrica gástrica (GES, en inglés)
  d. **Neurológico:**
     (1) estimulación cerebral profunda
     (2) neuromodulación/estimulación del nervio sacro
     (3) estimulación del nervio vago (ENV)
  e. **Ortopédico (musculoesquelético):**
     (1) disco intervertebral artificial
     (2) implante de condrocitos autólogos (ACI, en inglés) para las lesiones del cartílago articular focal
     (3) cirugía de articulación o de la columna
     (4) estimulación eléctrica neuromuscular funcional (FNMES, en inglés)
     (5) fusión espinal lumbar

(6) aplicaciones ortopédicas de la terapia de células madre
(7) descompresión de la columna y cirugías de fusión
(8) cirugía de reemplazo total de disco
(9) dispositivos de compresión neumática - equipo médico duradero (DME, en inglés)

f. **Manejo del dolor:**
(1) inyecciones epidurales de esteroides en la columna
(2) desactivación quirúrgica de los sitios desencadenantes de dolor de cabeza
(3) manejo intervencionista del dolor
(4) inyecciones vertebrales de la articulación facetaria
(5) ablación/denervación de la articulación facetaria espinal por radiofrecuencia
(6) estimuladores de la médula espinal
(7) bloques simpáticos regionales
(8) inyecciones de la articulación sacroilíaca
(9) sistemas de administración de fármacos intratecales implantables

g. **Radiología:**
(1) servicios avanzados de diagnóstico por imágenes: resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética (MRA), TEP, TEP-TC, TC, angiografía por tomografía computarizada (ATC), medicina nuclear (incluida cardiología)
(2) ultrasonido de diagnóstico: cabeza y cuello, pediatría, mama, abdomen y retroperitoneo, extremidad, arterial y venoso

h. **Medicina del sueño:**
(1) estudios diagnósticos de sueño asistido y pruebas de sueño en el hogar
(2) dispositivos y suministros de terapia de presión positiva de las vías respiratorias (PAP, en inglés); (máquinas para dormir CPAP y BiPAP)
(3) supervisión del cumplimiento de la terapia de presión positiva de las vías respiratorias (PAP) e intervención por incumplimiento

i. **Procedimientos quirúrgicos:**
(1) cirugía ortognática; reconstrucción de la cara
(2) mastopexia; levantamiento de senos
(3) mamoplastia de reducción; reducción de senos

j. **Farmacia de medicamentos especializados:**
(1) medicamentos especializados de beneficio médico (medicamentos especializados administrados por su profesional de la salud)

k. **Cuidado de heridas:**
(1) terapia de oxígeno hiperbárico (HBO2)

Si desea obtener detalles específicos sobre el requisito de *autorización previa* para los procedimientos/servicios dirigidos a pacientes no hospitalizados mencionados anteriormente, comuníquese con su Guía de salud personal al 1-866-355-5999. BCBSTX se reserva el derecho no requerir más la *autorización previa* para determinados servicios durante el *año del plan*. Las actualizaciones de la lista de servicios que requieren *autorización previa* pueden confirmarse si llama a su Guía de salud personal al 1-866-355-5999.

Servicios de salud conductual

Para información sobre una *admisión hospitalaria*, consulte la siguiente sección titulada *autorización previa* para *admisiones hospitalarias*. Para poder recibir el máximo de beneficios conforme a este certificado de beneficios, tiene que obtener *autorización previa* para admisiones de emergencia y no emergencia por *servicios de salud mental/enfermedad mental grave*, *centros residenciales de tratamiento* y programas de hospitalización parcial. Blue Cross and Blue Shield of Texas obtendrá información sobre los servicios y puede analizar el tratamiento propuesto con su *profesional en salud conductual*.

Los siguientes tipos de servicios de salud conductual requieren *autorización previa*:

- Todos los tratamientos de salud mental/enfermedades mentales graves y trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados, incluidos los programas de hospitalización parcial y el tratamiento recibido en centros residenciales de tratamientos.
- Si se traslada a otro centro o a una unidad especializada, o desde esta, dentro del centro.
- Los siguientes tratamientos para pacientes no hospitalizados de salud mental, enfermedad mental grave y trastorno por consumo de sustancias:
  a. pruebas psicológicas o neuropsicológicas en algunos casos (BCBSTX notificará a su proveedor si se requiere *autorización previa* para estos servicios de pruebas),
  b. análisis de salud mental (vea los detalles de cobertura que se describen en ***Beneficios para el trastorno del espectro autista*** en la sección **SERVICIOS MÉDICOS INCLUIDOS** de este certificado de beneficios),
  c. terapia electroconvulsiva para pacientes no hospitalizados,
  d. programa intensivo para pacientes no hospitalizados;
  e. estimulación magnética transcraneal repetitiva.

Los *beneficios que forman parte de la red* estarán disponibles si utiliza un *proveedor que forma parte de la red* o un *profesional de atención médica especializada dentro de la red*. Los *proveedores que forman parte de la red* realizarán la *autorización previa* de los servicios para usted, cuando sea necesario.

Si elige usar *proveedores que no forman parte de la red* para servicios y suministros disponibles *dentro de la red*, se pagarán los *beneficios que no forman parte de la red*. Sin embargo, si tales servicios y suministros no están disponibles de un *proveedor que forma parte de la red*, comuníquese con BCBSTX antes de optar por utilizar un *proveedor que no forma parte de la red*, y BCBSTX determinará cómo maximizar sus beneficios.

Se requiere que su *proveedor que forma parte de la red* obtenga una *autorización previa* para *admisiones hospitalarias*. Usted es responsable de cumplir con todos los demás requisitos de *autorización previa*.

Esto significa que usted tiene que asegurarse de que usted, el miembro de su familia, su *médico*, su *profesional en salud conductual* o *proveedor* de servicios cumplan con las siguientes pautas. No realizar la *autorización previa* de los servicios requerirá pasos adicionales o reducciones de beneficios, tal como se describe en la sección titulada *Falta de autorización previa*.

Autorización previa para admisiones hospitalarias

En el caso de una *admisión hospitalaria* opcional, la llamada para solicitar la *autorización previa* se debe realizar al menos dos días hábiles (sin incluir los fines de semana ni los días festivos) antes de que lo admitan, a menos que eso retrase la *atención médica de emergencia*. En una emergencia, la *autorización previa* debe realizarse dentro de los dos días hábiles posteriores a la admisión, o tan pronto como sea razonablemente posible después de eso.

Su *proveedor que forma parte de la red* debe obtener la *autorización previa* para toda admisión como paciente internado. Si no se obtiene la *autorización previa*, el *proveedor que forma parte de la red* será sancionado según el acuerdo contractual de BCBSTX con el *proveedor*, y usted será eximido de la sanción del *proveedor*.

Si el *médico* o *proveedor* de servicios no es un *proveedor que forma parte de la red*, entonces usted, su *médico*, el *proveedor* de servicios participante o un miembro de la familia debe obtener la *autorización previa* de su seguro de gastos médicos llamando a su Guía de salud personal al 1-866-355-5999.

La llamada se debe realizar entre las 7:00 a. m. y las 6:00 p. m., Hora Centro, en días hábiles, y entre las 9:00 a. m. y las 12:00 p. m., Hora Centro, los sábados, domingos y días feriados oficiales. Las llamadas que se realicen después de estos horarios serán grabadas y se devolverán dentro de las 24 horas después de recibida la llamada. Haremos un seguimiento con el consultorio de su *profesional de la salud*.

Después del horario hábil o durante los fines de semana, llame a su ***Guía de salud personal*** al número que figura en el reverso de su tarjeta de asegurado. Su llamada será grabada y se devolverá el próximo día hábil. Un enfermero de gestión de beneficios realizará un seguimiento con el consultorio de su *profesional de la salud*. Los plazos de los requisitos de *autorización previa* se proporcionan de acuerdo con las regulaciones estatales y federales vigentes.

Los *beneficios que forman parte de la red* estarán disponibles si utiliza un *proveedor que forma parte de la red* o un *profesional de atención médica especializada dentro de la red*. Si elige usar *proveedores que no forman parte de la red* para servicios y suministros disponibles *dentro de la red*, se pagarán los *beneficios que no forman parte de la red*. Si se requiere, los *proveedores que forman parte de la red* y los que *no forman parte de la red* podrían obtener la autorización previa de los servicios por usted, pero es su responsabilidad garantizar que se cumplan los requisitos de *autorización previa*.

No obstante, si la atención médica no está disponible por parte de *proveedores que forman parte de la red*, según lo determina BCBSTX, y BCBSTX autoriza, **antes de la visita**, que su visita a un *proveedor que no forma parte de la red* esté asegurada a nivel del *beneficio que forma parte de la red*, se pagarán los *beneficios que forman parte de la red*; de lo contrario, se pagarán los *beneficios que no forman parte de la red*.

Cuando se obtiene la autorización previa de una *admisión hospitalaria*, se asigna la duración de la estancia. Si usted requiere de una estancia más prolongada que la que fue autorizada previamente al inicio, su *profesional de la salud* puede solicitar una extensión para los días adicionales. Los beneficios no estarán disponibles para los cargos por alojamiento y comida de los días que no sean médicamente necesarios.

No se requiere autorización previa para la atención en maternidad ni para el tratamiento del cáncer de mama, a menos que se solicite una extensión de la duración de estancia mínima

Su *plan* tiene la obligación de proporcionar una duración de estancia mínima en un centro *hospitalario* por lo siguiente:

- Atención en maternidad
  a. 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones
  b. 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones
- Tratamiento del cáncer de mama
  a. 48 horas después de una mastectomía
  b. 24 horas después de un disección de nódulo linfático

No se requerirá que usted o su *profesional de la salud* obtengan *autorización previa* de BCBSTX por una duración de estancia inferior a 48 horas (o 96 horas) para *atención en maternidad*, o menos de 48 horas (o 24 horas) para el tratamiento del cáncer de mama. Si usted requiere una estancia más prolongada, usted o su *profesional de la salud* tienen que solicitar una extensión para los días adicionales mediante la obtención de una *autorización previa* de BCBSTX.

Autorización previa para gastos de atención médica a largo plazo y terapia de infusión en el hogar

La autorización previa para los *gastos de atención médica a largo plazo* y la *terapia de infusión en el hogar* se puede obtener pidiendo a la agencia o al centro que brinda los servicios que se comunique con BCBSTX para solicitar la *autorización previa*. La solicitud deberá hacerse de la siguiente manera:

- antes de que comiencen los gastos de atención médica a largo plazo o la terapia de infusión en el hogar,
- cuando se requiera una extensión del servicio autorizado previamente al inicio,
- cuando el plan de tratamiento se modifica.

BCBSTX revisará la información presentada antes del inicio de los *gastos de atención médica a largo plazo* o la *terapia de infusión en el hogar* y les enviará una carta a usted y a la agencia o el centro confirmando la *autorización previa* o rechazando los beneficios.

Si los *gastos de atención médica a largo plazo* o la *terapia de infusión en el hogar* deben llevarse a cabo en menos de una semana, la agencia o el centro debería llamar a su ***Guía de salud personal*** al número de teléfono que figura en este certificado de beneficios o en su tarjeta de asegurado.

Si BCBSTX le ha notificado que los beneficios para el plan de tratamiento solicitado serán rechazados basándose en la información presentada, toda reclamación será rechazada.

Autorización previa para servicios de salud mental, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias

Para recibir los beneficios máximos, se debe obtener la autorización previa por parte de su seguro de gastos médicos para todo tratamiento de pacientes internados por *atención de salud mental*, *enfermedad mental grave* y trastorno por consumo de sustancias. También se requiere autorización previa para determinados servicios para pacientes no hospitalizados.

Los servicios para pacientes no hospitalizados que requieren *autorización previa* incluyen los siguientes:

- pruebas psicológicas
- pruebas neuropsicológicas
- estimulación magnética transcraneal repetitiva.
- programas intensivos para pacientes no hospitalizados
- análisis de salud conductual
- terapia electroconvulsiva para pacientes no hospitalizados

No se requiere autorización previa para visitas de terapia a un *médico*, *profesional en salud conductual* u *otro proveedor profesional*.

Para cumplir con los requisitos de *autorización previa*, usted, un familiar o su *profesional en salud conductual* tiene que llamar a su Guía de salud personal al 1-866-355-5999. Su ***Guía de salud personal*** está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los plazos de los requisitos de *autorización previa* se proporcionan de acuerdo con las regulaciones estatales y federales vigentes.

Los *beneficios que forman parte de la red* estarán disponibles si utiliza un *proveedor que forma parte de la red* o un *profesional de atención médica especializada dentro de la red*. Si elige usar *proveedores que no forman parte de la red* para servicios y suministros disponibles *dentro de la red*, se pagarán los *beneficios que no forman parte de la red*. Si se requiere, los *proveedores que forman parte de la red* y los que *no forman parte de la red* podrían obtener la *autorización previa* de los servicios por usted, pero es su responsabilidad garantizar que se cumplan los requisitos de *autorización previa*.

No obstante, si la atención médica no está disponible por parte de *proveedores que forman parte de la red,* según lo determina BCBSTX, y BCBSTX autoriza, **antes de la visita**, que su visita a un *proveedor que no forma parte de la red* esté asegurada a nivel del *beneficio que forma parte de la red*, se pagarán los *beneficios que forman parte de la red*; de lo contrario, se pagarán los *beneficios que no forman parte de la red*.

Cuando se obtiene la Autorización previa para un tratamiento o servicio, se asigna la duración de la estancia o la duración del servicio. Si requiere de una estancia más prolongada o de un servicio más prolongado que el que fue autorizado previamente al inicio, su *profesional en salud conductual* puede solicitar una extensión para los días o las visitas adicionales.

Los beneficios no estarán disponibles para tratamientos o servicios que no son médicamente necesarios.

Falta de autorización previa

Si no se obtiene la *autorización previa* para *admisiones hospitalarias*, *gastos de atención médica a largo plazo*, *terapia de infusión en el hogar*, servicios médicos para pacientes no hospitalizados, todos los tratamientos para pacientes internados y los tratamientos para pacientes no hospitalizados, especificados anteriormente, para *atención de salud mental*, tratamiento de *enfermedad mental grave* y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias, ocurrirá lo siguiente:

- BCBSTX revisará la *necesidad médica* de su tratamiento o servicio antes de la determinación final de beneficios.
- Si BCBSTX determina que el tratamiento o servicio no es *médicamente necesario* o es *experimental/investigativo,* se reducirán o rechazarán los beneficios.
- Es posible que usted deba responsabilizarse de una multa asociada a los siguientes *servicios incluidos*, si así se indica en su **PROGRAMA DE COBERTURA**:
  a. *admisión hospitalaria*
  b. tratamiento para *pacientes internados* para *atención de salud mental*, tratamiento de *enfermedad mental grave* y tratamiento del *trastorno por consumo de sustancias*

Los *proveedores que forman parte de la red* son responsables de cumplir con los requisitos de *autorización previa* para cualquier admisión como paciente internado. Si no se obtiene la *autorización previa*, el *proveedor que forma parte de la red* será sancionado según el acuerdo contractual de BCBSTX con el *proveedor*, y no se deducirán cargos de multa.

El cargo de la multa será deducido de cualquier pago de beneficios que pueda adeudarse por Servicios cubiertos.

Si cualquiera de los siguientes servicios o tratamientos no cuenta con autorización previa, y se determina que el tratamiento, servicio o extensión no fue *de necesidad médica* o fue *experimental/investigativo*, se reducirán o rechazarán los beneficios:

- *admisión hospitalaria*
- *gastos de atención médica a largo plazo*
- *terapia de infusión en el hogar*
- cualquier tratamiento de *atención de salud mental*
- tratamiento de *enfermedad mental grave*
- tratamiento del *trastorno por consumo de sustancias*

Proceso de renovación de la autorización previa

La renovación de una *autorización previa* existente emitida por BCBSTX la puede solicitar un *médico* o un *profesional de la salud* hasta 60 días antes del vencimiento de la *autorización previa* existente.

PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

Procedimientos para presentación de reclamaciones

Se requiere presentar reclamaciones

Formularios de reclamación

Cuando BCBSTX recibe un aviso de reclamación, le enviará a usted (o a su *empleador* para que le entregue a usted), al *hospital* o a su *médico* u *otro proveedor profesional* los formularios de reclamación que generalmente envía para presentar la *prueba de pérdida*.

Antes de que pueda considerar cualquier reclamación para el pago de beneficios, BCBSTX, para su seguro de gastos médicos, tiene que recibir la reclamación preparada y presentada de forma y manera correctas, en el plazo requerido y con la información solicitada.

Quién presenta una reclamación

Los *proveedores* que tienen un contrato con BCBSTX y, si corresponde, algunos otros *profesionales de la salud* (como los profesionales de *ParPlan*) presentarán su reclamación directamente a BCBSTX por los servicios que le fueron proporcionados a usted o a cualquiera de sus *derechohabientes* asegurados. En el momento que se proveen los servicios, averigüe si el proveedor presentará formularios de reclamación por usted. Para ayudar a los *proveedores* a presentar su reclamación, debe llevar con usted su tarjeta de asegurado.

Proveedores con contrato

Cuando usted recibe tratamiento o atención médica de parte de un *proveedor* que tiene contrato con BCBSTX, por lo general, no se le exigirá a usted que presente formularios de reclamación. Generalmente, el *proveedor* presentará por usted la reclamación directamente a BCBSTX.

Proveedores sin contrato

Cuando usted recibe tratamiento o atención médica de parte de un profesional de la salud que no tiene contrato con BCBSTX, es posible que usted deba presentar sus propios formularios de reclamación. No obstante, algunos proveedores sí harán esto por usted. Si el proveedor no presenta la reclamación por usted, consulte la siguiente subsección titulada Reclamación presentada por el participante para saber cómo presentar su propio formulario de reclamación.

Reclamación presentada por el participante

Reclamaciones médicas

Si su proveedor no presenta su reclamación, usted necesitará presentarla a BCBSTX utilizando un formulario de reclamación presentado por el asegurado principal, el cual es proporcionado por BCBSTX.

Puede obtener copias de los formularios de reclamación en el sitio web de BCBSTX en www.bcbstx.com/trsactivecare o llamando a su Guía de salud personal al 1-866-355-5999. Para completar la reclamación, siga las instrucciones que aparecen en la parte posterior del formulario.

Recuerde presentar los gastos de cada participante por separado, ya que todo copago, deducible, beneficio máximo y otras estipulaciones se aplican a cada participante individualmente. Incluya facturas detalladas del profesional de la salud, laboratorios, etc., impresas en su papel membretado y que muestren los servicios prestados, las fechas de servicio, los cargos y el nombre del *participante* correspondiente.

VISITE EL SITIO WEB DE BCBSTX PARA OBTENER LOS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y OTRA INFORMACIÓN ÚTIL

www.bcbstx.com/trsactivecare

Dónde enviar los formularios de reclamación completos

Reclamaciones médicas

Blue Cross and Blue Shield of Texas
Claims Division
P. O. Box 660044
Dallas, TX 75266-0044

Quién recibe el pago

Los pagos de beneficios se harán directamente a los *proveedores* con contrato cuando estos le facturen a BCBSTX. Los acuerdos por escrito entre BCBSTX y algunos *proveedores* pueden requerir que el pago se haga directamente a ellos.

Cualquier beneficio pagadero a usted, si no ha sido pagado al momento de su muerte, se le pagará a su cónyuge supérstite, como beneficiario. Si no existe cónyuge supérstite, los beneficios se pagarán a su patrimonio sucesorio.

Excepto según lo estipulado en la sección **Asignación y pago de beneficios**, los derechos y beneficios en su *seguro* de gastos médicos no son asignables, ni antes ni después de que se hayan proporcionado los servicios y suministros.

Pagos de beneficios a un custodio principal

Es posible que los beneficios por los servicios prestados a su *hijo derechohabiente* menor de edad se paguen a una tercera persona en caso de que:

- una orden judicial nombre a la tercera persona como custodio principal o custodio para fines de visita del *niño*;
- BCBSTX todavía no haya pagado ninguna parte de la reclamación.

Para que los beneficios sean pagaderos a un custodio principal o custodio para fines de visita de un *niño*, el custodio principal o custodio para fines de visita tendrá que presentar a BCBSTX, junto con el formulario de reclamación, la prueba de pago de los gastos y una copia certificada de la orden judicial en la que se nombra a esa persona como el custodio principal o custodio para fines de visita.

BCBSTX para el *plan* puede deducir del pago de beneficios cualquier monto que adeude el beneficiario del pago. El pago a usted o a su *proveedor*, o la deducción que haga su seguro de gastos médicos de los pagos de beneficios por los montos que se le adeuden, se considerará en cumplimiento de sus obligaciones para con usted conforme a su seguro de gastos médicos.

Se le enviará a usted un resumen de la *Explicación de Beneficios* para que sepa lo que se ha pagado.

Cuándo presentar una reclamación

Toda reclamación de beneficios conforme al *plan* tendrá que presentarse adecuadamente a BCBSTX dentro de los doce (12) meses a partir de la fecha en que usted recibe los servicios o suministros. Toda reclamación presentada y recibida por parte de BCBSTX después de ese período no se tomará en cuenta para el pago de beneficios, excepto en ausencia de capacidad jurídica.

Recepción de reclamaciones por parte de BCBSTX

Se considerará que BCBSTX ha recibido una reclamación para su procesamiento al momento de su entrega efectiva a la Oficina administrativa de BCBSTX en la manera y forma apropiadas y con toda la información solicitada. Es posible que la reclamación sea rechazada si no está completa, o BCBSTX puede comunicarse ya sea con usted o con el *proveedor* para solicitarle la información adicional.

Después de procesar la reclamación, BCBSTX notificará al *participante* mediante un resumen de la *Explicación de Beneficios*.

Revisión de determinaciones de reclamación

Determinaciones de reclamación

Cuando BCBSTX recibe una reclamación correctamente presentada, tiene la autoridad y discreción según su seguro de gastos médicos de interpretar y determinar los beneficios de conformidad con las estipulaciones del *plan*. BCBSTX recibirá y revisará las reclamaciones de beneficios y procesará con precisión las reclamaciones en conformidad con las prácticas administrativas y los procedimientos establecidos por escrito entre BCBSTX y el *plan*.

Usted tiene derecho a solicitar y obtener una revisión completa y justa de su reclamación de acuerdo con los beneficios y procedimientos detallados en su *seguro de gastos médicos*.

Plazos de los avisos requeridos y extensiones para determinaciones iniciales

Se aplican programas separados para los plazos de los avisos requeridos y las extensiones, según el tipo de reclamación. Hay cuatro tipos de reclamaciones, definidos a continuación.

- **Reclamación de atención médica inmediata** es toda reclamación previa al servicio, como se describe en este certificado de beneficios, para recibir beneficios de atención médica o tratamiento con respecto a los cuales la aplicación de los plazos regulares para tomar decisiones de reclamación médica podría poner seriamente en riesgo la vida o la salud del reclamante o la habilidad del reclamante de recuperar la función máxima o, según la opinión de un *médico* con conocimientos del problema médico del reclamante, sometería al reclamante a un dolor intenso que no pueda manejarse adecuadamente sin la atención médica o tratamiento.
- **Reclamación previa al servicio** es cualquier reclamación no urgente de beneficios en la que los términos del plan de beneficios condicionan la recepción de estos beneficios a que se apruebe el beneficio antes de obtener atención médica.
- **Reclamación de atención médica simultánea** es una reclamación de un beneficio de salud que BCBSTX, después de haber aprobado previamente un curso de tratamiento continuo proporcionado durante un período o una cantidad específica de tratamientos, posteriormente reduce o finaliza la cobertura para los tratamientos (por un método que no sea la enmienda o la finalización del *plan*), o una solicitud para extender el curso del tratamiento más allá de lo que se aprobó anteriormente y que es una Reclamación de atención médica inmediata.
- **Reclamación posterior al servicio** es cualquier otra reclamación de un beneficio por un servicio que se le ha proporcionado. Su reclamación tiene que estar en un formato aceptable para BCBSTX. Esta reclamación tiene que incluir todos los detalles del servicio recibido, incluido su nombre, edad, sexo, número de asegurado, nombre y dirección del *proveedor*, una declaración detallada del servicio prestado o entregado, la fecha del servicio, el diagnóstico, el cargo de la reclamación y cualquier otra información que BCBSTX pueda solicitar en relación con los servicios prestados a usted.

La siguiente tabla resume los plazos aplicables y períodos de extensión para cada tipo de reclamación:

	Reclamaciones de atención médica inmediata	Reclamaciones previas al servicio	Reclamaciones posteriores al servicio	Reclamaciones de atención médica simultánea
¿Cuál es el plazo general para la determinación inicial?	No más de 72 horas desde la recepción de la reclamación	15 días calendario desde la recepción de la reclamación	30 días calendario desde la recepción de la reclamación	Debe ser proporcionada con suficiente anticipación para darle a usted una oportunidad de apelar y obtener una decisión antes de que el tratamiento previamente aprobado se reduzca o se dé por finalizado. Una solicitud para extender un curso de tratamiento aprobado que sea una Reclamación de atención médica inmediata recibirá una respuesta en un plazo de 24 horas, si la solicitud se realiza al menos 24 horas antes del vencimiento del período o la cantidad de tratamientos previamente aprobados. **Aviso**: Si dichas solicitudes de extensión no se realizan al menos 24 horas antes del vencimiento del período o la cantidad de tratamientos previamente aprobados, la reclamación se tratará como una Reclamación de atención médica inmediata. Si una solicitud para extender un curso de tratamiento no es una Reclamación de atención inmediata, la solicitud puede tratarse como una nueva reclamación previa al servicio o posterior al servicio, según las circunstancias.
¿Hay alguna extensión?	No; pero consulte a continuación la información sobre extensiones basadas en información insuficiente	Sí. Se permite una extensión de 15 días calendario si BCBSTX determina que es necesario debido a asuntos fuera de su control y le informa a usted sobre la extensión dentro del plazo inicial de 15 días calendario.	Sí. Se permite una extensión de 15 días calendario si BCBSTX determina que es necesario debido a asuntos fuera de su control y le informa a usted sobre la extensión dentro del plazo inicial de 30 días calendario.	No

	Reclamaciones de atención médica inmediata	Reclamaciones previas al servicio	Reclamaciones posteriores al servicio	Reclamaciones de atención médica simultánea
¿Qué sucede si se necesita información adicional?	En un plazo de 24 horas, se le tiene que notificar sobre la necesidad de información adicional para decidir el resultado de una reclamación. Se le tiene que dar al menos 48 horas para responder.	Si se necesita una extensión porque usted no proporcionó la información necesaria para decidir sobre la reclamación, el aviso de extensión tiene que especificar la información necesaria. Se le tiene que dar al menos 45 días calendario para responder. El plazo para la determinación inicial de las reclamaciones se suspende hasta el final del período de respuesta establecido o hasta que se reciba la información, lo que ocurra primero.	Si se necesita una extensión porque usted no proporcionó la información necesaria para decidir sobre la reclamación, el aviso de extensión tiene que especificar la información necesaria. Se le tiene que dar al menos 45 días calendario para responder. El plazo para la determinación inicial de las reclamaciones se suspende hasta el final del período de respuesta establecido o hasta que se reciba la información, lo que ocurra primero.	No aplicable
¿Cuál es el plazo si se necesita información adicional?	Usted debe ser notificado sobre la decisión en un plazo máximo de 48 horas después de lo que ocurra primero: 1) la recepción por parte de BCBSTX de la información solicitada; o 2) el final del período de respuesta establecido.	Si hay una extensión, tienen que notificarle la decisión en un plazo máximo de 15 días calendario después de que BCBSTX reciba una respuesta a la solicitud de información o 15 días calendario después del final de la fecha límite para que usted proporcione la información, lo que ocurra primero.	Si hay una extensión, tienen que notificarle la decisión en un plazo máximo de 15 días calendario después de que BCBSTX reciba una respuesta a la solicitud de información o 15 días calendario después del final de la fecha límite para que usted proporcione la información, lo que ocurra primero.	

NOTA: Reclamaciones presentadas incorrectamente: En el caso de las Reclamaciones previas al servicio que nombran a un reclamante, problema médico y servicio o suministro específicos, para las cuales se solicita la aprobación y que se envían a un representante de BCBSTX responsable de la gestión de asuntos relacionados con los beneficios, pero que, de otra manera, no cumplen con los procedimientos para presentar Reclamaciones previas al servicio, a usted se le notificará el incumplimiento en un plazo de 5 días (en un plazo de 24 horas en caso de una Reclamación de atención médica inmediata) y los procedimientos adecuados que se deben seguir. El aviso puede ser oral, pero usted puede también solicitar un aviso escrito.

Si se rechaza una reclamación o no se paga en su totalidad

En ocasiones, BCBSTX puede rechazar toda o parte de su reclamación. Hay varias razones por las que esto puede suceder. Si, después de revisar la *Explicación de Beneficios* y este certificado de beneficios, usted tiene información adicional que considera que podría cambiar la decisión, envíela a BCBSTX y solicite una revisión de la decisión tal como se describe en la siguiente sección **Procedimientos para apelar decisiones**.

Si se rechaza una reclamación en todo o en parte, recibirá un aviso por escrito de parte de BCBSTX con la siguiente información, si corresponde:

- Los motivos de la determinación.
- Una referencia a las estipulaciones del *plan* sobre las cuales se base la determinación.
- Una descripción de la información adicional que puede ser necesaria para completar la reclamación y una explicación de por qué ese material es necesario.
- Información suficiente para identificar la reclamación, incluida la fecha de servicio, el *profesional de la salud*, el monto de reclamación (si corresponde), los códigos de rechazo con sus significados y los estándares utilizados.

  Tenga en cuenta lo siguiente: si se solicita, los códigos de diagnóstico/tratamiento con sus significados y los estándares empleados también están disponibles.
- Una explicación de los procesos de apelación/revisión interna y de los procesos de revisión externa que tiene a su disposición (y cómo iniciar una revisión interna o una revisión externa) y los límites de tiempo aplicables, información sobre cualquier procedimiento de apelación voluntaria que ofrezca su seguro de gastos médicos.
- En ciertos casos se incluirá una declaración en uno o más idiomas distintos al inglés que indique que el aviso escrito de rechazo de reclamaciones y otra información de beneficios pueden estar disponibles (si se solicita) en dicho(s) idioma(s).
- En ciertos casos se incluirá una declaración en uno o más idiomas distintos al inglés que indique cómo acceder a los servicios lingüísticos proporcionados por BCBSTX.
- El derecho de solicitar, sin cargo alguno, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relacionada con la reclamación de beneficios.
- Toda norma, pauta, protocolo u otro criterio interno similar utilizado como base para tomar la determinación, o una declaración de que se proporcionará una copia de dicha norma, pauta, protocolo u otro criterio similar, sin cargo alguno, si lo solicita.
- Una explicación del razonamiento científico o clínico utilizado como base para tomar esta determinación, aplicada a las circunstancias médicas del reclamante, si el rechazo se basó en la necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión similar; o una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo alguno si lo solicita.
- En el caso de rechazo de una Reclamación de atención médica inmediata, se incluirá una descripción de los procedimientos de revisión interna y externa acelerada aplicable a dichas reclamaciones.

  Puede proporcionarse oralmente la decisión sobre una Reclamación de atención médica inmediata, siempre y cuando se entregue un aviso por escrito al reclamante en un plazo de tres días a partir del aviso oral.
- Información de contacto de la oficina de ayuda al consumidor de seguros médicos o del defensor del consumidor correspondiente.

Procedimientos para apelar decisiones/revisar reclamaciones

Procedimientos para apelar reclamaciones - Definiciones

Una "**Determinación adversa de beneficios**" se refiere a un rechazo, la reducción, la finalización de un beneficio o la falta de proveer o de realizar el pago (parcialmente o en su totalidad) de un beneficio, incluido cualquier rechazo, reducción, finalización o falta de proveer un beneficio en respuesta a una reclamación, Reclamación previa al servicio o Reclamación de atención médica inmediata, o la falta de realizar el pago de un beneficio resultante de la aplicación de cualquier revisión de la utilización, además de la falta de cobertura de un artículo o servicio, para el cual de otro modo se proporcionan beneficios, ya que se determina que es experimental o investigativo o que no es *médicamente necesario* o apropiado.

Si BCBSTX ha aprobado un tratamiento en curso y reduce o finaliza dicho tratamiento (que no sea por enmienda o finalización de los beneficios con cobertura del *empleador*) antes de finalizar el período de tratamiento aprobado, esto también se considera una Determinación adversa de beneficios. Una Rescisión de cobertura también es una Determinación adversa de beneficios.

Una "**Determinación adversa de beneficios interna final**" es una Determinación adversa de beneficios que BCBSTX ha ratificado al finalizar el proceso de revisión interna/apelación de una Determinación adversa de beneficios con respecto a la cual se ha considerado agotado el proceso de revisión interna/apelación.

Nota: ***Revisión interna acelerada de reclamaciones de atención médica inmediata***

Si su reclamación es una Reclamación de atención médica inmediata, usted tiene derecho a una revisión acelerada. También tiene derecho a solicitar una revisión externa acelerada de su Reclamación de atención médica inmediata al mismo tiempo que solicita la revisión interna acelerada.

Cómo apelar una determinación adversa de beneficios

Tiene derecho a solicitar y obtener una revisión interna justa y completa de su reclamación y una Determinación adversa de beneficios de acuerdo con los beneficios y procedimientos detallados a continuación y en su *plan*.

Usted, o una persona autorizada para actuar en su nombre, podrá presentar una apelación de una Determinación adversa de beneficios. En situaciones de Reclamación de atención médica inmediata, un *profesional de la salud* puede apelar en su nombre. A excepción de situaciones de Reclamación de atención médica inmediata, su designación de un representante tiene que hacerse por escrito, ya que es necesaria la protección contra la divulgación de información sobre usted, excepto a su representante autorizado. Para obtener un Formulario de representante autorizado, usted o su representante pueden llamar a su Guía de salud personal al 1-866-355-5999.

Si cree que BCBSTX rechazó incorrectamente todos o parte de sus beneficios, puede pedir la revisión de su reclamación. BCBSTX revisará su decisión de conformidad con el siguiente procedimiento:

- Dentro de los 180 días después de que usted reciba el aviso de rechazo o rechazo parcial de su reclamación, tiene que llamar o escribir en la Oficina administrativa de BCBSTX. BCBSTX necesitará conocer los motivos por los cuales usted no está de acuerdo con el rechazo o el rechazo parcial. Envíe su solicitud de apelación a la siguiente dirección:

  Claim Review Section
  Blue Cross and Blue Shield of Texas
  P.O. Box 660044
  Dallas, Texas 75266-0044

- BCBSTX aceptará las solicitudes de información realizadas por vía telefónica. Sin embargo, estas consultas no constituyen una solicitud de revisión.
- Para apoyar su revisión de reclamación, usted tiene la opción de presentar pruebas y testimonios a BCBSTX. Usted y su representante autorizado pueden solicitar la revisión de su archivo y de todos los documentos pertinentes, y pueden presentar por escrito problemas, comentarios e información médica adicional durante el proceso de revisión interna.

  BCBSTX le proporcionará a usted o a su representante autorizado toda evidencia o justificación nueva o adicional y cualquier otra información y documentos utilizados en la revisión interna de su reclamación, independientemente de si dicha información se consideró en la determinación inicial. No habrá consideraciones hacia la Determinación adversa de beneficios inicial. Dicha evidencia o justificación nueva o adicional se le proporcionará a usted o a su representante autorizado con suficiente anticipación a la fecha en que se realiza una Determinación adversa de beneficios interna final sobre la apelación para darle a usted la oportunidad de responder antes de que se tome la determinación final. Si se recibe la información tan tarde que es imposible proporcionársela a tiempo para que usted tenga la oportunidad razonable de responder, los períodos siguientes para notificar la Determinación adversa de beneficios interna final se suspenderán hasta que usted tenga la oportunidad razonable de responder. Después de que usted responda, o haya tenido la oportunidad razonable de responder y no lo hizo, BCBSTX le notificará cuál es la determinación de beneficios en un plazo razonable, tomando en cuenta las exigencias médicas.

  La determinación de apelación será realizada por BCBSTX o, si corresponde, por un *médico* asociado o que tenga contrato con BCBSTX y/o por asesores externos, los cuales no hayan participado en el rechazo inicial de su reclamación, y las personas que tomaron la Determinación adversa de beneficios no llevaran a cabo la apelación. Antes de que usted o su representante autorizado inicien cualquier acción para recuperar los beneficios, usted tiene que agotar el proceso de apelación, plantear todas las cuestiones relativas a una reclamación y presentar una apelación o apelaciones y que BCBSTX decida finalmente las apelaciones.

- Si tiene preguntas sobre el proceso de reclamaciones o de revisión, escriba a la Oficina administrativa de BCBSTX o llame a su Guía de salud personal al 1-866-355-5999.

Si no realiza la apelación a tiempo, pierde su derecho a oponerse más tarde a la decisión sobre la reclamación.

Plazos para las determinaciones de apelaciones - Aviso: Su plan proporciona un nivel de revisión interna

	Reclamación de atención médica inmediata	*Reclamación previa al servicio*	*Reclamación posterior al servicio*
Fecha límite en la que un reclamante será notificado sobre la decisión de una apelación	Tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero en no más de 72 horas después de la recepción de la solicitud de revisión. Nota: La solicitud se puede presentar por escrito o de manera oral.	A más tardar 30 días después de la recepción de la solicitud de revisión.	A más tardar 60 días después de la recepción de la solicitud de revisión.

Aviso sobre la determinación de la apelación

Mediante aviso escrito, BCBSTX notificará la determinación a la parte que presenta la apelación, a usted y, si es una apelación clínica, al *profesional de la salud* que recomendó los servicios involucrados en la apelación.

El aviso escrito dirigido a usted o su representante autorizado incluirá lo siguiente:

- El motivo de la determinación.
- Una mención a las estipulaciones de los *beneficios* con cobertura en las que se basa la determinación, y el criterio contractual, administrativo o de protocolo que sirvió de base para la determinación.
- Información suficiente para identificar la reclamación, incluida la fecha de servicio, el *profesional de la salud*, el monto de reclamación (si corresponde), los códigos de rechazo con sus significados y los estándares utilizados.

  Tenga en cuenta lo siguiente: si se solicita, los códigos de diagnóstico/tratamiento con sus significados y los estándares empleados también están disponibles.
- Una explicación de los procesos de revisión externa (y cómo iniciar una revisión externa) y una declaración de su derecho, si corresponde, para iniciar una acción civil después de un rechazo final en cuanto a la revisión interna y el período en el que se tiene que presentar esa acción.
- En ciertos casos, se incluirá una declaración en uno o más idiomas distintos al inglés que indique que el aviso escrito de rechazo de reclamaciones y otra información de beneficios pueden estar disponibles (si se solicita) en dicho(s) idioma(s).
- En ciertos casos se incluirá una declaración en uno o más idiomas distintos al inglés que indique cómo acceder a los servicios lingüísticos proporcionados por BCBSTX.
- El derecho de solicitar, sin cargo alguno, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relacionada con la reclamación de beneficios.
- Toda norma, pauta, protocolo u otro criterio interno similar utilizado como base para tomar la determinación, o una declaración de que se proporcionará una copia de dicha norma, pauta, protocolo u otro criterio similar, sin cargo alguno, si lo solicita.
- Una explicación del criterio clínico o científico en el que se basa la determinación, o una declaración de que se proporcionará tal explicación, sin cargo alguno, si lo solicita.
- Una descripción del estándar que fue empleado para rechazar la reclamación y un diálogo sobre la decisión.
- Información de contacto de la oficina de ayuda al consumidor de seguros médicos o del defensor del consumidor correspondiente.

Si la decisión de BCBSTX es la de seguir rechazando la totalidad o parte de su reclamación o si usted no recibe una decisión oportuna y su reclamación cumple con los Criterios de revisión externa que aparecen más adelante, usted tiene derecho a solicitar una revisión externa de su reclamación por parte de un tercero independiente, que revisará el rechazo y emitirá una decisión final. Sus derechos a la revisión externa se describen en la sección **Revisión externa estándar** más abajo.

Si necesita ayuda

Si tiene preguntas sobre los procedimientos de reclamaciones o los procedimientos de revisión, escriba o llame a la sede de BCBSTX al 1-866-355-5999. Puede acceder a su Guía de salud personal llamando al 1-866-355-5999 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Claim Review Section
Blue Cross and Blue Shield of Texas
P. O. Box 660044
Dallas, Texas 75266-0044

Si necesita ayuda con las reclamaciones internas y las apelaciones o los procesos de revisión externa descritos más abajo, puede llamar a su Guía de salud personal al 1-866-355-5999 para obtener información de contacto. Adicionalmente, para preguntas sobre sus derechos de apelación o para obtener ayuda, puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272).

Criterios de revisión externa

La Revisión externa está disponible para las Determinaciones adversas de beneficios y las Determinaciones adversas de beneficios internas finales que impliquen una rescisión y determinaciones que impliquen juicio médico, incluidas, entre otras, aquellas basadas en los requisitos de necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención médica o efectividad de un beneficio incluido; determinaciones de que un tratamiento es experimental o investigativo; determinaciones de si usted tiene derecho a un estándar alternativo razonable para una recompensa conforme a un programa de bienestar; o una determinación de cumplimiento de las estipulaciones de limitación del tratamiento no cuantitativo de la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (*Mental Health Parity and Addiction Equity Act*).

Revisión externa estándar

Usted o su representante autorizado (según lo descrito anteriormente) pueden solicitar la revisión externa estándar o acelerada de una Determinación adversa de beneficios o una Determinación adversa de beneficios interna final por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés).

- **Solicitud para una revisión externa**

  En un plazo de cuatro meses tras ser notificado de una Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios interna final por parte de BCBSTX, usted o su representante autorizado tienen que presentar su solicitud para una revisión externa estándar.

- **Revisión preliminar**

  En un plazo de cinco días hábiles después de la fecha de recepción de la solicitud de revisión externa, BCBSTX tiene que completar una revisión preliminar de la solicitud para determinar si:

  a. Usted está o estuvo cubierto conforme a su seguro de gastos médicos en el momento en que el artículo o servicio de atención médica fue solicitado o, en caso de una revisión retrospectiva, estuvo cubierto conforme a su seguro de gastos médicos en el momento en que el artículo o servicio de atención médica fue proporcionado.

  b. La Determinación adversa de beneficios o la Determinación adversa de beneficios interna final no tiene relación con su incumplimiento de los requisitos de elegibilidad bajo los términos de su seguro de gastos médicos (p. ej., clasificación de trabajador o determinación similar).

  c. Usted ha agotado el proceso de apelación interno de BCBSTX, salvo que no se le exija que agote dicho proceso conforme a las regulaciones finales provisionales. Lea más adelante la sección **Agotamiento** para obtener información adicional acerca del agotamiento del proceso de apelación interno.

  d. Usted o su representante autorizado han aportado toda la información y los formularios requeridos para procesar una revisión externa.

  Se le notificará en el plazo de un día hábil después de que completemos la revisión preliminar si su solicitud es elegible o si se necesita más información o documentos. Tendrá lo que resta del período de solicitud de revisión externa de cuatro meses (o 48 horas a partir de la recepción del aviso), lo que sea posterior, para perfeccionar la solicitud de revisión externa. Si su reclamación no es elegible para una revisión externa, en el aviso describiremos los motivos de su inelegibilidad y proporcionaremos la información de contacto de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo (número gratuito 1-866-444-EBSA [3272]).

- **Referido a una Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés)**

  Cuando se complete una solicitud elegible para una revisión externa dentro del período indicado, BCBSTX asignará el asunto a una IRO. La IRO asignada será acreditada por la Comisión de Acreditación de Revisión de la Utilización (URAC, en inglés) o por una organización acreditadora similar reconocida a nivel nacional. Además, BCBSTX se asegurará de que la IRO sea imparcial e independiente. Por consiguiente, BCBSTX tiene que tener un contrato con al menos tres IRO para las asignaciones conforme a su seguro de gastos médicos y rotar las asignaciones de las reclamaciones entre estas (o incorporar otros métodos imparciales e independientes para la selección de las IRO, como una selección aleatoria). Además, la IRO no puede ser elegible para ningún incentivo financiero en base a la probabilidad de que la IRO respalde la negación de beneficios.

  La IRO tiene que proporcionar lo siguiente:

  a. La utilización de expertos legales, si procede, para tomar una determinación de cobertura conforme a su seguro de gastos médicos.

  b. Una notificación oportuna por escrito a usted o a su representante autorizado sobre la elegibilidad y la aceptación de la solicitud para revisión externa. Esta notificación incluirá una declaración de que usted puede enviar por escrito a la IRO asignada, en el transcurso de 10 días hábiles después de la fecha de recepción de la notificación, información adicional que la IRO tendrá que considerar cuando lleve a cabo la revisión externa. La IRO no está obligada a aceptar y considerar la información adicional enviada después del plazo de 10 días hábiles, pero puede hacerlo.

  c. En el plazo de cinco días hábiles después de la fecha de asignación de la IRO, BCBSTX tiene que proporcionar a la IRO asignada la documentación y toda información considerada para la elaboración de la Determinación adversa de beneficios o la Determinación adversa de beneficios interna final. Si BCBSTX no proporciona de manera oportuna la documentación e información, esto no retrasará la revisión externa. Si BCBSTX no proporciona oportunamente la documentación e información, la IRO asignada puede dar por terminada la revisión externa y decidir revertir la Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios interna final. En el plazo de un día hábil tras haber tomado la decisión, la IRO tiene que notificárselo a BCBSTX y a usted o a su representante autorizado.

  d. Tras recibir cualquier información presentada por usted o su representante autorizado, la IRO asignada tiene que, en el plazo de un día hábil, reenviar la información a BCBSTX. Una vez recibida dicha información, BCBSTX puede reconsiderar la Determinación adversa de beneficios o la Determinación adversa de beneficios interna final que es el objeto de la revisión externa. La reconsideración por parte de BCBSTX no deberá retrasar la revisión externa. Se puede dar por finalizada la revisión externa como consecuencia de la reconsideración solo si BCBSTX decide, al completar su reconsideración, revertir la Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios interna final y proporcionar cobertura o pago. En el plazo de un día hábil tras haber tomado la decisión, BCBSTX tiene que proporcionar un aviso escrito de su decisión a usted y a la IRO asignada. La IRO asignada debe dar por finalizada la revisión externa al recibir el aviso de BCBSTX.

  e. Revisión de toda la información y documentos recibidos oportunamente. Al tomar una decisión, la IRO asignada no estará sujeta a las decisiones o conclusiones de BCBSTX. Además de la documentación e información provistas, y en la medida en que la información o la documentación esté disponible y la IRO la considere apropiada, la IRO asignada considerará lo siguiente al tomar una decisión:

     (1) Sus expedientes médicos.
     (2) La recomendación del profesional de la salud tratante.
     (3) Los informes de los profesionales de la salud apropiados y otra documentación presentada por BCBSTX, usted o su profesional de la salud tratante.
     (4) Los términos de su plan para garantizar que la decisión de la IRO no sea contraria a los términos de su seguro de gastos médicos, salvo que los términos se contradigan con la ley vigente.
     (5) Las pautas de práctica apropiadas, que deben incluir estándares aplicables basados en la evidencia y que pueden incluir cualquier otra pauta de práctica desarrollada por el gobierno federal, las sociedades, consejos y asociaciones médicas nacionales o profesionales.
     (6) Los criterios de revisión clínica aplicables desarrollados y utilizados por BCBSTX, salvo que los criterios se contradigan con los términos de su seguro de gastos médicos o con la ley vigente.

(7) La opinión del revisor o los revisores clínicos de la IRO tras haber considerado la información descrita en este aviso en la medida en que la información o la documentación estén disponibles, y el o los revisores clínicos lo consideren adecuado.

f. Aviso por escrito de la decisión de revisión externa final, el cual se debe proporcionar en un plazo de 45 días después de que la IRO reciba la solicitud para una revisión externa. La IRO tiene que proporcionar el aviso de decisión de revisión externa final a BCBSTX y a usted o su representante autorizado.

g. El aviso de decisión de revisión externa final incluirá lo siguiente:

(1) Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa, con información suficiente para identificar la reclamación (incluida la fecha o las fechas de servicio, el *profesional de la salud*, el monto de la reclamación [si corresponde], el código de diagnóstico y su significado correspondiente, el código de tratamiento y su significado correspondiente y el motivo del rechazo anterior).

(2) La fecha en que la IRO recibió la asignación para llevar a cabo la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO.

(3) Referencias a la evidencia o documentación considerada para tomar la decisión, incluidas las estipulaciones de cobertura específicas y los estándares basados en evidencia.

(4) Una discusión del motivo o los motivos principales de la decisión, incluida la justificación de la decisión y los estándares basados en la evidencia utilizados al tomar su decisión.

(5) Una declaración de que la determinación es vinculante, salvo en la medida en la que haya otras soluciones disponibles conforme a la ley estatal o federal para BCBSTX, usted o su representante autorizado.

(6) Una declaración de la disponibilidad de una revisión judicial para usted o su representante autorizado.

(7) Información de contacto actual, incluido el número de teléfono, de cualquier oficina de ayuda al consumidor de seguros médicos o defensor del consumidor aplicable establecido conforme a la sección 2793 de la Ley de Servicio de Salud Pública (PHS, en inglés).

h. Después de una decisión de revisión externa, la IRO tiene que conservar durante seis años los expedientes de todas las reclamaciones y avisos asociados con el proceso de revisión externa. Una IRO debe facilitar dichos expedientes para que puedan ser analizados por BCBSTX, por la agencia de supervisión estatal o federal, si lo solicitan, salvo que tal divulgación infrinja las leyes de privacidad estatales o federales, y por usted o su representante autorizado.

- **Reversión de la decisión del plan**

  Una vez recibido un aviso sobre la decisión de la revisión externa final de revertir la Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios interna final, BCBSTX tiene que proporcionar de inmediato la cobertura o el pago (que incluye autorizar o pagar de inmediato los beneficios) para la reclamación.

Revisión externa acelerada

- **Solicitud para una revisión externa acelerada**

  Usted puede solicitar una revisión externa acelerada con BCBSTX en el momento en que usted reciba lo siguiente:

  a. Una Determinación adversa de beneficios, si la Determinación adversa de beneficios implica una condición médica suya por la cual el período de finalización de una apelación interna acelerada conforme a las regulaciones finales provisionales pondría seriamente en riesgo su vida o su salud o su habilidad para recuperar la función máxima, y usted ha presentado una solicitud para una apelación interna acelerada.

  b. Una Determinación adversa de beneficios interna final, si la determinación implica una condición médica suya por la cual el período de finalización de una revisión externa estándar pondría seriamente en riesgo su vida o su salud o su habilidad para recuperar la función máxima, o si la Determinación adversa de beneficios interna final está relacionada con una admisión, disponibilidad de atención médica, estancia continua o un artículo o servicio de atención médica para los que haya recibido servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de un centro.

- **Revisión preliminar**

  Inmediatamente después de recibir la solicitud de revisión externa acelerada, BCBSTX tiene que determinar si la solicitud cumple con los requisitos de revisión establecidos en la sección **Revisión externa estándar** descrita anteriormente. BCBSTX tiene que enviarle de inmediato a usted un aviso de su determinación de elegibilidad que cumpla con los requisitos establecidos en la sección **Revisión externa estándar**.

- **Referido a una Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés)**

  Tras una determinación de que una solicitud es elegible para una revisión externa después de la revisión preliminar, BCBSTX asignará una IRO de acuerdo con los requisitos establecidos en la sección **Revisión externa estándar**. BCBSTX tiene que proporcionar o transmitir a la IRO asignada toda la documentación e información necesarias consideradas para la elaboración de la Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios interna final, de forma electrónica, por teléfono, fax o cualquier otro método acelerado disponible.

  La IRO asignada, en la medida en que la información y la documentación estén disponibles y la IRO las considere apropiadas, tiene que considerar la información o documentos descritos anteriormente conforme a los procedimientos para una revisión estándar. Al tomar una decisión, la IRO asignada no está sujeta a las decisiones o conclusiones de BCBSTX.

- **Aviso de decisión de revisión externa final**

  La IRO asignada notificará la decisión de revisión externa final, de conformidad con los requisitos establecidos en la sección **Revisión externa estándar**, tan rápido como su problema médico o las circunstancias lo requieran, pero en ningún caso en un plazo superior a 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud de revisión externa acelerada. Si el aviso no es por escrito, en el plazo de 48 horas tras la fecha en la que se proporcionó el aviso de forma verbal, la IRO asignada tiene que proporcionar una confirmación por escrito de la decisión a BCBSTX y a usted o a su representante autorizado.

Agotamiento

Para una revisión interna estándar, usted tiene derecho a solicitar una revisión externa una vez que el proceso de revisión interna haya sido completado y usted haya recibido la Determinación adversa de beneficios interna final. Para una revisión interna acelerada, usted puede solicitar una revisión externa en forma simultánea con la solicitud de revisión interna acelerada. La IRO determinará si su solicitud es apropiada para una revisión externa acelerada o si el proceso de revisión interna acelerada tiene que completarse antes de que se pueda solicitar la revisión externa.

Se considerará que usted ha agotado el proceso de revisión interna y puede solicitar una revisión externa si BCBSTX exime el proceso de revisión interna o si BCBSTX no ha cumplido con el proceso de apelaciones y reclamaciones internas aparte de una falta menor. En el caso de que se considere que usted ha agotado el proceso de revisión interna debido a que BCBSTX no cumplió con el proceso de apelaciones y reclamaciones internas, aparte de una falta menor, usted también tiene derecho a buscar cualquier recurso disponible conforme a la ley estatal.

El proceso de revisión interna no se considerará agotado con base en infracciones menores que no causan, ni es probable que causen, perjuicios o daños a usted, siempre que BCBSTX demuestre que la infracción se produjo por una buena causa o por cuestiones que escapan al control de BCBSTX y que la violación ocurrió en el contexto de un intercambio de información continuo y de buena fe entre usted y BCBSTX.

No se podrá solicitar una revisión externa para una Determinación adversa de beneficios que involucre una reclamación de beneficios por un servicio de atención médica que usted ya ha recibido hasta que el proceso de revisión interna haya sido agotado.

Con excepción de lo descrito anteriormente, usted debe agotar los niveles de apelación obligatorios antes de que solicite una revisión externa o busque otro recurso legal.

La interpretación de las estipulaciones del plan del empleador

TRS ha otorgado a BCBSTX la autoridad final para establecer o interpretar los términos y condiciones del *plan* y a la discreción para interpretar y determinar los beneficios de acuerdo con las estipulaciones del *plan*.

TRS tiene todas las facultades y autoridad necesarias o apropiadas para controlar y gestionar la operación y administración del *plan*, incluida, entre otras, la elegibilidad de una persona para estar asegurada en el *plan*.

Todas las facultades que ejerzan BCBSTX o TRS se ejercerán de manera no discriminatoria y se aplicarán de manera uniforme para asegurar un tratamiento similar a las personas en circunstancias similares.

GASTOS ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS

Gastos elegibles

Su seguro de gastos médicos proporciona cobertura para las siguientes categorías de *gastos elegibles:*

- *gastos de hospitalización*
- *gastos médico-quirúrgicos*
- *gastos de atención médica a largo plazo*
- *gastos de prestaciones especiales*

Siempre que se mencione **PROGRAMA DE COBERTURA**, consulte el o los programas en este certificado de beneficios. A menos que se establezca lo contrario, sus beneficios se calculan en función de un período de beneficios del *año del plan*. Al final de un *año del plan*, comienza un nuevo período de beneficios para cada *participante*.

Copagos

Algunos de los servicios de atención médica y tratamientos que reciba conforme su seguro de gastos médicos requerirán de un de *copago* que se paga al momento en que usted recibe los servicios. Consulte su **PROGRAMA DE COBERTURA** para ver la información específica de su *plan*.

Un *copago*, si se indica en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, es necesario para la visita inicial al consultorio para *atención en maternidad*, pero no se requerirá para las siguientes visitas.

Se requerirá un *copago* diferente, según lo indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, por cada cargo de visita al *proveedor* cuando los servicios se reciban de un *profesional de atención médica especializada* clasificado por el Consejo Estadounidense de Especialidades Médicas (*American Board of Medical Specialties, ABMS*) como *profesional de atención médica especializada*.

Los ***Servicios de atención médica preventiva*** que forman parte de la red no están sujetos a esta estipulación de *copago*.

Los servicios mencionados a continuación no son pagaderos bajo la estipulación de este *copago*, pero se consideran como *gasto médico-quirúrgico* y pueden estar sujetos al *deducible* indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**:

- cirugía realizada en el consultorio del *médico*
- modalidades ocupacionales junto con fisioterapia
- inyecciones contra alergias, facturadas por separado de la visita al consultorio
- inyecciones terapéuticas
- todo servicio que requiera *autorización previa*
- servicios proporcionados por un *laboratorio independiente*, *centro de diagnóstico por imágenes*, radiólogo, patólogo y anestesiólogo
- servicios o terapias de tratamiento para pacientes no hospitalizados, tal como diálisis renal

Si su **PROGRAMA DE COBERTURA** así lo muestra, se requerirá un *copago* por cada visita a un Centro de atención médica inmediata. Si los servicios prestados requieren que usted vuelva a realizar una visita al consultorio (por ejemplo, servicios de laboratorio) otro día, se requerirá un nuevo *copago*. Los servicios mencionados a continuación no son pagaderos bajo la estipulación de este *copago*, pero se consideran como *gasto médico-quirúrgico*, indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**:

- cirugía realizada en un centro de *atención médica inmediata*
- terapia física facturada por separado de una visita de *atención médica inmediata*
- modalidades ocupacionales junto con fisioterapia
- inyecciones contra alergias, facturadas por separado de una visita de *atención médica inmediata*
- inyecciones terapéuticas
- todo servicio que requiera *autorización previa*
- *ciertos procedimientos de diagnóstico*
- servicios o terapias de tratamiento para pacientes no hospitalizados, tales como terapia de radiación, quimioterapia y diálisis renal

Si su **PROGRAMA DE COBERTURA** así lo muestra, se requerirá un *copago* por los cargos del centro para cada visita a la sala de emergencias de un *hospital* como paciente no hospitalizado. Si es admitido en el *hospital* como consecuencia directa del problema médico de emergencia o un accidente, quedará exento del *copago*.

Si su **PROGRAMA DE COBERTURA** así lo muestra, se requerirá un *copago* por los cargos del centro para cada visita *hospitalaria como paciente internado*.

Si su **PROGRAMA DE COBERTURA** así lo muestra, se requerirá un *copago* por cada incidente de cirugía para pacientes no hospitalizados.

Si su **PROGRAMA DE COBERTURA** así lo muestra, se requerirá un *copago* por cada *procedimiento de diagnóstico determinado*.

Si su **PROGRAMA DE COBERTURA** así lo muestra, se requerirá un *copago* por cada visita a la sala de emergencias independiente.

Si su **PROGRAMA DE COBERTURA** así lo muestra, se requerirá un *copago* por cada visita a una *clínica en locales comerciales*.

Deducibles

Los beneficios de su seguro de gastos médicos estarán disponibles después del pago de los *deducibles* aplicables como muestra su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Los *deducibles* se explican de la siguiente manera:

- Cada *participante* bajo su cobertura deberá cumplir, cada *año del plan*, con el monto de *deducible* individual mostrado en su **PROGRAMA DE COBERTURA** en la sección "Deducibles". A menos que se indique lo contrario, este *deducible* se aplicará a todas las categorías de *gastos elegibles* antes de que los beneficios estén disponibles conforme a su seguro de gastos médicos.

  Nota: usted solo tiene que cumplir con su propio deducible antes de que el plan comience a pagar coseguro.

- Si usted tiene varios *derechohabientes* asegurados, todos los cargos que se aplicaban a un monto de *deducible* "individual" se aplicarán al monto de *deducible* "familiar" que se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Cuando se alcanza ese monto de *deducible* familiar, no se tendrá que cumplir con más *deducibles* individuales por el resto de ese *año del plan*. Ningún *participante* contribuirá al monto de *deducible* "familiar" una cantidad mayor al monto de *deducible* individual.

Las siguientes son excepciones a los *deducibles* descritos anteriormente:

- Los ***Servicios de atención médica preventiva*** que forman parte de la red no están sujetos a *deducibles*.
- Los *gastos elegibles* aplicados al cumplimiento del *deducible* "individual" y "familiar" *que forma parte de la red* solo se aplicarán al *deducible que forma parte de la red*. Los *gastos elegibles* aplicados al cumplimiento del *deducible* "individual" y "familiar" *que no forma parte de la red* solo se aplicarán al *deducible que no forma parte de la red*.

Gasto máximo de bolsillo

La mayoría de sus obligaciones de pago de *gastos elegibles* se aplica al *gasto máximo de bolsillo*.

Su *gasto máximo de bolsillo* **no** incluirá lo siguiente:

- servicios, suministros o cargos limitados o excluidos por su seguro de gastos médicos
- gastos sin cobertura debido a que se ha alcanzado el límite máximo de un beneficio
- todo *gasto elegible* que pague el Plan primario cuando su seguro de gastos médicos es el Plan secundario para fines de coordinación de beneficios
- multas que se aplican en caso de no presentar autorización previa

Gasto máximo de bolsillo individual

Cuando el monto de *coseguro* para un participante es igual al "gasto máximo de bolsillo" "individual" que se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, su seguro de gastos médicos paga el 100% de los *gastos elegibles* adicionales en los que incurre ese participante por el resto del *año del plan*.

Gasto máximo de bolsillo familiar

Cuando el monto de *coseguro* para todos los *participantes* es igual al “gasto máximo de bolsillo” “familiar” que se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, su seguro de gastos médicos paga el 100% de los *gastos elegibles* adicionales en los que incurren todos los *participantes* por el resto del *año del plan*. Ningún participante estará obligado a contribuir al “Gasto máximo de bolsillo” familiar una cantidad mayor al Gasto máximo de bolsillo individual.

A continuación se presentan excepciones al *gasto máximo de bolsillo* descrito anteriormente:

- Existen gastos máximos de bolsillo distintos para los beneficios dentro y fuera de la red.
- Los gastos elegibles aplicados al cumplimiento del *gasto máximo de bolsillo* “individual” y “familiar” que forma parte de la red solo se aplicarán al *gasto máximo de bolsillo que forma parte de la red*. Los *gastos elegibles* aplicados al cumplimiento del *gasto máximo de bolsillo* “individual” y “familiar” que no forma parte de la red solo se aplicarán al *gasto máximo de bolsillo que no forma parte de la red*.

Cambios en los beneficios

Los cambios en los beneficios con cobertura se aplicarán a todos los servicios brindados a cada *participante* incluido en su seguro de gastos médicos. Los beneficios por *gastos elegibles* en los que se incurrió durante una admisión en un *hospital* o un *centro especial de atención médica* que comienza antes del cambio serán los beneficios en vigor el día de la admisión.

SERVICIOS MÉDICOS INCLUIDOS

Gastos de hospitalización

Su seguro de gastos médicos provee cobertura para *gastos de hospitalización* tanto para usted como para sus *derechohabientes* elegibles. Cada *admisión hospitalaria* requiere una *autorización previa*. Consulte la subsección **REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA** de este certificado de beneficios para obtener información adicional.

En el caso de los *gastos de hospitalización* elegibles, usted tiene que pagar un porcentaje de los *gastos elegibles* después de haber alcanzado su *deducible*. Esto se muestra en el **PROGRAMA DE COBERTURA** de este certificado de beneficios. Después de calcular la parte que le corresponde pagar a usted, este *plan* paga el resto de los *gastos elegibles*, hasta los límites máximos de visitas del beneficio, si hubiera. Cuando visita a un *proveedor que forma parte de la red*, paga un porcentaje más bajo de los cargos con cobertura.

Si los servicios y suministros no están disponibles de un *proveedor que forma parte de la red*, comuníquese con BCBSTX antes de optar por utilizar un *proveedor que no forma parte de la red*, y BCBSTX determinará cómo maximizar sus beneficios.

Consulte el **PROGRAMA DE COBERTURA** para obtener información relacionada con *deducibles*, porcentajes de *coseguro* y multas por no obtener autorización previa que pueden aplicarse a su cobertura.

Gastos médico-quirúrgicos

Su seguro de gastos médicos provee cobertura para *gastos médico-quirúrgicos* tanto para usted como para sus *derechohabientes* asegurados. Algunos servicios requieren *autorización previa*. Consulte la subsección **REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA** de este certificado de beneficios para obtener más información.

Los *copagos* aplicables tienen que pagarse a su *médico dentro de la red* u otro *proveedor que forma parte de la red* en el momento en que usted recibe los servicios.

En el caso de los *gastos médico-quirúrgicos* elegibles, usted tiene que pagar un porcentaje de los *gastos elegibles* después de haber alcanzado su *deducible*. Esto se muestra en el **PROGRAMA DE COBERTURA** de este certificado de beneficios. Después de calcular la parte que le corresponde pagar a usted, este *plan* paga el resto de los *gastos elegibles*, hasta los límites máximos de visitas del beneficio, si hubiera. Cuando visita a un *proveedor que forma parte de la red*, paga un porcentaje más bajo de los cargos con cobertura.

Los gastos médico-quirúrgicos deberán incluir lo siguiente:

- Servicios de *médicos* y *otros proveedores profesionales*
- Servicios de consulta de *médicos* y *otros proveedores profesionales*
- Servicios de un enfermero anestesista profesional (CRNA, en inglés)
- Procedimientos de radiografía de diagnóstico y laboratorio
- Terapia de radiación
- Alquiler de *equipo médico duradero* requerido para uso terapéutico, a menos que su seguro de gastos médicos requiera la compra de ese equipo. El término "*equipo médico duradero* (DME, en inglés)" no deberá incluir lo siguiente:

  a. equipos diseñados principalmente para aliviar el dolor o para brindar comodidad al paciente
  b. terapia a domicilio en una cama de presión de aire

  Ejemplos de equipo que no está cubierto incluyen, pero no están limitados a, aires acondicionados, purificadores de aire, humidificadores, equipo para acondicionamiento físico y equipo para baño con hidromasaje.

- En el caso de *atención médica de emergencia*, incluirá transportación de ambulancia terrestre o aérea al *hospital* más cercano que esté debidamente equipado y con el personal indicado para el tratamiento del problema médico del *participante*.

  La transportación de ambulancia terrestre que no es de emergencia de un *hospital* para condiciones agudas a otro *hospital* del mismo tipo para servicios diagnósticos o terapéuticos (p. ej., resonancia magnética, tomografías computarizadas, cardiología de intervención aguda, servicios de unidades de cuidados intensivos, etc.) puede considerarse *de necesidad médica* cuando se cumplen determinados criterios. La transportación de ambulancia terrestre que no es de emergencia hacia o desde un *hospital* o centro médico, fuera de un *hospital* para condiciones agudas, se puede considerar *de necesidad médica* cuando se cumplen los siguientes criterios:

  a. el estado del *participante* es tal que se requieren asistentes de ambulancia capacitados para supervisar el estado clínico del *participante* (p. ej., signos vitales y oxigenación), o proporcionar tratamiento como, por ejemplo, oxígeno, líquidos intravenosos o medicamentos a fin de poder transportar de forma segura al *participante*;
  b. el *participante* está confinado a la cama y no puede ser transportado de manera segura por ningún otro medio.

  Los servicios de transportación de ambulancia terrestre que no son de emergencia prestados principalmente para la conveniencia del *participante*, la familia/los encargados de los cuidados, el *médico* del *participante* o el centro médico que lo traslada, no se consideran *médicamente necesarios*.

  La transportación de ambulancia aérea que no es de emergencia significa que la transportación desde un departamento de emergencia de un *hospital,* un centro de atención médica o un entorno para pacientes internados a un centro con un nivel equivalente o superior de atención de condiciones agudas, puede considerarse *de necesidad médica* cuando el *participante* requiere atención médica aguda para pacientes internados y los servicios no están disponibles en el centro médico de origen y no se puede dar la transportación aérea comercial ni un alta segura. Los servicios de transportación de ambulancia aérea que no es de emergencia prestados principalmente para la conveniencia del *participante*, la familia/los encargados de los cuidados, el *médico* del *participante* o el centro médico que lo traslada, no se consideran *médicamente necesarios*.

- Anestesia y su administración, cuando la coloque una persona que no sea el *médico* cirujano u *otro proveedor profesional*.

- El oxígeno y su administración, siempre que se use el oxígeno.

- La sangre, incluido su costo, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma sanguíneo, que no es reemplazada por o para el *participante*.

- *Dispositivos de prótesis*, incluidos los remplazos que se necesitan por razones de crecimiento del *participante*.

- Los soportes ortopédicos (es decir, un aparato ortopédico que se utiliza para apoyar, alinear o mantener las partes del cuerpo en una posición correcta) y muletas, incluyendo lo siguiente:

  a. aparatos rígidos para sostener el cuello, la pierna o la espalda
  b. yesos para tratamiento de cualquier parte de las piernas, los brazos, los hombros, las caderas o la espalda
  c. corsés para espalda y quirúrgicos especiales
  d. férulas, bragueros, vendajes y apósitos aplicados, ordenados o recetados por un *médico*, que están diseñados a medida para ayudar a la función de una articulación

- *Terapia de infusión* en el hogar

- *Terapia de infusión* para pacientes no hospitalizados

  Se ha identificado que algunos Servicios de infusión de medicamentos de mantenimiento de rutina para pacientes no hospitalizados pueden administrarse de manera segura, fuera de un entorno *hospitalario* para pacientes no hospitalizados. Los gastos de bolsillo de los participantes pueden ser menores cuando los Servicios incluidos se prestan en una *sala de infusiones*, un hogar o un consultorio en lugar de un *hospital*. Los servicios de *terapia de infusión* para pacientes no hospitalizados que no sean de mantenimiento estarán incluidos de la misma manera que cualquier otra enfermedad. En el **PROGRAMA DE BENEFICIOS** se describe el pago de los Servicios de infusión. A fines de esta sección, una *sala de infusiones* es una alternativa al *hospital* y a los sitios de infusión en clínicas donde se puede realizar la infusión de medicamentos especializados.

- Servicios o suministros que el *participante* usa durante una visita como paciente no hospitalizado a un *hospital*, un *centro terapéutico* o un *centro de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias*, o servicios programados en la sala de tratamiento para pacientes no hospitalizados de un *hospital*

- Ciertos procedimientos de diagnóstico
- *Servicios anticonceptivos para pacientes no hospitalizados*, dispositivos anticonceptivos con receta y anticonceptivos femeninos de venta libre específicos aprobados por la FDA con **una receta médica por escrito** de un *profesional de la salud* a mujeres con capacidad reproductiva, como se muestra en ***Beneficios para servicios de atención médica preventiva***

  La *participante* será responsable de presentar un formulario de reclamación con la receta médica por escrito y un recibo detallado del anticonceptivo femenino de venta libre. Visite el sitio web de BCBSTX en www.bcbstx.com/trsactivecare para obtener un formulario de reclamación.
- *Servicios de telesalud* y *servicios médicos de telemedicina*
- Cuidado de los pies en relación con una enfermedad, padecimiento o problema médico, como neuropatía periférica, insuficiencia venosa crónica y diabetes, entre otras
- Esterilizaciones masculinas y femeninas opcionales
- Fórmulas alimenticias necesarias para el tratamiento de fenilcetonuria u otras enfermedades hereditarias. No se cubren todas las demás formulas enterales
- Pelucas, cuando la pérdida de cabello se debe a lo siguiente:
  a. lesión
  b. tratamiento de una enfermedad
  c. alopecia causada por la quimioterapia
  d. infecciones fúngicas
  e. lupus
  f. terapia de radiación
- Enfermería privada
- Acupuntura, en lugar de anestesia o para náuseas durante el embarazo

Gastos de atención médica a largo plazo

Su seguro de gastos médicos también proporciona beneficios para *gastos de atención médica a largo plazo* tanto para usted como para sus *derechohabientes* asegurados. Ciertos *gastos de atención médica a largo plazo* requieren una *autorización previa*. Consulte la subsección **REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA** de este certificado de beneficios para obtener más información.

Como lo muestra su **PROGRAMA DE COBERTURA**, su obligación en cuanto a beneficios será la siguiente:

- al porcentaje de beneficio conforme a "*Gastos de atención médica a largo plazo*"
- hasta el número de días o visitas que se muestra para cada categoría de *gastos de atención médica a largo plazo* en su **PROGRAMA DE COBERTURA**

Todos los pagos realizados por su seguro de gastos médicos, ya sea a nivel de *beneficios que forman parte de la red* o que no forman parte de la red (si corresponde), se aplicarán para el máximo de visitas de los beneficios, si hubiera, en ambos niveles de beneficios.

Los límites máximos de visitas de los beneficios también incluirán los beneficios proporcionados a un *participante* para *gastos de atención médica a largo plazo* conforme a un *seguro* de gastos médicos del *empleador* con BCBSTX inmediatamente antes de la *fecha de entrada en vigor* de la cobertura del *participante* en su seguro de gastos médicos.

Los *gastos de atención médica a largo plazo* sin pagar que excedan los límites máximos de la visitas de los beneficios, que se muestran en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, no se aplicarán a ningún *gasto máximo de bolsillo*.

Todo cargo en el que se incurra en cuanto a *atención médica en el hogar* o *cuidados para pacientes terminales* en el hogar por medicamentos (incluida la terapia con antibióticos) y servicios de laboratorio no será un *gasto de atención médica a largo plazo,* pero se considerará como *gasto médico-quirúrgico.*

Servicios y suministros para *gastos de atención médica a largo plazo*:

- para un *centro de enfermería especializada*:
  a. toda atención de enfermería habitual que brinde un enfermero profesional (RN, en inglés), enfermero de práctica avanzada (APN, en inglés) o un enfermero vocacional con licencia (LVN, en inglés)
  b. alojamiento y comida y todos los servicios de rutina, suministros y equipos que proporcione el *centro de enfermería especializada*
  c. servicios de terapia física, ocupacional, del habla y para la respiración por parte de terapeutas con licencia

- para la *atención médica en el hogar*:
  a. atención de enfermería de tiempo parcial o intermitente por parte de un enfermero profesional (RN, en inglés), enfermero de práctica avanzada (APN, en inglés) o un enfermero vocacional con licencia (LVN, en inglés)
  b. servicios de auxiliar de salud en el hogar de tiempo parcial o intermitente que consiste principalmente en el cuidado del paciente
  c. servicios de terapia física, ocupacional, del habla y para la respiración por parte de terapeutas con licencia
  d. suministros y equipos que la *agencia de atención médica a domicilio* proporciona de forma rutinaria

  No se proporcionarán beneficios de *atención médica en el hogar* para lo siguiente:

  a. comida o servicios de alimentos a domicilio
  b. trabajo social del caso o servicios domésticos
  c. servicios que se proporcionan principalmente para el cuidado personal no médico
  d. servicios de transportación
  e. terapia de infusión en el hogar
  f. equipo médico duradero

- Para *cuidados para pacientes terminales*:
  a. *cuidados para pacientes terminales* en el hogar:
     (1) atención de enfermería de tiempo parcial o intermitente por parte de un enfermero profesional (RN, en inglés), enfermero de práctica avanzada (APN, en inglés) o un enfermero vocacional con licencia (LVN, en inglés)
     (2) servicios de auxiliar de salud en el hogar de tiempo parcial o intermitente que consiste principalmente en el cuidado del paciente
     (3) servicios de terapia física, del habla y para la respiración por parte de terapeutas con licencia
     (4) servicios domésticos y de asesoramiento proporcionados de manera rutinaria por parte de la agencia de atención para pacientes terminales, que incluye asesoramiento por duelo para la familia
  b. *cuidados para pacientes terminales* en un centro:
     (1) toda atención de enfermería habitual que brinde un enfermero profesional (RN, en inglés), enfermero de práctica avanzada (APN, en inglés) o un enfermero vocacional con licencia (LVN, en inglés)
     (2) alojamiento y comida y todos los servicios, suministros y equipo de rutina provistos por el centro para pacientes terminales.
     (3) servicios de terapia física, del habla y para la respiración por parte de terapeutas con licencia

Gastos de prestaciones especiales

Los beneficios disponibles en esta subsección **Gastos de prestaciones especiales** normalmente están definidos sobre los mismos fundamentos que otros *gastos de hospitalización, gastos médico-quirúrgicos* y *gastos de atención médica a largo plazo*, excepto en la medida de lo que se detalla en cada uno. Los beneficios para los gastos *médicamente necesarios* se determinarán según lo indicado en su(s) Programa(s) de Cobertura. Recuerde que determinados servicios requieren una *autorización previa* y que también se aplicará todo *copago*, *coseguro* y *deducible* indicados en su(s) Programa(s) de Cobertura. Consulte la subsección **REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA** de este certificado de beneficios para obtener más información.

Beneficios para el tratamiento de complicaciones en el embarazo

Los beneficios para *gastos elegibles* en los que se incurra por el tratamiento de las *complicaciones del embarazo* se determinarán según los mismos criterios que se usan para el tratamiento de cualquier otra enfermedad y pueden requerir *autorización previa*. Los *hijos* derechohabientes serán elegibles para el tratamiento de *complicaciones en el embarazo*.

Beneficios para la atención durante la maternidad

Los beneficios para *gastos elegibles* en los que se incurra por *atención en maternidad* se determinarán según los mismos criterios que se usan para cualquier otro tratamiento de una enfermedad. Los *hijos* derechohabientes serán elegibles para recibir los beneficios de *atención en maternidad*.

Los beneficios para *gastos elegibles* por atención médica prenatal se determinarán según lo indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Se puede requerir un *copago* por la visita inicial al consultorio para *atención en maternidad*, pero no se requerirá para las visitas siguientes.

Los servicios y suministros que se le proporcionen a un *participante* para el parto de un *hijo* se considerarán como *atención en maternidad* y están sujetos a todas las estipulaciones del seguro de gastos médicos.

Su seguro de gastos médicos proporciona cobertura de atención médica para pacientes internados tanto para la madre como para el *hijo* recién nacido en un centro de atención médica por un mínimo de:

- 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones
- 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones

El seguro de gastos médicos proporciona cobertura de *Atención médica posparto* tanto para la madre como para el recién nacido en caso de que la madre o el recién nacido sean dados de alta antes de que se cumpla el mínimo de horas de cobertura. La *Atención médica posparto* puede prestarse en el hogar de la madre, en el consultorio de un *profesional de la salud* o en un centro de atención médica.

La ***Atención médica posparto*** se refiere a los servicios de atención médica después del parto que se brindan conforme a las evaluaciones físicas maternales y neonatales aceptadas. El término incluye:

- educación a los padres
- ayuda y entrenamiento en cuanto a lactancia y alimentación con biberón
- la realización de las pruebas clínicas necesarias y pertinentes

Los cargos de atención preventiva para bebés en la sala de neonatos, incluido el examen inicial, de un *hijo* recién nacido durante la *admisión hospitalaria* de la madre para el parto se considerarán *gastos de hospitalización* del *hijo* y estarán sujetos a las estipulaciones de beneficios que se describen en la sección **Gastos de hospitalización**. Los beneficios también estarán sujetos a todo monto de *deducible* indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Facturación global

Los servicios que normalmente se proporcionan en casos de maternidad sin complicaciones incluyen atención médica anteparto (cuidados prestados antes del parto), en el parto y posparto (cuidados prestados después del parto).

Atención médica anteparto	• el historial inicial y posterior • examen físico • registro de peso • presión arterial • latidos cardíacos fetales • análisis de orina químico de rutina • visitas mensuales hasta las 28 semanas de gestación • visitas quincenales en adelante hasta las 36 semanas de gestación • visitas semanales en adelante hasta el parto
Servicios de parto	• admisión en el hospital • historial de admisión y examen físico • manejo del trabajo de parto sin complicaciones • parto vaginal (con o sin episiotomía, con o sin fórceps) o parto por cesárea
Atención médica posparto	Visitas al consultorio y al hospital después de un parto vaginal o por cesárea

Los siguientes servicios no están incluidos en la maternidad global:

- visita inicial al consultorio
- sonogramas y ultrasonidos relacionados con la obstetricia
- análisis de laboratorio
- visitas no relacionadas con el embarazo
- circuncisión
- servicios facturados por un médico que no es el médico del parto/obstetra

Beneficios para la atención médica de emergencia y el tratamiento de una lesión accidental

Los beneficios están disponibles para emergencias médicas de *atención médica de emergencia* donde sea que sucedan. Ejemplos de emergencias médicas incluyen los siguientes:

- sangrado inusual o excesivo
- huesos rotos
- dolor de pecho o abdominal agudo
- pérdida del conocimiento
- convulsiones
- dificultad para respirar
- posible ataque cardíaco
- dolor repentino persistente
- lesiones o quemaduras graves o múltiples
- envenenamientos

Los servicios proporcionados en una sala de emergencias, una sala de emergencias independiente u otro centro similar que no sean de *atención médica de emergencia* pueden ser excluidos de la cobertura de *atención médica de emergencia*, aunque puede que estos servicios estén asegurados conforme a otro beneficio, si corresponde.

Si usted no está de acuerdo con la determinación de BCBSTX de procesar sus beneficios como *atención médica que no es de emergencia*, en vez de *atención médica de emergencia*, puede llamar a su Guía de salud personal al 1-866-355-5999. Consulte la estipulación *Revisión de determinaciones de reclamación* de este certificado de beneficios para obtener información específica sobre su derecho a solicitar y obtener una revisión completa y justa de su reclamación.

La *atención médica de emergencia* no requiere *autorización previa*. Sin embargo, si es razonablemente posible, comuníquese con su *médico que forma parte de la red* o con su *profesional en salud conductual* antes de acudir a la sala de tratamiento o a la sala de emergencias de un *hospital*. Pueden ayudarlo a determinar si necesita *atención médica de emergencia* o tratamiento de una *lesión accidental* y recomendar esa atención médica. Si no es razonablemente posible, acuda al centro de emergencia más cercano, sin importar si el centro está o no dentro de la *red*.

Ya sea que usted requiera o no ser hospitalizado, deberá notificar a su *médico que forma parte de la red* o a su *profesional en salud conductual*, en un plazo de 48 horas o en cuanto sea razonablemente posible, cualquier tratamiento médico de emergencia, de manera que pueda recomendarle la continuación de cualquier servicio médico necesario.

Los beneficios para *gastos elegibles* por *lesión accidental* o *atención médica de emergencia*, incluida la *lesión accidental* o la *atención médica de emergencia* para Servicios de salud conductual, se determinarán según lo indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Como su **PROGRAMA DE COBERTURA** así lo muestra, se requerirán *copagos* por los cargos del centro por cada visita a la sala de tratamiento/emergencias de un *hospital* para pacientes no hospitalizados. Si se le admite por el problema médico de emergencia inmediatamente después de la visita, quedará exento de todo *copago* y se requerirá la *autorización previa* de la *admisión hospitalaria*.

Todo tratamiento recibido después del inicio de una *lesión accidental* o *atención médica de emergencia* será elegible para los *beneficios que forman parte de la red*. Para la atención médica que no es de emergencia, los *beneficios que forman parte de la red* estarán disponibles solamente si usted utiliza *proveedores que forman parte de la red*. Para la atención médica que no es de emergencia, si usted puede ser transferido de manera segura para recibir atención médica de un *proveedor que forma parte de la red*, pero recibe tratamiento de un *proveedor que no forma parte de la red*, solo estarán disponibles los *beneficios que no forman parte de la red*.

No obstante cualquier disposición contraria en este certificado de beneficios, para los servicios de *atención médica de emergencia que no forma parte de la red* prestados por *proveedores* que no tienen un contrato, el *monto permitido* deberá ser igual al mayor de los siguientes tres montos posibles, sin exceder los cargos facturados:

- el monto promedio negociado con los proveedores que forman parte de la red para los servicios prestados de atención médica de emergencia;
- el monto por el servicio de atención médica de emergencia calculado usando el mismo método que usa normalmente su seguro de gastos médicos para determinar los pagos para los servicios que no forman parte de la red, pero sustituyendo las estipulaciones de gastos compartidos que forman parte de la red por las estipulaciones de gastos compartidos que no forman parte de la red; o
- el monto que se pagaría conforme a Medicare para el servicio de atención médica de emergencia.

Cada uno de estos tres montos se calcula excluyendo todo *monto* de *copago* o *coseguro dentro de la red* impuesto con respecto al *participante*.

Beneficios para la atención médica inmediata

Los beneficios para *gastos elegibles* por *atención médica inmediata* se determinarán según lo indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Los servicios de *atención médica inmediata* están cubiertos cuando los proporciona un *profesional de atención médica inmediata* para el tratamiento inmediato de un problema médico que requiere atención médica oportuna, pero donde un breve lapso de tiempo antes de recibir los servicios no pone en peligro la vida o la salud permanente, y no requiere servicios de *atención médica de emergencia*.

La *atención médica inmediata* se refiere a la prestación de atención médica en un centro dedicado a brindar atención sin cita previa (walk-in care) programada o no programada fuera de la sala de emergencias/tratamiento de un *hospital* o del consultorio de un *médico*. La atención médica necesaria es para un problema médico que no es potencialmente mortal.

Beneficios para clínicas en locales comerciales

Los beneficios para *gastos elegibles* por *clínicas en locales comerciales* se determinarán según lo indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Las Clínicas en locales comerciales proporcionan diagnóstico y tratamiento para problemas médicos menores sin complicaciones en situaciones que pueden controlarse sin una visita al consultorio de atención médica básica tradicional, una visita de *atención médica inmediata* o una visita de *atención médica de emergencia*.

Beneficios para pruebas de detección temprana de enfermedades cardiovasculares

Hay beneficios disponibles para una de las siguientes pruebas no invasivas de detección de ateroesclerosis y de la estructura y funcionamiento anormal de las arterias cada cinco años cuando se realicen en un laboratorio certificado por una organización nacional reconocida:

- tomografía computarizada (CT, en inglés) que mide la calcificación de las arterias coronarias
- ultrasonografía que mide el grosor intimomedial carotídeo y la presencia de placas

Las pruebas están disponibles para todo individuo asegurado que sea (1) un varón mayor de 45 años de edad y menor de 76 años de edad, o (2) una mujer mayor de 55 años de edad y menor de 76 años de edad. El paciente tiene que ser diabético o debe presentar un riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas de las arterias coronarias, según una puntuación intermedia o superior obtenida mediante el algoritmo de predicción coronaria según el Estudio del Corazón de Framingham.

Los beneficios están sujetos a los límites que se indican en su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Beneficios para servicios para la audición y el habla

Los beneficios que se indican en su **PROGRAMA DE COBERTURA** están disponibles para los servicios de un *médico* u *otro proveedor profesional* para restablecer la función del habla o de la audición o corregir un problema del habla o de la audición. La cobertura también incluye servicios de habilitación y rehabilitación.

Los beneficios para el *Trastorno del espectro autista* no se aplicarán, ni están sujetos, a ningún máximo de visitas de servicios del habla indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Todo pago de beneficios realizado por BCBSTX para aparatos auditivos, ya sea a nivel de beneficios *dentro de la red* o fuera de la red, si corresponde, se aplicará al monto máximo de beneficios indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA** para cada nivel de beneficios.

Se cubre un implante coclear, que incluye un controlador y procesador del habla externo, por oído afectado para *derechohabientes* hasta los 19 años de edad, cada tres años. La cobertura también incluye tratamientos relacionados, tales como servicios de habilitación y rehabilitación, servicios de suministro y ajuste y la entrega de moldes auditivos siempre que sea necesario para mantener el encaje óptimo de los aparatos auditivos. Los componentes del implante pueden reemplazarse si son de *necesidad médica* o audiológicamente necesarios, cada tres años.

Los equipos y servicios incluidos pueden requerir *autorización previa*.

Beneficios para ciertas terapias para niños con retrasos en el desarrollo

Los beneficios en cuanto a *gastos médico-quirúrgicos* están disponibles para un *niño derechohabiente* asegurado para las terapias de habilitación y rehabilitación necesarias de acuerdo con una *cobertura de servicios familiares personalizados*.

Las terapias incluyen las siguientes:

- evaluaciones y servicios de terapia ocupacional
- evaluaciones y servicios de terapia física
- evaluaciones y servicios de terapia del habla
- evaluaciones nutricionales o alimenticias

La *cobertura de servicios familiares personalizados* tiene que enviarse a BCBSTX antes de que comience la prestación de servicios y cuando la *cobertura de servicios familiares personalizados* sea modificada.

Una vez que el *niño* alcanza los tres años de edad, cuando se han completado los servicios según la *Cobertura de servicios familiares personalizados,* los *gastos elegibles*, que de otro modo estén cubiertos según este *plan,* estarán disponibles. Se aplicarán todas las estipulaciones contractuales de este *plan*, incluidos, entre otros, los términos definidos, las limitaciones y exclusiones y los máximos de beneficios.

Retraso en el desarrollo significa una variación significativa en el desarrollo normal, determinado por instrumentos y procedimientos de diagnóstico apropiados, en una o más de las siguientes áreas:

- desarrollo cognitivo
- desarrollo físico
- desarrollo comunicativo
- desarrollo social o emocional
- desarrollo de adaptación

Cobertura de servicios familiares personalizados significa un plan de tratamiento inicial y en curso desarrollado y publicado por el Consejo Interinstitucional para la Intervención en la Primera Infancia (*Interagency Council on Early Childhood Intervention*) en el capítulo 73 del Código de Recursos Humanos para un *hijo derechohabiente* con Retrasos en el desarrollo.

Beneficios para el tratamiento del trastorno del espectro autista

Los servicios generalmente reconocidos prescritos en relación con el *trastorno del espectro autista* por parte del *médico* o el *profesional en salud conductual* del *participante* en un plan de tratamiento recomendado por dicho *médico* o *profesional en salud conductual* están disponibles para un *participante* asegurado.

Las personas que proporcionan el tratamiento prescrito conforme a ese plan tienen que ser las siguientes:

- Un *profesional de la salud*:
  a. que esté certificado, tenga licencia o registro emitido por una agencia pertinente del estado de Texas
  b. cuya credencial profesional sea reconocida y aceptada por una agencia pertinente de los Estados Unidos
  c. que esté certificado como *profesional de la salud* bajo el sistema de salud militar TRICARE
- Una persona que actúe bajo la supervisión de un *profesional de la salud* descrito anteriormente en el primer punto

  Para los fines de esta sección, los servicios generalmente reconocidos pueden incluir servicios como los siguientes:
  a. servicios de evaluaciones
  b. prueba de detección a los 18 y 24 meses
  c. análisis de salud mental

d. entrenamiento conductual y manejo de la conducta
e. terapia del habla
f. terapia ocupacional
g. terapia física
h. medicamentos o suplementos nutricionales usados para abordar los síntomas del *trastorno del espectro autista*

Los beneficios para el *trastorno del espectro autista* no se aplicarán a ningún máximo indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Revise las estipulaciones de *Beneficios para servicios de medicina física* y *Beneficios para servicios para la audición y el habla* de este certificado de beneficios para obtener más información específica acerca de cómo los máximos de visitas para *servicios de medicina física* y servicios de habla se aplican a los beneficios para el *Trastorno del espectro autista*.

La autorización previa evaluará si los servicios cubren los requisitos de cobertura. Consulte la sección **REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA** de este certificado de beneficios para obtener información más específica acerca de la *autorización previa*.

Consulte la definición de "*proveedor de ABA calificado*" en la sección **DEFINICIONES** de este certificado de beneficios para obtener más información.

Beneficios para las pruebas de detección de discapacidad auditiva

Los beneficios están disponibles para *gastos elegibles* en los que incurre un *hijo derechohabiente* asegurado por lo siguiente:

- una prueba de detección de pérdida de la audición desde el nacimiento hasta que el niño cumple 30 días de edad
- atención de seguimiento de diagnóstico necesaria, relacionada con las pruebas de detección, desde el nacimiento hasta que el niño cumple 24 meses

Los deducibles indicados en su **PROGRAMA DE COBERTURA** no se aplicarán a esta estipulación.

Beneficios para cirugía plástica, cosmética o reconstructiva

Como lo muestra su **PROGRAMA DE COBERTURA**, los siguientes *gastos elegibles* para *cirugía plástica*, *cosmética* o *reconstructiva* serán iguales que para el tratamiento de cualquier otra enfermedad.

Los servicios incluidos comprenden lo siguiente:

- Tratamiento para la corrección de defectos debido a una lesión accidental que sufrió el participante.
- Tratamiento proporcionado para una cirugía reconstructiva después de una cirugía de cáncer.
- Cirugía realizada en un niño recién nacido para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito.
- Cirugía realizada en un hijo derechohabiente asegurado (que no sea recién nacido) menor de 19 años de edad para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito, que no sea un problema en las mamas.
- Servicios y suministros para la mamoplastia de reducción cuando sea de necesidad médica y de conformidad con las pautas de la política médica de BCBSTX.
- Reconstrucción de la mama en la que se realizó una mastectomía; cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica; y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.
- Cirugía reconstructiva realizada a un hijo derechohabiente asegurado debido a anormalidades craneofaciales para mejorar la función o intentar crear una apariencia normal de una estructura anormal causada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades.

Beneficios para servicios dentales

Los beneficios para *gastos elegibles* en los que incurre un *participante* serán proporcionados del mismo modo que para el tratamiento de cualquier otra enfermedad según se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA** y solo para lo siguiente:

- *cirugía bucal con cobertura* (consulte la definición de "*cirugía bucal con cobertura*" en la sección **DEFINICIONES** de este certificado de beneficios para obtener más información);
- servicios prestados a un niño recién nacido que son necesarios para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito;
- la corrección de un daño provocado exclusivamente por una lesión accidental y que tal lesión surja de violencia doméstica o una condición médica que afecte a un diente natural sano no arreglado y a los tejidos de apoyo.

  Los servicios tienen que recibirse dentro de los 24 meses posteriores a la fecha del accidente. Una lesión sufrida provocada por la masticación o mordida no se considera una *lesión accidental*.

Cualquier otro servicio dental, excepto los que se consideren excluidos en la sección **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES MÉDICAS** de este certificado de beneficios, por el cual un *participante* incurre en *gastos de hospitalización* por una *admisión hospitalaria médicamente necesaria*, se determinará según se describe en la sección **Beneficios para gastos de hospitalización**.

Beneficios para trasplante de órgano y tejido

- Sujetos a las condiciones descritas a continuación, los beneficios para suministros y servicios incluidos provistos a un *participante* por parte de un *hospital*, un *médico* u *otro proveedor* con relación a un trasplante de órgano o tejido, se determinarán de la siguiente manera, siempre y cuando se cumplan todas las siguientes condiciones:

  a. el procedimiento de trasplante no sea de naturaleza *experimental ni investigativa*
  b. se usen órganos o tejido humano donados o un aparato artificial aprobado por la FDA
  c. el destinatario sea un *participante* según su seguro de gastos médicos
  d. el procedimiento de trasplante tenga la autorización previa que requiere su seguro de gastos médicos
  e. el *participante* cumpla con todos los criterios establecidos por BCBSTX en las políticas médicas escritas correspondientes
  f. el *participante* cumpla todos los protocolos que establece el *hospital* en el que se realiza el trasplante

  Los suministros y servicios incluidos "relacionados con" un trasplante de órgano o tejido incluyen, entre otros, radiografías, pruebas de laboratorio, quimioterapia, terapia de radiación, adquisición de órganos o tejidos que provienen de un donante vivo o fallecido y las complicaciones que surjan de tal trasplante.

- Los beneficios están disponibles y se determinarán según los mismos criterios que se usan para cualquier otra enfermedad siempre que el procedimiento del trasplante se considere *médicamente necesario* y cumpla con todas las condiciones mencionadas arriba.

  Los beneficios estarán disponibles para los siguientes:

  a. un receptor que sea un asegurado conforme a este *plan*
  b. un donante que sea un *participante* conforme a este *plan*
  c. un donante que no sea un *participante* conforme a este *plan*

- Los servicios y suministros con cobertura incluyen los servicios y suministros provistos para lo siguiente:

  a. la evaluación de órganos o tejidos que incluye, entre otros, la determinación de compatibilidad de tejidos
  b. la búsqueda del donante y la prueba de compatibilidad de donantes vivos potenciales
  c. la extracción de órganos o tejidos de donantes vivos o fallecidos
  d. el transporte y almacenamiento transitorio de los órganos o tejidos donados

- No hay beneficios disponibles para un *participante* por los siguientes servicios o suministros:

  a. gastos relacionados con el mantenimiento de la vida de un donante para propósitos de la donación de órganos o tejidos
  b. gastos de manutención o transporte de un receptor o un donante vivo
  c. compra del órgano o tejido
  d. órganos o tejido (xenoinjerto) obtenido de otras especies

- Se requiere autorización previa para todo trasplante de órgano o tejido. Consulte la subsección **REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA** de este certificado de beneficios para obtener información más específica acerca de la *autorización previa*.
    a. Se requiere dicha *autorización previa* incluso si el paciente ya es un paciente en un *hospital* con otra *autorización previa*.
    b. Al momento de proporcionar la *autorización previa*, BCBSTX definirá la duración de la estancia para la admisión. Si se solicita, la duración de la estancia puede extenderse si BCBSTX determina que la extensión es *médicamente necesaria*.
- No hay beneficios disponibles para ningún procedimiento de trasplante de órganos o tejidos (o los servicios realizados en preparación de o en combinación con dicho procedimiento) que BCBSTX considere que es *experimental o investigativo*.

Beneficios para el tratamiento de daño cerebral adquirido

Los beneficios para *gastos elegibles* en los que se incurre para el tratamiento *médicamente necesario* de un *daño cerebral adquirido* se determinarán según los mismos criterios que se usan para el tratamiento de cualquier otro problema físico. Los *gastos elegibles* incluyen los siguientes *servicios* como resultado de un *daño cerebral adquirido* y relacionados con este:

- Terapia de comunicación cognitiva: servicios diseñados para abordar modalidades de comprensión y expresión, incluida la comprensión, la lectura, la escritura y la expresión verbal de información.
- Terapia de rehabilitación cognitiva: servicios diseñados para abordar actividades terapéuticas cognitivas, con base en una evaluación y comprensión de las deficiencias mentales y conductuales del paciente.
- Servicios de reintegración a la comunitaria: servicios que facilitan la continuidad de la atención médica durante la transición a la comunidad de una persona afectada, incluidos los servicios de tratamiento diurno para pacientes no hospitalizados u otros servicios de tratamiento de atención posaguda.
- Análisis neuroconductual: una evaluación de los antecedentes de dificultades neurológicas o psiquiátricas, los síntomas actuales, el estado mental actual y antecedentes premórbidos, incluida la identificación de conductas problemáticas y la relación entre la conducta y las variables que controlan la conducta. Esto puede incluir entrevistas a la persona, familia u otros.
- Tratamiento neuroconductual: intervenciones que se centran en la conducta y las variables que controlan la conducta.
- Rehabilitación neurocognitiva: servicios diseñados para ayudar a los individuos con discapacidad cognitiva a compensar la función cognitiva mediante la reconstrucción de las habilidades cognitivas o el desarrollo de estrategias y técnicas de compensación.
- Terapia neurocognitiva: servicios diseñados para corregir las deficiencias neurológicas en el procesamiento de la información y facilitar el desarrollo de un nivel más alto de capacidades cognitivas.
- Terapia de neurorretroalimentación: servicios que utilizan procedimientos de acondicionamiento operante basados en parámetros electroencefalográficos (EEG) y que están diseñados para mejorar el rendimiento mental y la conducta y estabilizar el estado de ánimo.
- Pruebas neuropsicológicas: evaluación de las funciones del sistema nervioso.
- Tratamiento neurofisiológico: intervenciones que se centran en las funciones del sistema nervioso.
- Prueba neuropsicológica: administración de un conjunto integral de pruebas para evaluar las fortalezas y debilidades neurocognitivas, conductuales y emocionales, así como sus relaciones con el funcionamiento normal y anormal del sistema nervioso central.
- Tratamiento neuropsicológico: intervenciones diseñadas para mejorar o minimizar los déficits en los procesos cognitivos y del comportamiento.
- Servicios de transición posaguda: servicios que facilitan la continuidad de la atención después de un traumatismo neurológico inicial mediante la rehabilitación y reintegración a la comunitaria, incluidos los servicios de tratamiento diurno para pacientes no hospitalizados u otro servicios de tratamiento de atención posaguda. Esto incluirá cobertura por gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de una persona asegurada conforme a este *plan* que:
    a. ha desarrollado daño cerebral adquirido,
    b. no ha respondido al tratamiento,
    c. ha empezado a responder al tratamiento con posterioridad.

- Pruebas psicofisiológicas: una evaluación de las interrelaciones entre el sistema nervioso y otros órganos corporales y la conducta.
- Tratamiento psicofisiológico: intervenciones diseñadas para aliviar o reducir las respuestas fisiológicas anormales del sistema nervioso a factores conductuales o emocionales.
- Reparación: procesos de reparación o mejora de una función específica.

Servicio significa la acción de hacer pruebas, tratar y proporcionar terapias a una persona con *daño cerebral adquirido*.

Terapia significa un tratamiento curativo programado que se ofrece mediante la interacción directa con el paciente a fin de mejorar una condición patológica que derive del *daño cerebral adquirido*.

El tratamiento del *daño cerebral adquirido* se puede proporcionar en un *hospital,* en un *hospital* de rehabilitación para condiciones agudas o posagudas, en un centro de vida asistida o en cualquier otro centro en el que se puedan ofrecer los servicios o terapias adecuados.

Los beneficios para el *daño cerebral adquirido* no estarán sujetos a ninguno de los límites de visitas indicados en su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Beneficios para el tratamiento de la diabetes

Los beneficios se determinarán según los mismos criterios que se usan para cualquier otra enfermedad y están disponibles para los artículos *de necesidad médica* para *Equipo para la diabetes* y *Suministros para la diabetes* (que cuentan con una orden por escrito por parte de un *médico* u *otro proveedor profesional*) y *Servicios de manejo de la diabetes o Capacitación para el manejo personal de la diabetes.* Dichos artículos, cuando se obtengan para un *Participante elegible,* deberán incluir, entre otros, lo siguiente:

- *Equipo para la diabetes*
  a. monitores de glucosa en sangre (incluidos los monitores no invasivos y los monitores para ciegos)
  b. bombas de insulina (tanto externas como implantables) y accesorios asociados, que incluyen lo siguiente:
     (1) dispositivos para infusión de insulina
     (2) baterías
     (3) artículos para preparación de la piel
     (4) suministros adhesivos
     (5) sets de infusión
     (6) cartuchos de insulina
     (7) dispositivos duraderos y desechables que ayudan al momento de inyectar la insulina
     (8) otros suministros desechables necesarios
  c. aparatos de podiatría, incluidos hasta dos pares de calzado terapéutico por *año del plan*, para la prevención de complicaciones relacionadas con la diabetes
- *Suministros para la diabetes*
  a. tiras reactivas específicas para usar con un monitor de glucosa en sangre correspondiente
  b. tiras reactivas de lectura visual y de orina y tabletas que miden el nivel de glucosa, cetonas y proteína
  c. lancetas y aparatos para lancetas
  d. insulina y preparados de insulina análoga
  e. aparatos de asistencia para inyecciones, incluidos aparatos que se usan para ayudar a inyectar la insulina y sistemas sin aguja
  f. contenedores desechables de residuos biológicos
  g. jeringas de insulina
  h. agentes orales con y sin receta médica para controlar los niveles de azúcar en sangre
  i. kits de emergencia de glucagón

  ***Aviso*:** los suministros para la diabetes (tiras reactivas, lancetas, jeringas de insulina y monitores de glucosa en sangre) tiene cobertura en el plan de medicamentos con receta.
- Pueden tener cobertura las reparaciones y el mantenimiento necesario de las bombas de insulina que no dispongan de garantía del fabricante o acuerdo compraventa, cuotas de alquiler para bombas durante la reparación y el mantenimiento necesario de las bombas de insulina, que no superen el precio de adquisición de una bomba de reemplazo similar.

- A medida que se disponga de equipos o suministros nuevos o mejorados para el tratamiento y la supervisión y que estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), dichos equipos o suministros pueden tener cobertura si el *médico* tratante u *otro proveedor profesional* que emite la orden escrita para los suministros o el equipo determina que son *médicamente necesarios* y adecuados.

- Los *gastos médico-quirúrgicos* para el tratamiento nutricional, educativo y psicosocial del *participante elegible pueden tener cobertura*. Los *Servicios de manejo de la diabetes o Capacitación para el manejo personal de la diabetes* que cuentan con una orden por escrito por parte de un *médico* u *otro proveedor profesional* para el *participante* o el cuidador del *participante* están limitados a lo siguiente cuando se proporcionen por un *médico* o bajo la dirección de un *médico*.

  Instrucción inicial y de seguimiento relativa a lo siguiente:

  a. la causa física y el proceso de la diabetes;
  b. nutrición, ejercicio, medicamentos, monitoreo de los valores de laboratorio y la interacción de estos en el manejo personal efectivo de la diabetes;
  c. prevención y tratamiento de problemas especiales de salud para el paciente diabético;
  d. adaptación a las modificaciones en el estilo de vida;
  e. participación familiar en la atención y el tratamiento del paciente diabético. Se incluirá a la familia en varias sesiones de instrucción para el paciente.

La *Capacitación para el manejo personal de la diabetes* para el *Participante elegible* incluirá el desarrollo de un plan de manejo individualizado creado para y en colaboración con el *Participante elegible* (y/o su familia) para entender la atención y el manejo de la diabetes, incluido el asesoramiento nutricional y el uso adecuado de los *Equipos para la diabetes* y los *Suministros para la diabetes.*

Un *Participante elegible* significa una persona elegible para la cobertura bajo este *plan* y que ha recibido un diagnóstico de (a) diabetes con dependencia o no de la insulina, (b) niveles elevados de glucosa en sangre por el embarazo u (c) otro problema médico relacionado con niveles elevados de glucosa en sangre.

Beneficios para servicios de medicina física

Los beneficios para *gastos médico-quirúrgicos* en los que se incurra por *servicios de medicina física* están disponibles y se determinarán según los mismos criterios que se usan para el tratamiento de cualquier otra enfermedad como se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Beneficios para servicios quiroprácticos

Los beneficios para *gastos médico-quirúrgicos* en los que se incurra por *servicios quiroprácticos* están disponibles según se indica en su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Sin embargo, los beneficios de *servicios quiroprácticos* para todas las visitas no se proporcionarán para una cantidad mayor al número máximo de visitas (combinación de visitas en un consultorio y en un centro para pacientes no hospitalizados) como se muestran en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Todos los servicios facturados por un Quiropráctico se aplicarán al número máximo de visitas.

Beneficios para costos de atención de rutina de pacientes para participantes en ensayos clínicos aprobados

Los beneficios para *gastos elegibles* por *costos de atención de rutina de pacientes* se proporcionan en relación con un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV si el ensayo clínico se lleva a cabo en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer o de otra enfermedad o condición médica que pone en riesgo la vida y si está reconocido por las leyes estatales o federales.

Costos de atención de rutina de pacientes significa los costos de los servicios de atención de la salud *médicamente necesarios* para los que se ofrecen beneficios bajo su seguro de gastos médicos, independientemente de si el *participante* participa en un ensayo clínico.

Los costos de atención de rutina de pacientes no incluyen lo siguiente:

- el artículo, dispositivo o servicio en sí, que se encuentra en investigación;
- artículos y servicios que se proporcionan solamente para satisfacer las necesidades de recolección y análisis de datos y que no se utilizan en la atención clínica directa del paciente;
- un servicio que claramente no es coherente con los estándares de atención ampliamente aceptados y establecidos para un diagnóstico en particular.

Beneficios para ciertas pruebas de detección de cáncer de próstata

Según se indica en el **PROGRAMA DE COBERTURA**, los beneficios están disponibles para un examen físico anual de diagnóstico médicamente reconocido para la detección de cáncer de próstata y una prueba de antígenos prostáticos específicos para la detección de cáncer de próstata para todo hombre, conforme a su seguro de gastos médicos, que tenga al menos:

- 45 años de edad y sea asintomático;
- 40 años de edad con antecedentes familiares de cáncer de próstata o cualquier otro factor de riesgo de cáncer de próstata.

Beneficios para servicios de atención médica preventiva

Se proveerán Servicios de atención médica preventiva para los siguientes servicios con cobertura:

- Artículos o servicios basados en pruebas que tienen vigente una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales de United States Preventive Services Task Force (“USPSTF”).
- Vacunas sugeridas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (“CDC”, en inglés) en relación con la persona involucrada.
- Atención médica preventiva y los exámenes preventivos basados en la evidencia, establecidos en las pautas integrales con apoyo de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (“HRSA”, en inglés) para bebés, niños y adolescentes;
- Con respecto a mujeres, atención médica preventiva y exámenes preventivos adicionales, no descritos en el primer punto anterior, según lo establecido en las pautas integrales respaldadas por la HRSA.

Para fines de este beneficio, las recomendaciones actuales de USPSTF sobre mamografías y exámenes de cáncer de mama y prevención se considerarán las más actuales (excepto por las emitidas en noviembre del 2009, o alrededor de esa fecha).

Los Servicios de atención médica preventiva descritos anteriormente en los puntos "a" a "d" pueden cambiar según se modifiquen las pautas de USPSTF, CDC y HRSA y se implementarán por parte de BCBSTX en las cantidades y tiempos requeridos por la ley o las directrices normativas aplicables. Para obtener más información, puede acceder al sitio web en www.bcbstx.com/trsactivecare o comunicarse con su Guía de salud personal al 1-866-355-5999.

Los siguientes son ejemplos de servicios incluidos:

- exámenes físicos anuales de rutina
- vacunas
- atención preventiva para niños
- apoyo para la lactancia
- servicios y suministros
- mamografías para la detección de cáncer
- prueba de densidad ósea (para mujeres mayores de 65 años de edad y hombres mayores de 70 años de edad, cada dos años)
- examen de detección de cáncer colorrectal
- servicios de asesoramiento para dejar de fumar (límite de ocho visitas por *año del plan*)
- intervención para dejar de fumar (incluido un examen de detección de consumo de tabaco, asesoramiento y medicamentos aprobados por la FDA para dejar el tabaco)
- asesoramiento sobre alimentación saludable y examen de detección/asesoramiento para la obesidad (límite de 26 visitas por *año del plan* para participantes mayores de 22 años de edad; se pueden utilizar hasta 10 visitas para el asesoramiento sobre alimentación saludable; los participantes de 0 a 22 años de edad tienen cobertura al 100% del monto permitido sin un máximo)

Los siguientes son ejemplos de vacunas incluidas:

- Difteria
- Haemophilus influenzae tipo b
- Hepatitis B
- Sarampión
- Paperas
- Tos ferina
- Poliomielitis
- Rubeola
- Tétanos
- Varicela y cualquier otra vacuna que exija la ley para un *niño*

Las inyecciones contra alergias no se consideran vacunas conforme a la estipulación de este beneficio.

Los siguientes son ejemplos de servicios incluidos para mujeres con capacidad reproductiva:

- procedimientos de esterilización femenina
- servicios anticonceptivos para pacientes no hospitalizadas
- anticonceptivos femeninos de venta libre aprobados por la FDA con una receta médica por escrito de un profesional de la salud
- métodos anticonceptivos específicos aprobados por la FDA con una receta médica escrita por un profesional de la salud indicados en esta sección de las siguientes categorías:

  a. anticonceptivos solo con progestina
  b. anticonceptivos combinados
  c. anticonceptivos de emergencia
  d. anticonceptivos orales continuos/de ciclo extendido
  e. capuchones cervicales
  f. diafragmas
  g. anticonceptivos implantables
  h. dispositivos intrauterinos
  i. inyecciones
  j. anticonceptivos transdérmicos
  k. dispositivos anticonceptivos vaginales
  l. espermicida
  m. preservativos femeninos

Para determinar si un medicamento o dispositivo anticonceptivo específico está disponible según este beneficio, consulte la página Servicios médicos preventivos para mujeres - Información sobre anticonceptivos ubicada en el sitio web en www.bcbstx.com/trsactivecare o comuníquese con su Guía de salud personal al 1-866-355-5999. La lista puede cambiar a medida que se modifiquen las pautas de la FDA.

Conforme a esta estipulación de beneficios, los beneficios no están disponibles para los medicamentos y dispositivos anticonceptivos que no estén incluidos en la página Servicios médicos preventivos para mujeres - Información sobre anticonceptivos. No obstante, usted puede tener cobertura conforme a otras secciones de este certificado de beneficios, sujeta a cualquier *coseguro*, *deducible*, *copago* o límite máximo de beneficios que corresponda.

Los Servicios de atención médica preventiva, descritos arriba en los puntos “a” a “d” y/o en la lista de Servicios médicos preventivos para mujeres - Información sobre anticonceptivos, proporcionados por un *proveedor dentro la red*, no estarán sujetos a montos de *coseguro*, *deducibles*, *copagos* o montos máximos en dólares.

Los Servicios de atención médica preventiva, descritos arriba en los puntos “a” a “d” y/o en la lista de Servicios médicos preventivos para mujeres - Información sobre anticonceptivos, proporcionados por un *proveedor fuera la red*, estarán sujetos a *montos de coseguro*, *copagos*, *deducibles* o montos máximos en dólares aplicables. No se aplican deducibles a las vacunas con cobertura según la estipulación ***Beneficios para vacunas durante la niñez***.

Los servicios con cobertura no incluidos en los puntos “a” a “d” anteriores y/o la lista de Servicios médicos preventivos para mujeres - Información sobre anticonceptivos estarán sujetos a montos de *coseguro*, *copagos, deducibles* o montos máximos en dólares aplicables.

Beneficios para apoyo, servicios y suministros para la lactancia

Se proporcionarán beneficios para servicios de apoyo y asesoramiento para la lactancia, durante el embarazo y/o en el período posparto, cuando los preste un *profesional de la salud*.

Los beneficios incluyen el alquiler (o la compra, si es una opción que ofrece su seguro de gastos médicos) de un extractor de leche eléctrico o manual, accesorios y suministros. Los beneficios para los extractores de leche eléctricos tienen un límite de dos por *año del plan*. Los beneficios limitados también se aplican para el alquiler exclusivo de extractores de leche de calidad hospitalaria, hasta el precio de compra de $150.

Es posible que se le solicite a usted que pague el monto completo y presente un formulario de reclamación a BCBSTX con la receta médica por escrito y un recibo detallado del extractor de leche manual, eléctrico o de calidad hospitalaria, los accesorios y suministros. Visite el sitio web de BCBSTX en www.bcbstx.com/trsactivecare para obtener un formulario de reclamación.

Si usa un *proveedor que no forma parte a la red*, los beneficios pueden estar sujetos a cualquier *deducible*, *coseguro* o máximo de beneficios aplicables.

Comuníquese con su Guía de salud personal al 1-866-355-5999 para obtener información adicional.

Beneficios para mamografía de detección

Los beneficios están disponibles para una mamografía de detección de dosis baja para ver si hay presencia de cáncer de mama oculto para *participantes* de 40 años de edad o más, tal como se indica en la sección ***Servicios de atención médica preventiva*** de su **PROGRAMA DE COBERTURA**, excepto que los beneficios no estarán disponibles para más de una mamografía de detección de rutina por *año del plan*. La cobertura para una mamografía de detección para *participantes* menores de 40 años de edad se basará en una *necesidad médica*. La mamografía de baja dosis incluye mamografía digital o tomosíntesis de mama.

Beneficios para la detección y la prevención de la osteoporosis

Si un *participante* es una *Persona elegible*, los beneficios están disponibles para la medición médicamente aceptada de la masa ósea para la detección de masa ósea baja y para determinar el riesgo que corre un *participante* de tener osteoporosis o fracturas asociadas con la osteoporosis, según se indica en la sección ***Servicios de atención médica preventiva*** de su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Persona elegible significa lo siguiente:

- una mujer posmenopáusica que no está recibiendo terapia de remplazo de estrógeno
- una persona con:
  a. anomalías en la columna vertebral
  b. hiperparatiroidismo primario
  c. historial de fracturas óseas
- una persona que:
  a. está recibiendo tratamiento con glucocorticoides a largo plazo
  b. está siendo monitoreada para evaluar su respuesta a una terapia de medicamentos aprobada contra la osteoporosis o la efectividad de esa terapia

Beneficios para las pruebas de detección de cáncer colorrectal

Los beneficios están disponibles para una prueba de diagnóstico médicamente reconocida para la detección de cáncer colorrectal para los *participantes* de 50 años de edad o más que tienen un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon, e incluyen:

- una prueba de sangre oculta en heces que se realiza una vez por *año del plan* y una sigmoidoscopia flexible que se realiza cada cinco años
- una colonoscopia realizada cada 10 años
- una prueba de detección con Cologuard cada tres años

Los beneficios se proporcionarán para Servicios de médicos, como se muestra en la sección ***Servicios de atención médica preventiva*** de su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Beneficios para ciertas pruebas de detección del virus de papiloma humano y cáncer cervical

Los beneficios están disponibles para ciertas pruebas de detección del virus de papiloma humano (VPH) y cáncer cervical para cada mujer de 18 años de edad o más inscrita en su seguro de gastos médicos para una prueba anual de diagnóstico médicamente reconocida para la detección temprana de cáncer cervical, según se indica en la sección ***Servicios de atención médica preventiva*** de su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

La cobertura incluye, como mínimo, una prueba de Papanicolaou convencional o una prueba que usa métodos citológicos a base de líquidos, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), sola o en combinación con una prueba aprobada por la FDA para la detección del virus de papiloma humano.

- Las pruebas de detección de cáncer cervical/VPH facturadas en combinación con las pruebas de Papanicolaou se cubren una vez cada 3 años para mujeres de 30 años o más. Los servicios no están cubiertos para participantes menores de 30 años.
- La prueba de detección del VPH de alto riesgo por sí sola, se cubre una vez cada 5 años para mujeres de 30 años o más. Los servicios no están cubiertos para participantes menores de 30 años.

Beneficios para vacunas durante la niñez

Los beneficios para *gastos médico-quirúrgicos* en los que incurra un *hijo derechohabiente* por vacunas durante la niñez se determinarán al 100% del *monto permitido.* Los deducibles, *los copagos* y *el coseguro* no serán aplicables, como se muestra en la sección ***Servicios de atención médica preventiva*** de su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Los beneficios están disponibles para las siguientes vacunas:

- Difteria
- Haemophilus influenzae tipo b
- Hepatitis B
- Sarampión
- Paperas
- Tos ferina
- Poliomielitis
- Rubeola
- Tétanos
- Varicela
- Cualquier otra vacuna que exija la ley para un *niño*

Las inyecciones contra alergias no se consideran vacunas conforme a la estipulación de este beneficio.

Beneficios para la obesidad mórbida

Los beneficios para *gastos elegibles* en los que incurra un *participante* por el tratamiento *médicamente necesario* de la *obesidad mórbida* se proporcionarán del mismo modo que para cualquier otra enfermedad. Los beneficios están disponibles para el asesoramiento sobre alimentación saludable y el examen de detección/asesoramiento para la *obesidad*, como se muestra en la sección ***Servicios de atención médica preventiva*** de su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Beneficios para otros servicios de rutina

Los beneficios para otros servicios de rutina están disponibles para lo siguiente, como se indica en su **PROGRAMA DE COBERTURA**:

- radiografías de rutina, ECG de rutina, procedimientos médicos de diagnóstico de rutina
- exámenes auditivos anuales, limitados a una vez por año del plan, excepto por los beneficios proporcionados en la sección ***Beneficios para las pruebas de detección de discapacidad auditiva***
- exámenes anuales para la vista, limitados a una vez por *año del plan*

Servicios de salud conductual

Beneficios para servicios de salud mental, tratamiento de enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias

Los beneficios para *gastos elegibles* en los que incurra por *servicios de salud mental*, tratamiento de *enfermedad mental grave* y tratamiento del Trastorno por consumo de sustancias serán los mismos que para el tratamiento de cualquier otra enfermedad. Consulte la subsección **REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA** para saber cuáles son los servicios que requieren *autorización previa*.

Todo *gasto elegible* en el que se incurra por los servicios de un *centro de tratamiento psiquiátrico diurno*, *un centro o unidad de estabilización de crisis*, un *centro residencial de tratamiento* o un *centro residencial de tratamiento para niños y adolescentes* para *servicios de salud mental médicamente necesarios* o el tratamiento de una *enfermedad mental grave* en lugar de servicios *hospitalarios* para pacientes internados, se considerará, para los fines de este beneficio, como **Gastos de hospitalización**.

El tratamiento del Trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados se debe proporcionar en un *centro* u *hospital para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias.* Los beneficios para el manejo médico de intoxicación aguda potencialmente mortal (toxicidad) en un *hospital* estarán disponibles de la misma manera que para una enfermedad, en general como se describe en la sección **Gastos de hospitalización**.

Los servicios de salud mental que se brindan como parte del tratamiento *médicamente necesario* para el Trastorno por consumo de sustancias se considerarán, para los fines de los beneficios, como un tratamiento del Trastorno por consumo de sustancias hasta que finalicen los tratamientos para este trastorno (una vez que finalicen los tratamientos del Trastorno por consumo de sustancias, el tratamiento de *atención de salud mental* se considerará como *servicios de salud mental*).

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES MÉDICAS

Los beneficios que se describen en el presente certificado de beneficios no están disponibles para lo siguiente:

- Servicios o suministros que no sean *médicamente necesarios* ni esenciales para el diagnóstico o la atención y tratamiento directos de una enfermedad, lesión, problema, afección o disfunción corporal.

- Servicios y suministros *experimentales/investigativos*.

- Ninguna parte del cargo por un servicio o suministro que supere el *monto permitido* según lo determine BCBSTX.

- Servicios o suministros provistos en relación con una enfermedad ocupacional o lesión sufrida en el ámbito y durante cualquier empleo, ya sea que se suministren los beneficios, o se puedan suministrar con la reclamación correspondiente, conforme a la ley de Indemnización Laboral.

- Servicios o suministros para los cuales los beneficios se suministren, o puedan suministrarse con la reclamación correspondiente, conforme a leyes presentes o futuras promulgadas por la Legislatura de cualquier estado, o por el Congreso de los Estados Unidos, o leyes, normativas o procedimientos establecidos de cualquier condado o municipalidad; siempre y cuando esta exclusión no sea aplicable a coberturas del *participante* para la hospitalización o *gastos médico-quirúrgicos* como parte de una póliza de seguro automotor contra accidentes o junto con esta.

- Servicios o suministros que no requieran que el *participante* efectúe un pago o que no impongan una obligación legal de que el *participante* pague en ausencia de esta o de cualquier cobertura similar, salvo en el caso de los servicios o suministros para el tratamiento de una enfermedad mental o discapacidad intelectual proporcionado por una institución pública del estado de Texas.

- Servicios o suministros proporcionados por una persona que tenga un vínculo por consanguinidad o matrimonio con el *participante*.

- Servicios o suministros proporcionados para lesiones sufridas de la siguiente manera:

  a. como resultado de guerra, declarada o no, o de cualquier acto de guerra,
  b. en servicio activo o de reserva en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.

- Los cargos:

  a. por no asistir a una consulta programada con un *médico* u *otro proveedor profesional*,
  b. por completar formularios de seguro,
  c. por obtener expedientes médicos.

- Los cargos por alojamiento y comida en los que se incurra durante la *admisión en un hospital* para procedimientos de diagnóstico o de evaluación que se pudieron haber realizado como pacientes no hospitalizado sin afectar negativamente la condición física del *participante* o la calidad de la atención médica proporcionada.

- Servicios o suministros proporcionados antes de que el paciente recibiera la cobertura como *participante* en virtud del presente documento, ni servicios o suministros proporcionados tras la finalización de la cobertura del participante.

- Servicios o suministros proporcionados para los *servicios de nutrición*, excepto lo que pueda estar estipulado conforme a su seguro de gastos médicos para los siguiente:

  a. ***Servicios de atención médica preventiva***, como se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**,
  b. un programa de evaluación nutricional provisto en y por un *hospital*, y aprobado por BCBSTX,
  c. ***Beneficios para el trastorno del espectro autista***, según se describe en la sección **Gastos de prestaciones especiales**,
  d. ***Beneficios para el tratamiento de la diabetes***, según se describe en la sección **Gastos de prestaciones especiales**,
  e. ***Beneficios para ciertas terapias para niños con retrasos en el desarrollo***, según se describe en la sección **Gastos de prestaciones especiales**.

- Servicios o suministros proporcionados para el *cuidado personal no médico*.

- Servicios o suministros no quirúrgicos (restauraciones dentales, ortodoncia o terapia física) o que no sean de diagnóstico (aparatos bucales, férulas dentales, ortótica bucal, dispositivos o prótesis) que se brindan para el tratamiento de la articulación temporomandibular (incluida la mandíbula y la articulación craneomandibular) y todos los músculos adyacentes o relacionados.

- Artículos con *gastos médico-quirúrgicos* en los que se incurra por tratamientos y atención dental, cirugía dental o aparatos dentales, salvo lo que se establezca en la estipulación ***Beneficios para servicios dentales*** en la sección **Gastos de prestaciones especiales** del presente certificado de beneficios.

- Servicios o suministros proporcionados para *cirugía plástica, cosmética o reconstructiva*, salvo lo que se establezca en la estipulación ***Beneficios para cirugía plástica, cosmética o reconstructiva*** en la sección **Gastos de prestaciones especiales** del presente certificado de beneficios.

- Servicios o suministros proporcionados para lo siguiente:

  a. tratamiento de la miopía y otros errores de refracción, incluida la cirugía refractiva,
  b. entrenamiento de la vista u ortóptico,
  c. anteojos o lentes de contacto, excepto lentes intraoculares cuando son *médicamente necesarios*,
  d. exámenes para la prescripción o el ajuste de anteojos o contacto lentes,
  e. restablecimiento de la función del habla o de la audición o corrección de alteraciones en el habla y en la audición, a excepción de lo que pueda estar dispuesto en las estipulaciones de ***Beneficios para servicios para la audición y el habla*** y de ***Beneficios para el trastorno del espectro autista*** en la sección **Gastos de prestaciones especiales** del presente certificado de beneficios.

- Servicios de terapia ocupacional que no consistan en las modalidades tradicionales de terapia física y que no formen parte de un programa activo de rehabilitación física multidisciplinar diseñado para recuperar las funciones corporales perdidas o deterioradas, a excepción de lo que pueda estar dispuesto en las estipulaciones de ***Beneficios para servicios de medicina física*** y de ***Beneficios para el trastorno del espectro autista*** en la sección **Gastos de prestaciones especiales** de este certificado de beneficios.

- Servicios de viaje o ambulancia porque es más conveniente para el paciente que otros medios de transporte, independientemente de si los ha recomendado o no un *médico* u *otro proveedor profesional*.

- Servicios o suministros proporcionados principalmente para lo siguiente:

  a. sensibilidad medioambiental;
  b. *ecología* clínica o cualquier tratamiento similar no reconocido como seguro y efectivo por la Academia Estadounidense de Alergólogos e Inmunólogos (*American Academy of Allergists and Immunologists*);
  c. pruebas o tratamiento de alergias para pacientes internados.

- Servicios o suministros proporcionados como, o en combinación con, terapia de quelación, excepto para el tratamiento de envenenamiento agudo por metales.

- Servicios o suministros proporcionados para, como preparación para o en combinación con lo siguiente:

  a. reversión de esterilización (masculina o femenina),
  b. cirugía de reasignación de género,
  c. disfunciones sexuales,
  d. fertilización *in vitro*,
  e. promoción de la fertilidad a través de tecnologías reproductivas extracoitales, incluidas, entre otras, lo siguiente:
     (1) inseminación artificial
     (2) inseminación intrauterina
     (3) mejora de la capacitación uterina mediante superovulación
     (4) inseminación intraperitoneal directa
     (5) inseminación tubárica transuterina
     (6) transferencia intratubárica de gametos

(7) transferencia de ovocitos en etapa pronuclear
(8) transferencia intratubárica de cigotos
(9) transferencia tubárica de embriones

- Servicios o suministros relacionados con el cuidado de rutina de los pies, incluida la extracción de verrugas, durezas o callos o el recorte de uñas del pie, en ausencia de una enfermedad sistémica grave.

- Servicios o suministros relacionados con el cuidado de los pies para pies planos, arcos caídos y esguinces crónicos.

- Todo enjuague bucal antiséptico o con fluoruro, colutorio, solución o preparación tópica oral recetados.

- A excepción de los medicamentos con receta y de venta libre para dejar de consumir tabaco y el asesoramiento para dejar de consumir tabaco con cobertura en este *plan*, los suministros para los programas para dejar de fumar y el tratamiento de adicción a la nicotina están excluidos.

- Servicios o suministros relacionados con tratamientos alternativos, tales como los siguientes:
  a. digitopuntura
  b. hipnotismo
  c. terapia de masajes
  d. aromaterapia

- Servicios o suministros proporcionados para las siguientes modalidades de tratamiento:
  a. tracción intersegmental
  b. electromiografías (EMG) de superficie
  c. manipulación de la columna bajo anestesia
  d. prueba muscular mediante máquinas de kinesiología computarizadas como, por ejemplo, Isostation, Digital Myograph y Dynatron

- Artículos que incluyen, entre otros:
  a. un aparato de ortodoncia u otro aparato dental
  b. férulas o vendajes provistos por un médico en un entorno no hospitalario o comprados como artículo de venta libre para el apoyo de esguinces y torceduras
  c. zapatos ortopédicos que sean una pieza separable de un aparato de soporte con cobertura; zapatos ordenados especialmente, personalizados o con elevación
  d. zapatos para yeso
  e. plantillas diseñadas para dar soporte al arco o producir cambios en el pie o en su alineación
  f. soportes para el arco
  g. medias elásticas
  h. portaligas

  NOTA: esta exclusión no se aplica a los aparatos de podiatría cuando se suministran como *equipos para la diabetes*.

- Suministros desechables o fungibles para pacientes no hospitalizados, tales como los siguientes:
  a. jeringas
  b. agujas
  c. suministros para análisis de sangre u orina (excepto si se usan en el tratamiento de la diabetes)
  d. fundas
  e. bolsas
  f. prendas elásticas
  g. medias y vendajes
  h. portaligas
  i. bolsas de ostomía

- Beneficios que superen los límites máximos de dólares, de consultas/días y del *año del plan* especificados.

- Servicios y suministros que reciba un *participante* fuera de los Estados Unidos si el *participante* viajó a dicho destino con el objeto de recibir servicios médicos, suministros médicos o medicamentos.

- *Dispositivos protésicos* de repuesto cuando se necesitan debido a una pérdida o uso indebido por parte del *participante*.

- Medicamentos con receta o sin receta para pacientes no hospitalizados (excepto los medicamentos anticonceptivos con una receta médica escrita de parte de un *profesional de la salud* según lo dispuesto en la sección **SERVICIOS MÉDICOS INCLUIDOS** de este *plan*, como se muestra en *Beneficios para servicios de atención médica preventiva*).

- Medicamentos o dispositivos anticonceptivos no recetados de uso masculino.

- Medicamentos autoadministrados surtidos o administrados por un *médico* en su consultorio.

- Medicamentos adquiridos para su uso fuera de un *hospital* que requieren una receta médica por escrito para la compra excepto medicamentos inyectables no aprobados por la FDA para la autoadministración que son administrados por o bajo la supervisión directa de un *médico* u *otro proveedor profesional*.

- Servicios o suministros no quirúrgico proporcionados para reducir la obesidad o el peso, incluso si el *participante* tiene otros problemas de salud que podrían verse favorecidos por una reducción de la obesidad o del peso.

- Según se aplique a *TRS-ActiveCare HD*, servicios o suministros proporcionados para la cirugía bariátrica. (Consulte su **PROGRAMA DE COBERTURA** correspondiente).

- Biorretroalimentación (salvo para el diagnóstico de *daño cerebral adquirido*) u otros servicios de modificación del comportamiento.

- Servicios relacionados con un servicio sin cobertura.
  Los servicios relacionados son los siguientes:

  a. servicios en preparación para el servicio sin cobertura
  b. servicios en conexión con la prestación del servicio no cubierto
  c. hospitalización requerida para brindar el servicio no cubierto
  d. servicios que normalmente son provistos después del servicio sin cobertura, tales como atención de seguimiento o terapia después de una cirugía

- Servicios o suministros proporcionados por más de un *proveedor* en el/los mismo(s) día(s), en la medida en que los beneficios se hayan duplicado.

- Servicios de salud conductual que se proporcionen en los siguientes lugares:

  a. centros de modificación del comportamiento
  b. campamentos de entrenamiento (*boot camps*)
  c. academias grupales para tratar el aspecto emocional
  d. escuelas militares
  e. escuelas de internado terapéutico
  f. programas educativos y terapéuticos de salida al campo
  g. centros de reinserción social y residencias en grupos, excepto por los servicios incluidos proporcionados por *proveedores* adecuados, tal como se describe en este certificado de beneficios

- Los siguientes servicios de análisis de salud mental (ABA, en inglés):

  a. servicios con un diagnóstico primario que no es el *Trastorno del espectro autista*
  b. servicios que son brindados por un *proveedor* que no está acreditado como corresponde. Consulte la definición de *proveedor de ABA calificado* en la sección **DEFINICIONES** de este certificado de beneficios.
  c. actividades principalmente de naturaleza educativa

d. servicios de relevo, presencia o compañía
e. cualquier otro servicio que no sea proporcionado por un *proveedor* con licencia de manera adecuada de acuerdo con los estándares de tratamiento aceptados a nivel nacional.

- Registros médicos especiales que no están directamente relacionados con el tratamiento.

- Exámenes, pruebas, vacunas y otros servicios requeridos por *empleadores*, aseguradoras, escuelas, campamentos, tribunales, autoridades con licencia, otros terceros o para viajes personales.

- Beneficios para los que usted es elegible mediante programas de ayuda social del gobierno federal, estatal o local, incluidos, entre otros, *Medicare*, Medicaid o sus sucesores.

- Atención para padecimientos que la ley federal, estatal o local requiere que sean tratados en un centro público.

- Comparecencias en audiencias judiciales y otros procedimientos judiciales, y cualquier servicio relacionado con procedimientos judiciales y administrativos o realizado en el marco de una investigación médica.

- Servicios, suministros o medicamentos que reciba un *participante* fuera de los Estados Unidos, excepto para la *atención médica de emergencia*.

- Servicios de transportación, excepto según lo que se describe en *servicios de ambulancia*, o cuando son aprobados por BCBSTX.

- Artículos personales o para comodidad, incluidos, entre otros, los siguientes:
  a. televisores
  b. teléfonos
  c. camas para invitados
  d. kits para admisión
  e. kits de maternidad y kits para recién nacidos provistos por un *hospital* u otro centro de atención médica para pacientes internados

- Habitaciones privadas, salvo que sean *médicamente necesarias* y estén autorizadas por BCBSTX. Si no hay una habitación semiprivada disponible, BCBSTX cubre una habitación privada hasta que una habitación semiprivada esté disponible.

- Servicios o suministros prestados por una institución que sea principalmente un lugar de descanso, un lugar para pacientes ancianos o cualquier institución similar.

- Equipos de lujo como los siguientes:
  a. sillas de ruedas y camas motorizadas (a menos que se determine que son *médicamente necesarias*)
  b. artículos de comodidad
  c. soportes para cama
  d. elevadores para la bañera
  e. mesas para cama
  f. purificadores de aire
  g. baños sauna
  h. equipos de ejercicio
  i. estetoscopios y esfigmomanómetros
  j. artículos *experimentales* o de investigación
  k. reemplazo, reparaciones o mantenimiento del equipo médico duradero (*DME*)

- Reparación de aparatos auditivos y pilas.

- Servicios o suministros que no se definan específicamente como *gastos elegibles* en este *plan*.

- Abortos voluntarios: la cobertura se limita a los abortos realizados debido a una complicación médica grave que pondría en peligro la salud o la vida de la madre si el embarazo llegara a término.

DEFINICIONES

Las definiciones utilizadas en este certificado de beneficios se aplican a toda la cobertura, a menos que se indique lo contrario.

Lesión accidental significa una lesión corporal accidental que tenga resulte, directa e independientemente de todas las otras causas, en atención médica necesaria inicial proporcionada por un *médico* u *otro proveedor profesional*.

Daño cerebral adquirido significa un traumatismo neurológico en el cerebro, que no es hereditario, congénito ni degenerativo. La lesión al cerebro se produce después del nacimiento y provoca una alteración de la actividad neurológica, que da lugar a un trastorno de las funciones físicas, el procesamiento sensorial, la cognición o el comportamiento psicosocial.

Enfermero de Práctica Avanzada (Advanced Practice Nurse, APN) se refiere a un enfermero profesional aprobado por la Junta de Enfermería de Texas para ejercer como un enfermero de práctica avanzada, sobre la base de que ha completado un programa educacional avanzado aceptable para la Junta. El término incluye a enfermeros profesionales, enfermeras parteras, enfermeros anestesistas y enfermeros especialistas profesionales. Un *enfermero de práctica avanzada* está preparado para ejercer un rol más amplio para proveer atención médica a personas, familias o grupos en una variedad de entornos, incluidos, entre otros, el hogar, *hospitales*, instituciones, oficinas, industrias, escuelas, agencias comunitarias, clínicas públicas y privadas y consultorios privados. Un Enfermero de Práctica Avanzada actúa independientemente o en colaboración con otros Profesionales de la salud en la prestación de servicios de atención médica.

Monto permitido significa el monto máximo que según BCBSTX es elegible para consideración de pago para un servicio, suministro o procedimiento específico.

- ***Para los Hospitales, Centros especiales de atención médica, Médicos y Otros proveedores profesionales que tengan contrato con BCBSTX en Texas u otro Plan de Blue Cross and Blue Shield***: el *monto permitido* depende de las condiciones del contrato con el *proveedor* y de la metodología de pago en vigor en la fecha del servicio. Es posible que la metodología de pago utilizada incluya grupos asociados con el diagnóstico (DRG, en inglés), cuadro tarifario, fijación de precio por paquete, fijación de precio global, viáticos, tarifas por casos, descuentos u otras metodologías de pago.
- ***Para los Hospitales, Centros especiales de atención médica, Médicos, Otros proveedores profesionales y cualquier otro proveedor que no tengan contrato con BCBSTX en Texas***: el *monto permitido* será el monto menor entre: (i) los cargos facturados del *proveedor* o (ii) el *monto permitido* sin contrato de BCBSTX. Salvo que se indique lo contrario en esta sección, el *monto permitido* sin contrato se desarrolla a partir de rembolsos base participantes de *Medicare*, ajustado por un factor predeterminado establecido por BCBSTX. Dicho factor no será inferior al 75% y excluirá cualquier ajuste de *Medicare*, el cual se basa en la información de la reclamación.

  No obstante lo dispuesto en la oración anterior, el *monto permitido* sin contrato para la *atención médica en el hogar* se desarrolla a partir de los montos base nacionales por consulta de *Medicare* para episodios LUPA (ajuste de pago por baja utilización) por tipo de disciplina de Atención médica a domicilio (Home Health) con ajuste según la duración y según un factor predeterminado establecido por BCBSTX. Dicho factor no será inferior al 75% y se actualizará periódicamente.

  Cuando una tasa de reembolso de *Medicare* no esté disponible o no se pueda determinar en función de la información presentada en la reclamación, el *monto permitido* para *proveedores* sin contrato representará una tasa promedio de contrato en total para *proveedores que forman parte de la red*, ajustado por un factor predeterminado establecido por BCBSTX. Dicho factor no será inferior al 75% y se actualizará con una periodicidad no inferior a dos años.

  BCBSTX utilizará las mismas normas o revisiones de procesamiento de reclamaciones que utiliza para procesar las reclamaciones de *proveedores de la red* en el procesamiento de las reclamaciones presentadas por *proveedores* sin contrato, lo que también puede alterar el *monto permitido* para un servicio específico. En caso de que BCBSTX no tenga ninguna norma o revisión de reclamaciones, BCBSTX puede utilizar las normas o revisiones de reclamaciones que emplea *Medicare* para el procesamiento de las reclamaciones. El *monto permitido* no incluirá ningún pago adicional que pueda estar permitido de conformidad con las leyes o regulaciones de *Medicare* que no se atribuyan directamente a una reclamación específica, incluidos, entre otros, partes desproporcionadas y pagos por educación médica de grado.

Cualquier cambio en el monto de rembolso de *Medicare* será implementado por BCBSTX dentro de los noventa (90) días posteriores a la *fecha de entrada en vigor* en la que dicho cambio es implementado por los Centros de Servicios de *Medicare* y Medicaid (CMS), o su sucesor.

El *monto permitido* para proveedores sin contrato no equivale a los cargos facturados del *proveedor* y los *participantes* que reciban servicios de un *proveedor* sin contrato serán responsables de la diferencia entre el *monto permitido* para proveedores sin contrato y el cargo facturado del *proveedor* sin contrato, y esta diferencia podría ser considerable. Para conocer el *monto permitido* para proveedores sin contrato de BCBSTX para un servicio en particular, los *participantes* pueden llamar a su Guía de salud personal al 1-866-355-5999.

- ***Para cirugías múltiples:*** el monto permitido para todos los procedimientos quirúrgicos realizados al mismo paciente el mismo día será el monto del procedimiento único con el monto permitido más alto, más un porcentaje determinado del monto permitido para cada uno de los demás procedimientos con cobertura realizados.
- ***Para procedimientos, servicios o suministros provistos a destinatarios de Medicare***: el *monto permitido* no superará el cargo límite de *Medicare*.

Período de inscripción anual se refiere al período designado por el *grupo* que precede a la siguiente *fecha de aniversario del plan* durante la cual los *participantes* pueden inscribirse para obtener cobertura.

Trastorno del espectro autista (ASD) es un *trastorno neurobiológico* que incluye el autismo, el síndrome de Asperger o trastornos generalizados del desarrollo que no se especifiquen de otro modo. Un *trastorno neurobiológico* es una enfermedad del sistema nervioso causada por factores genéticos o metabólicos u otros factores biológicos.

Profesional en salud conductual significa un *médico* u *otro proveedor profesional* que brinda servicios de *atención de la salud mental*, *enfermedad mental grave* o Trastorno por consumo de sustancias, únicamente según se indica en el presente certificado de beneficios.

Coordinación de servicios médicos se refiere a las actividades organizadas de atención médica basadas en la información con el objetivo de facilitar las respuestas adecuadas para las necesidades de atención médica del Asegurado a lo largo de la atención médica.

Tarifa del coordinador de servicios médicos significa un monto fijo pagado por un Plan Blue Cross o Blue Shield a los *proveedores* de manera periódica por la *coordinación de servicios médicos* según un Programa basado en el valor.

Ciertos procedimientos de diagnóstico significa:

- gammagrafía ósea
- prueba de esfuerzo cardíaco
- tomografía computarizada (con o sin contraste)
- imagen por resonancia magnética (MRI)
- mielografía
- tomografía por emisión de positrones (PET)

Servicios quiroprácticos significa cualquiera de los siguientes servicios, suministros o tratamientos provistos por o realizados bajo la dirección de un Doctor en quiropráctica que actúa dentro del alcance de su licencia: servicios generales de consultorio, servicios generales provistos en un centro para pacientes no hospitalizados, radiografías, suministros y tratamiento físico. El tratamiento físico incluye terapia ocupacional funcional, fisioterapia, mecanoterapia, terapia con manipulación muscular e hidroterapia.

Administrador de reclamaciones significa Blue Cross and Blue Shield of Texas, una División de Health Care Service Corporation. BCBSTX asumió solo la autoridad y discreción otorgada por el *empleador* para interpretar las estipulaciones del plan y las determinaciones de los beneficios.

Ecología clínica es el diagnóstico o tratamiento de síntomas alérgicos para pacientes internados o no hospitalizados mediante:

- pruebas de citotoxicidad (se comprueba si los alimentos o el inhalante reducen o matan los glóbulos blancos),
- autoinyección de orina (el paciente se inyecta su propia orina en los tejidos del cuerpo),
- irritación de la piel a través del método Rinkel,
- pruebas de provocación y neutralización subcutánea (se inyecta al paciente con alérgenos),
- prueba de provocación sublingual (se colocan gotas de extractos alergénicos en la boca).

Coseguro significa el porcentaje que le corresponde pagar al *participante* por *gastos elegibles* para servicios y suministros, después de que se haya alcanzado el *deducible*. Por lo general es un porcentaje del *monto permitido*.

Complicaciones en el embarazo significa lo siguiente:

- Condiciones médicas (cuando el embarazo no es terminado) cuyos diagnósticos difieren del de un embarazo, pero que el embarazo afecta de manera adversa o son condiciones causadas por el embarazo, tales como:
  a. nefritis aguda
  b. nefrosis
  c. descompensación cardíaca
  d. aborto retenido
  e. condiciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, pero *no deberán incluir*:
     (1) parto falso
     (2) sangrado ocasional
     (3) descanso durante la gestación recetado por el médico
     (4) náuseas matutinas
     (5) hiperémesis gravídica
     (6) preeclampsia
     (7) problemas similares asociados con el control de un embarazo dificultoso que no constituyen una complicación del embarazo distintiva en términos nosológicos, y
- cesárea no electiva
- interrupción de un embarazo ectópico
- interrupción espontánea del embarazo, que tenga lugar durante un período de la gestación en el cual un nacimiento viable no es posible.

Centro con contrato es un *hospital*, un *centro especial de atención médica* o cualquier otro centro o institución con el que BCBSTX haya suscrito un contrato por escrito para brindar atención, servicios o suministros médicos dentro del alcance de su licencia para los beneficios disponibles conforme a su seguro de gastos médicos.

Un *centro con contrato* también incluirá un *hospital* o un *centro especial de atención médica* ubicado fuera del Estado de Texas, y con el que cualquier otro Plan de Blue Cross haya celebrado tal contrato por escrito; estableciéndose, sin embargo, que si cualquiera de esos centros no cumple con todos y cada uno de los requisitos indicados en la definición de tal institución o centro según lo establecido en su seguro de gastos médicos, será considerado un *centro sin contrato*, independientemente de si existe o no un contrato escrito con otro Plan de Blue Cross.

Mes de contrato significa el período de cada mes subsiguiente a partir de la fecha de entrada en vigor del Acuerdo de Servicios Administrativos.

Sustancia controlada es un agente químico volátil del que se puede abusar, según lo define el Código de Salud y Seguridad de Texas, o una sustancia definida como *sustancia controlada* en el Código de Salud y Seguridad de Texas.

Copago significa el pago, expresado en dólares, que tiene que realizar el *participante* o una persona en su nombre por determinados servicios en el momento de la prestación de los mismos.

Cirugía plástica, cosmética o reconstructiva es la cirugía que:

- se puede esperar que mejore la apariencia física de un *participante* o que tenga ese objetivo;
- se realiza con fines psicológicos;
- restaura la forma, pero no corrige ni restaura sustancialmente una función corporal.

Cirugía bucal con cobertura son los procedimientos quirúrgicos maxilofaciales que se limitan a lo siguiente:

- la extirpación de neoplasias no relacionadas con los dientes, incluidos los tumores y quistes benignos y todas las lesiones y crecimientos malignos y premalignos;
- el tratamiento quirúrgico y diagnóstico de problemas que afecten la articulación temporomandibular (incluida la mandíbula y la articulación craneomandibular) como resultado de un accidente, traumatismo, anomalía congénita, anomalía del desarrollo o una patología;
- la incisión y drenaje de abscesos faciales;
- los procedimientos quirúrgicos que impliquen las glándulas y los conductos salivales, y los procedimientos no dentales de los senos accesorios.

Centro o unidad de estabilización de crisis es una institución que posee licencia o acreditación como *centro o unidad de estabilización de crisis* para la prestación de *servicios de salud mental* y servicios para *enfermedades mentales graves* a personas que presenten una crisis psiquiátrica aguda demostrable de proporciones moderadas a graves.

Cuidado personal no médico son los servicios que se brindan principalmente para la comodidad o conveniencia personal, que brindan una atención general de mantenimiento, preventiva o de protección, pero sin una probabilidad clínica de mejora de la enfermedad. Los Servicios de cuidado personal no médico también son aquellos servicios que no requieren de habilidades técnicas, capacitación profesional ni capacidad de evaluación clínica de personal médico o de enfermería para que el servicio se realice en forma segura y eficiente. Estos servicios pueden ser prestados de forma segura por personal no profesional capacitado o capaz, y consisten en ayudar a satisfacer las necesidades médicas de rutina (como atención simple y cambio de vendas, administración de medicamentos de rutina, etc.) y asistir en las actividades de la vida cotidiana (como bañarse, comer, vestirse, etc.).

Deducible significa el monto en dólares de *gastos elegibles* en los que un *participante* tiene que incurrir antes de que estén disponibles los beneficios conforme a su seguro de gastos médicos.

Derechohabiente significa su cónyuge según lo definido por la ley aplicable o todo *hijo* incluido en su seguro de gastos médicos que:

- se encuentre por debajo de la edad límite de *hijo derechohabiente*, como se indica en su **PROGRAMA DE COBERTURA**;
- sea un *hijo* de cualquier edad que esté médicamente certificado como discapacitado y dependa del padre para su manutención (siempre y cuando haya tenido cobertura antes de alcanzar la edad límite para *derechohabiente*).

Hijo significa:

a. su *hijo* natural;
b. su *hijo* adoptado legalmente, incluido un *niño* en proceso de adopción en donde el *participante* es una de las partes de ese proceso de adopción de ese *niño*;
c. su hijastro;
d. un *menor* bajo custodia provisional (*forster child*);
e. un *hijo* de su *hijo* que es su derechohabiente, a los fines de los impuestos federales sobre los ingresos, en el momento en que se realiza la solicitud de cobertura para el *hijo* de su *hijo*;

f. un *niño* que no esté incluido en la lista anterior:

(1) cuya residencia principal sea el hogar de usted;
(2) del que usted sea tutor legal o pariente consanguíneo o por matrimonio;
(3) que dependa de usted para más de la mitad de su manutención tal como lo define el Código de Impuestos Internos de los Estados Unidos.

A efectos de este *plan*, el término *derechohabiente* también incluirá a aquellas personas que ya no cumplan con la definición de *derechohabiente*, pero que son beneficiarios bajo la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés).

Servicios de nutrición significa la educación, asesoramiento o enseñanza para un *participante* (inclusive el material impreso) en lo que respecta a lo siguiente:

- dieta
- regulación o control de la dieta
- evaluación o gestión de la nutrición

Equipo médico duradero (DME, en inglés) significa aquel equipo que puede resistir un uso reiterado, que se usa principal y generalmente con fines médicos, que por lo general no le es útil a alguien que no presenta una enfermedad o lesión y que es apropiado para su uso en el hogar.

Proveedor de equipo médico duradero es un *proveedor* que proporciona suministros terapéuticos y equipo de rehabilitación y que cuenta con acreditación por parte de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (*Commission on Accreditation of Health Care Organizations*).

Fecha de entrada en vigor significa la fecha en que realmente comienza la cobertura para un *participante*. Puede ser diferente de la *fecha de elegibilidad*.

Fecha de elegibilidad se refiere a la fecha en que el *participante* es elegible para recibir cobertura conforme a su seguro de gastos médicos, tal como se describe en la sección **QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS** de este certificado de beneficios.

Gastos elegibles son los *gastos de hospitalización*, los gastos médico-quirúrgicos, los *gastos de atención médica a largo plazo* y los **Gastos de prestaciones especiales**, tal como se describen en este certificado de beneficios.

Atención médica de emergencia significa aquellos servicios de atención médica proporcionados en el centro de emergencias de un *hospital* (sala de emergencias), en un centro independiente de atención médica de emergencia o un centro comparable para evaluar y estabilizar las condiciones médicas de aparición y gravedad recientes, incluidos, entre otros, dolores extremos, que llevarían a una persona prudente, con conocimientos medios de medicina y salud, a pensar que el problema, enfermedad o lesión de la persona es de naturaleza tal que el hecho de no buscar atención médica inmediata podría:

- poner la salud del paciente en grave peligro
- generar un trastorno grave de las funciones corporales
- provocar disfunción grave de órganos o partes del cuerpo
- provocar una desfiguración grave
- en el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud del feto

Empleador significa los distritos escolares públicos de Texas que participan en el Sistema de jubilación de maestros (*Teacher Retirement System*, TRS).

Sensibilidad medioambiental significa el tratamiento de síntomas alérgicos para pacientes hospitalizados o no hospitalizados mediante:

- un entorno controlado
- desinfección de los alrededores, eliminación de materiales tóxicos
- uso de técnicas alimentarias especiales que no sean orgánicas ni repetitivas

Experimental/Investigativo significa el uso de cualquier tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo o suministro no aceptado como *tratamiento médico estándar* para problema médico en tratamiento y que cualquiera de esos artículos requiere la aprobación de una agencia federal o de otra agencia gubernamental, aprobación que al momento de prestar los servicios no ha sido otorgada.

Aprobación de una agencia Federal significa que el tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo o suministro ha recibido la aprobación para el problema médico en tratamiento y, en el caso de un medicamento, para la dosis que se utilizó en el paciente. La aprobación de una agencia federal será tomada en consideración por BCBSTX para evaluar el estado *experimental/investigativo*, pero no será determinante.

Según se utiliza en el presente, el término *tratamiento médico* incluye tratamiento médico, quirúrgico o dental.

Tratamiento médico estándar significa los servicios o suministros que son de uso general en la comunidad médica en los Estados Unidos, y que:

- se ha demostrado en la bibliografía revisada por pares que han establecido a nivel científico un valor médico para curar o aliviar el problema médico en tratamiento;
- son adecuados para el *hospital* o *centro especial de atención médica* en donde se utilizaron; y
- el *médico* u *otro proveedor profesional* ha tenido la capacitación y la experiencia adecuadas para proveer el tratamiento o procedimiento.

BCBSTX, para su seguro de gastos médicos, determinará si un tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo o suministro es *experimental/investigativo*, y considerará factores tales como las pautas y prácticas de *Medicare*, Medicaid u otros programas financiados por el gobierno y la aprobación por parte de una agencia federal al momento de tomar la determinación. BCBSTX puede tomar determinaciones sobre la base de datos clínicos que respalden la eficacia médica de un procedimiento o artículo que no ha sido probado como un dispositivo médico.

Aunque un *médico* u *otro proveedor profesional* pueda haber recetado un tratamiento, y los servicios o suministros se puedan haber suministrado como tratamiento de último recurso, aun así BCBSTX puede determinar que tales servicios o suministros son *experimentales/investigativos* dentro de esta definición. El tratamiento suministrado como parte de un ensayo clínico o estudio de investigación clínica es *experimental/investigativo*.

Gastos de atención médica a largo plazo significa el *monto permitido* de cargos incurridos por servicios y suministros *médicamente necesarios* proporcionados por un *centro de enfermería especializada*, una *agencia de atención médica a domicilio* o un *centro para pacientes terminales*, tal como se describe en la sección **Gastos de atención médica a largo plazo** de este certificado de beneficios.

Ambulancia aérea de ala fija significa un avión especialmente equipado que se utiliza para el transporte de ambulancia.

Grupo significa el Sistema de jubilación de maestros de Texas (TRS, en inglés) que ha celebrado un Acuerdo de Servicios Administrativos con BCBSTX, en virtud del cual BCBSTX proporcionará o coordinará servicios médicos para los *participantes* elegibles del *grupo* que se inscriban.

Profesional de la salud significa un Enfermero de práctica avanzada, un Doctor en medicina, un Doctor en odontología, un Asistente médico, un Doctor en osteopatía, un Doctor en pediatría u otra persona profesional con autoridad para emitir recetas médicas.

HIPAA significa Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996.

Agencia de atención médica a domicilio significa un negocio que proporciona *atención médica en el hogar* y está licenciado, aprobado o certificado por una agencia adecuada del estado en el que se ubica o está certificado por *Medicare* como un proveedor de *atención médica en el hogar*.

Atención médica en el hogar significa los servicios de atención médica para los que se proporcionan beneficios según su seguro de gastos médicos cuando dichos servicios se proporcionan durante una visita de una *agencia de atención médica a domicilio* a pacientes confinados en el hogar debido a una enfermedad o lesión que requiera servicios de salud especializados de forma intermitente y a tiempo parcial.

Terapia de infusión en el hogar significa la administración de líquidos, nutrición o medicamentos (incluyendo todos los aditivos y la quimioterapia) mediante infusión intravenosa o gastrointestinal (enteral) o por inyección intravenosa en el hogar. La *terapia de infusión* en el hogar deberá incluir lo siguiente:

- medicamentos y soluciones intravenosas
- servicios de elaboración de fórmulas magistrales y dispensación de una farmacia
- todo el equipo y suministros auxiliares necesarios por la terapia definida
- servicios de entrega
- formación para el paciente y los familiares
- servicios de enfermería

Los productos de venta libre que no requieran la receta de un médico o de *otro proveedor profesional*, incluidos, entre otros, las fórmulas nutricionales estándar empleadas en la terapia de nutrición enteral, no se incluyen en esta definición.

Proveedor de terapia de infusión en el hogar es una entidad debidamente licenciada por la agencia estatal correspondiente para proveer *terapia de infusión en el hogar*.

Centro para pacientes terminales son centros o agencias dedicadas principalmente a proporcionar servicios de enfermería especializada y otros servicios terapéuticos para pacientes terminales, y que:

- tienen licencia de acuerdo con las leyes estatales (cuando las leyes estatales proporcionen esas licencias)
- están certificados por *Medicare* como proveedores de *cuidados para pacientes terminales*.

Cuidados para pacientes terminales son los servicios para los que se ofrecen beneficios conforme a su seguro de gastos médicos cuando se ofrecen por parte de un *centro para pacientes terminales* a pacientes confinados en su casa o en un *centro para pacientes terminales* debido a una enfermedad o lesión terminal que requiere servicios especializados de atención médica.

Hospital es un centro de atención médica aguda a corto plazo que:

- cuenta con la debida licencia como *hospital* en el estado en el que se ubica y cumple con la normativa establecida para el otorgamiento de dicha licencia, y que está acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o está certificado como *proveedor de servicios hospitalarios* por *Medicare*;
- su cometido principal es proporcionar servicios de diagnóstico y terapéuticos para pacientes internados para el diagnóstico, tratamiento y atención de personas enfermas o lesionadas bajo la supervisión de *médicos* o de *profesionales en salud conductual*, por una compensación de sus pacientes;
- tiene departamentos organizados de medicina y cirugía mayor, ya sea en sus instalaciones o en centros que están disponibles para el *hospital* por acuerdo contractual preestablecido, y mantiene registros clínicos de todos los pacientes;
- brinda servicios de enfermería las 24 horas bajo la supervisión de un *enfermero profesional*;
- tiene un Plan para la revisión de la utilización del *hospital* en vigor.

Admisión hospitalaria es el período entre el momento en el que un *participante* ingresa en un *hospital* o en un *centro para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias* como *Paciente interno* y el momento en el que el *médico*, *profesional en salud conductual* u *otro proveedor profesional* que lo admitió interrumpe la atención como paciente interno u otorga el alta médica, lo que ocurra primero. Para determinar la duración de una *admisión hospitalaria* se tendrá en cuenta la fecha de ingreso y no la fecha del alta o partida.

Paciente interno se refiere a la hospitalización en una habitación de un *centro para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias* durante 24 horas o en una habitación ubicada en una sección de un *hospital* que está diseñada, cuenta con personal y funciona para proveer atención *hospitalaria* aguda de corto plazo durante 24 horas; el plazo no incluye el confinamiento en una parte del *hospital* (que no sea un *centro para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias*) que está diseñada, cuenta con personal y funciona para proporcionar atención institucional a largo plazo en régimen residencial.

Tarjeta de asegurado (ID Card, en inglés) se refiere a la tarjeta del seguro de gastos médicos que BCBSTX emite al *participante* y que indica la información pertinente aplicable a su cobertura.

Centro de diagnóstico por imágenes es un *proveedor* que puede ofrecer servicios técnicos o totales con respecto a los servicios de diagnóstico por imágenes y que tiene licencia a través del *Certificado de Registro de Equipos y/o la Licencia de Materiales Radioactivos del Departamento de Servicios de Salud Estatal*.

Laboratorio independiente es un laboratorio certificado por *Medicare* que proporciona servicios de laboratorios anatómicos y/o clínicos técnicos y profesionales.

Infertilidad significa la condición de un *participante* presuntamente saludable que no puede concebir tras el período de un año de relaciones sexuales heterosexuales frecuentes y sin protección. Esto no incluye las condiciones médicas de *participantes* masculinos cuando la causa es una vasectomía u orquiectomía, ni de las *participantes* femeninas cuando la causa es una ligadura de trompas o histerectomía.

Sala de infusiones es un lugar de tratamiento como alternativa a un *hospital* y a sitios de infusión en clínicas, donde se puede realizar la infusión de medicamentos especializados.

Terapia de infusión significa la administración de medicamentos mediante una aguja o sonda. Se receta cuando el estado del paciente es tan grave que no puede ser tratado eficazmente mediante medicamentos orales. Normalmente, "*terapia de infusión*" se refiere a que un medicamento se administra por vía intravenosa, pero el término también puede referirse a situaciones en las que los medicamentos se administran por otras vías no orales, como inyecciones intramusculares y vías epidurales (en las membranas que rodean la espina dorsal). La terapia de infusión, en la mayoría de los casos, requiere los servicios de un profesional de la salud para que la administración del medicamento sea segura y eficaz.

Beneficios que forman parte de la red significa los beneficios disponibles conforme a su seguro de gastos médicos para servicios y suministros proporcionados por un *proveedor que forma parte de la red* o, si corresponde, por un *proveedor que no forma parte de la red* cuando esté reconocido por BCBSTX.

Gastos de hospitalización significa el *monto permitido* en el que se incurra por los artículos de servicio o suministro *médicamente necesarios* que se enumeran a continuación para la atención médica de un *participante*, siempre que dichos artículos:

- se ofrezcan bajo la dirección o por receta de un *médico*, un *profesional en salud conductual* u *otro proveedor*;
- se proporcionen en un *hospital* o en un *centro para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias*;
- se prescriban para el *participante* y este los use durante una *admisión hospitalaria*.

Se considerará que se ha incurrido en un gasto en la fecha de prestación del servicio para el que se hizo el cargo. Los gastos hospitalarios incluirán lo siguiente:

- cargos de habitación; si el *participante* se aloja en una habitación privada, el monto del cargo de habitación que supere el cargo promedio de una habitación semiprivada del *hospital no* se considera un *gasto elegible*;
- todos los demás servicios habituales en *hospitales*, incluidos fármacos y medicamentos, que sean *médicamente necesarios* y coherentes con la condición médica del *participante*; los artículos personales *no* se consideran un *gasto elegible*.

La *atención médica de salud mental* o el tratamiento de una *enfermedad mental grave* Médicamente necesarios y proporcionados en un *centro de tratamiento psiquiátrico diurno*, un *centro residencial de tratamiento* o un *centro residencial de tratamiento para niños y adolescentes*, en lugar de la hospitalización, se considerará un *gasto de hospitalización*.

Programa intensivo para pacientes no hospitalizados se refiere a un programa independiente o de *hospital* que provee servicios durante al menos tres horas al día, dos o más días a la semana, para tratar una enfermedad mental, una adicción a las drogas, un trastorno por consumo de sustancias o alcoholismo, o se especializa en el tratamiento de una enfermedad mental con adicción a las drogas, consumo de sustancias o alcoholismo coexistentes.

Estos programas ofrecen evaluaciones, tratamiento y servicios de planificación del alta médica integrados y alineados para el tratamiento de problemas de salud coexistentes severos o complejos, que hacen que sea muy poco probable que los *participantes* se beneficien de programas que se centran exclusivamente en enfermedades mentales.

Enfermedad o condición médica que pone en riesgo la vida significa, a efectos de un ensayo clínico, cualquier enfermedad o condición que pueda provocar la muerte, a menos que se interrumpa su curso.

Terapia para matrimonios y familias significa la prestación de servicios de terapia profesional a personas, familias o parejas casadas, individualmente o en grupos, e implica la aplicación profesional de teorías de sistemas familiares y técnicas en la entrega de servicios terapéuticos para estas personas. El término incluye la evaluación y tratamiento de disfunciones cognitivas, afectivas, conductuales o relacionales en el contexto del matrimonio o los sistemas familiares.

Atención durante la maternidad significa la atención y los servicios proporcionados para el tratamiento de la condición de embarazo, que no sean *complicaciones en el embarazo*.

Gastos médico-quirúrgicos significa el *monto permitido* por los cargos incurridos por los artículos de servicio o suministro *médicamente necesarios* que se mencionan a continuación para la atención médica de un *participante*, siempre que dichos artículos:

- se ofrezcan bajo la dirección o por receta de un *médico*, un *profesional en salud conductual* u *otro proveedor*;
- no se incluyan como *gasto de hospitalización* o *gasto de atención médica a largo plazo* en su seguro de gastos médicos.

Un servicio o suministro se prescribe bajo la dirección de un *médico*, *profesional en salud conductual* u *otro proveedor profesional* si el servicio o suministro indicado:

- lo proporciona una persona que trabaja para el *médico*, *profesional en salud conductual* u *otro proveedor profesional* que dirige el servicio o suministro;
- se proporciona en el lugar de trabajo habitual del *médico*, *profesional en salud conductual* u *otro proveedor profesional* que dirige el servicio o suministro;
- es facturado al paciente por el *médico*, *profesional en salud conductual* u *otro proveedor profesional* que dirige el servicio o suministro.

Se habrá incurrido en un gasto en la fecha de prestación del servicio para el cual se realiza un cargo.

Médicamente necesario o de **Necesidad médica** significa los servicios o suministros incluidos en su seguro de gastos médicos que:

- sean esenciales, coherentes y suministrados para el diagnóstico o el cuidado y tratamiento directos de la condición médica, la enfermedad, el trastorno, la lesión o la disfunción corporal;
- sean provistos de conformidad y en coherencia con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica en los Estados Unidos;
- no sean principalmente para la conveniencia del *participante*, su *médico*, el *profesional en salud conductual*, el *hospital* u *otro proveedor*;
- sean los suministros o niveles de servicio más económicos adecuados para el tratamiento seguro y efectivo del *participante*.

  Si se aplica a la hospitalización, esto además significa que el *participante* necesita atención aguda como paciente interno debido a la naturaleza de los servicios proporcionados o a la condición del *participante*, y que el *participante* no puede recibir una atención adecuada y segura como paciente no hospitalizado. BCBSTX no determina el plan de tratamiento ni si se reciben servicios de atención médica específicos. La decisión con respecto al plan de tratamiento y la recepción de servicios de atención médica determinados es un asunto exclusivamente entre el *participante*, su *médico*, el *profesional en salud conductual*, el *hospital* u *otro proveedor*.

El personal médico de BCBSTX determinará si un servicio o suministro es *de necesidad médica* conforme a su seguro de gastos médicos y considerará las opiniones de las comunidades médicas nacionales y del estado, las pautas y prácticas de *Medicare*, Medicaid u otros programas financiados por el gobierno y la bibliografía revisada por pares. Aunque un *médico*, *profesional en salud conductual* u otro *proveedor profesional* hayan recetado un tratamiento, es posible que dicho tratamiento no sea *de necesidad médica* en virtud de esta definición.

Medicare significa el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y todas sus enmiendas.

Servicios de salud mental significa uno o más de los siguientes servicios:

- el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, trastorno, o problema mental enumerado en *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría*, en su versión revisada, o cualquier otro sistema de codificación diagnóstica que utilice BCBSTX, independientemente de si la causa de la enfermedad, trastorno o problema es de naturaleza física, química o mental;

- el diagnóstico o tratamiento de cualquier síntoma, problema, enfermedad o trastorno por parte de un *médico*, un *profesional en salud conductual* u *otro proveedor profesional* (o cualquier persona que trabaje bajo la dirección o la supervisión de un *médico*, un *profesional en salud conductual* u *otro proveedor profesional*) cuando el *gasto elegible* sea:

  a. psicoterapia individual, grupal, familiar o conjunta,
  b. asesoramiento,
  c. psicoanálisis,
  d. pruebas y evaluaciones psicológicas,
  e. la administración o el monitoreo de medicamentos psicotrópicos,
  f. consultas al hospital (si corresponde) o consultas en un centro indicado en el punto 5 a continuación,

- tratamiento electroconvulsivo,
- medicamentos psicotrópicos,
- cualquiera de los servicios indicados en los puntos 1 a 4 anteriores, que se lleven a cabo en o por un *hospital*, un *centro especial de atención médica*, u otro centro o unidad autorizada que proporcione dicha atención médica.

Obesidad mórbida significa un índice de masa corporal (BMI, en inglés) mayor o igual a 40 kg/metros^2 o un BMI mayor o igual a 35 kg/metros^2 con, al menos, dos de las siguientes condiciones con comorbilidad que no han respondido a un control médico máximo y que, generalmente, se espera que se reviertan o mejoren con un tratamiento bariátrico:

- hipertensión
- dislipemia
- diabetes tipo 2
- enfermedad cardíaca de las arterias coronarias
- apnea del sueño

Acuerdo negociado para cuentas nacionales es un acuerdo negociado entre uno o más planes Blue Cross y/o Blue Shield para cualquier cuenta nacional que no se proporcione a través del Programa BlueCard.

Red consiste en *médicos*, *profesionales en salud conductual*, *otros proveedores profesionales*, *hospitales* y otros centros identificados que hayan firmado acuerdos con BCBSTX (y, en algunos casos, con otros planes de Blue Cross y/o Blue Shield participantes) para participar en un acuerdo de atención médica administrada.

Proveedor que forma parte de la red es un *hospital*, *médico*, *profesional en salud conductual* u *otro proveedor* que ha firmado un acuerdo con BCBSTX (y, en algunos casos, con otros planes de Blue Cross y/o Blue Shield participantes) para participar como *proveedor* de atención médica administrada.

Prueba neuropsicológica significa la administración de un conjunto integral de pruebas para evaluar las fortalezas y debilidades neurocognitivas, conductuales y emocionales, así como sus relaciones con el funcionamiento normal y anormal del sistema nervioso central.

Centro sin contrato es un *hospital*, un *centro especial de atención médica* o cualquier otro centro o institución que no ha firmado un contrato por escrito con BCBSTX para la prestación de atención, servicios o suministros para los que su seguro de gastos médicos ofrece beneficios. Cualquier *hospital*, *centro especial de atención médica*, centro o institución que tenga un contrato por escrito con BCBSTX que haya expirado o haya sido cancelado es un *centro sin contrato*.

Otro proveedor significa una persona o entidad, que no sea un *hospital* o un *médico*, que tenga la licencia correspondiente para ofrecer a un *participante* un artículo de servicio o suministro descrito en este documento como *gastos elegibles*. *Otro proveedor* incluirá lo siguiente:

- **Centro especial de atención médica:** una institución o entidad, según lo que aparece a continuación únicamente:
  a. centro para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias
  b. centro o unidad de estabilización de crisis
  c. proveedor de equipo médico duradero
  d. agencia de atención médica a domicilio
  e. proveedor de terapia de infusión en el hogar
  f. centro para pacientes terminales
  g. centro de diagnóstico por imágenes
  h. laboratorio independiente
  i. proveedor de prótesis/ortótica
  j. centro de tratamiento psiquiátrico diurno
  k. centro de diálisis renal
  l. centro residencial de tratamiento para niños y adolescentes
  m. centro de enfermería especializada
  n. *centro terapéutico*

- **Otro proveedor profesional:** una persona o proveedor, únicamente según la lista a continuación, siempre que actúe según el alcance de su licencia y que disponga de una certificación adecuada:
  a. Enfermero de práctica avanzada (APN)
  b. Curandero de la ciencia cristiana
  c. Doctor en quiropráctica
  d. Doctor en odontología
  e. Doctor en optometría
  f. Doctor en podiatría
  g. Doctor en psicología
  h. Acupunturista con licencia
  i. Audiólogo con licencia
  j. Consejero licenciado en el trastorno por consumo de sustancias
  k. Dietista certificado
  l. Profesional con licencia en el ajuste y dispensación de instrumentos de audición
  m. Terapeuta profesional para parejas y familias
  n. Trabajador social clínico profesional
  o. Terapeuta ocupacional con licencia
  p. Fisioterapeuta con licencia
  q. Consejero profesional
  r. Patólogo con licencia en terapia del habla
  s. Asistente quirúrgico certificado
  t. Partera
  u. Primer asistente de enfermería
  v. Asistente médico
  w. Psicólogos asociados (*Phychological Associates*) que trabajan bajo supervisión de un Doctor en psicología

En los estados en los que existan requisitos de licenciamiento, otros *proveedores* tienen que obtener la licencia de la agencia administrativa estatal correspondiente.

Fuera del área significa que no se encuentra dentro del *área de servicio*.

Beneficios que no forman parte de la red significa los beneficios disponibles conforme a su seguro de gastos médicos para servicios y suministros proporcionados por un *proveedor que no forma parte de la red*.

Proveedor que no forma parte de la red son los *hospitales*, *médicos*, *profesionales en salud conductual* u *otros proveedores* que no han firmado un acuerdo con BCBSTX (o con otro plan de Blue Cross y/o Blue Shield) como *proveedor* de atención médica administrada.

Gasto máximo de bolsillo significa el monto acumulativo en dólares de *gastos elegibles*, incluido el *deducible* del *año del plan*, en los que incurra el *participante* durante un *año del plan*.

Servicios anticonceptivos para pacientes no hospitalizados son las consultas, exámenes, procedimientos o servicios médicos que se ofrecen a pacientes no hospitalizados y que están relacionados con el uso de un medicamento o dispositivo diseñado para evitar el embarazo.

ParPlan significa un programa abierto a *médicos, profesionales en salud conductual, otros proveedores profesionales, hospitales* y otros centros que han celebrado un acuerdo con BCBSTX para aceptar el *monto permitido* (que se paga directamente a ellos) y no facturar a los *participantes* por encima del *monto permitido*.

Participante significa un empleado, cónyuge o *derechohabiente* cuya cobertura haya entrado en vigor bajo este *plan*.

Servicios de medicina física se refiere a aquellas modalidades, procedimientos, pruebas y mediciones que se indican en el *Physicians' Current Procedural Terminology Manual* (Manual de terminología de procedimientos actuales de los médicos), ya sea que el servicio o el suministro sea proporcionado por un *médico* u *otro proveedor profesional*, e incluye, entre otros:

- terapia física
- terapia ocupacional

- compresas frías o calientes
- hidromasaje
- diatermia
- estimulación eléctrica
- masaje
- ultrasonido
- manipulación
- pruebas musculares o de fuerza
- capacitación ortótica y protésica

Médico es una persona que es Doctor en medicina o Doctor en osteopatía y actúa dentro del alcance de su licencia.

Plan se refiere al seguro de gastos médicos grupal de autoseguro establecido para el beneficio de sus *participantes* ya sea que el plan esté sujeto a las normas y regulaciones de la Ley para la Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, en inglés) o, para planes eclesiásticos o gubernamentales, donde el cumplimiento es voluntario.

Fecha de aniversario del plan se refiere al día, el mes y el año del período de 12 meses posterior a la *fecha de entrada en vigor del plan* y la fecha correspondiente en cada año posterior mientras este certificado de beneficios esté vigente.

Fecha de entrada en vigor del plan es la fecha en la que se inicia la cobertura con BCBSTX para el *plan del empleador*.

Mes del plan significa cada período mensual calendario posterior después de la *fecha de entrada en vigor del plan*.

Área de servicio del plan significa el área o las áreas geográficas en las que se ofrece y está disponible una *red* de *proveedores*, y se utiliza para determinar la elegibilidad para beneficios del **Plan de atención médica administrada**.

Patrocinador del plan se refiere al Sistema de jubilación de maestros de Texas como fideicomisario del Programa de beneficios grupales para empleados de escuelas públicas de Texas (*Texas Public School Employees Group Benefits Program*).

Año del plan se refiere al período para TRS-ActiveCare que comienza el 1 de septiembre y finaliza el 31 de agosto de cada año.

Autorización previa significa el proceso que determina con anticipación la *necesidad médica* o la naturaleza *experimental o de investigación* de ciertos cuidados y servicios en virtud de este Plan.

***Copago* por atención médica básica** significa el pago, expresado en dólares, que se debe efectuar por parte de o en representación de un *participante* por el cargo de cada visita al consultorio en el que usted incurra cuando se presten servicios por parte de un profesional en medicina para la familia, un obstetra o ginecólogo, un pediatra, un *profesional en salud conductual*, un internista, y un Asistente médico o un Enfermero de práctica avanzada que trabaje bajo la supervisión de uno de estos *médicos* enumerados.

Profesional médico principal (Médico de cabecera o PCP) es un *médico* u *otro proveedor profesional* que ha firmado un acuerdo con BCBSTX (y, en algunos casos, con otros planes de Blue Cross y/o Blue Shield participantes) para participar como *proveedor* de atención médica administrada de un *profesional* en medicina para la familia, obstetra o ginecólogo, pediatra, *profesional en salud conductual*, internista, o un Asistente médico (PA) o Enfermero de práctica avanzada (APN) que trabaje bajo la supervisión de uno de estos médicos enumerados.

Prueba de pérdida significa la evidencia escrita de una reclamación que incluya:

- el formulario en el que se hace la reclamación,
- las facturas y los estados de cuenta que muestren los servicios y los artículos proporcionados al *participante*, así como los montos cargados por dichos servicios y artículos que se incluyen en la reclamación,
- los códigos de diagnóstico y códigos de procedimiento correctos de los servicios y los artículos.

Dispositivos de prótesis significa aparatos artificiales, tales como ojos o extremidades, brazos o aparatos prostéticos u ortopédicos similares, que sustituyan todo o parte de un órgano corporal ausente (incluido el tejido contiguo) o sustituyan toda o parte de la función de un órgano corporal que no funciona bien o que está inoperativo permanentemente (excepto los aparatos dentales y la sustitución de lentes para cataratas). A efectos de esta definición, las pelucas o cabello postizo no se consideran *dispositivos de prótesis*.

Proveedor de prótesis/ortótica significa un especialista en prótesis que proporciona prótesis estándar y personalizadas y suministros ortóticos.

Proveedor significa un *hospital*, *médico*, *profesional en salud conductual*, *otro proveedor*, o cualquier otra persona, empresa o institución que proporcione a un *participante* un artículo de servicio o suministro enumerado como *gasto elegible*.

Incentivo del proveedor significa un monto adicional de compensación pagado a un *profesional de la salud* por parte de un plan de Blue Cross y/o Blue Shield, con base en el cumplimiento de medidas de procedimiento y/o resultados acordadas para una población específica de asegurados.

Centro de tratamiento psiquiátrico diurno es una institución debidamente licenciada y acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica como un *centro de tratamiento psiquiátrico diurno* para la prestación de *servicios de salud mental* y servicios para *enfermedades mentales graves* a *participantes* durante períodos que no superen las ocho horas en un período de 24 horas. Todo tratamiento en un *centro de tratamiento psiquiátrico diurno* debe contar con la certificación escrita del *médico* o *profesional en salud conductual* a cargo para sustituir una hospitalización.

Proveedor de ABA calificado es un *proveedor* que opera dentro del alcance de su licencia o certificación y que cumple con los siguientes requisitos:

Para el supervisor del tratamiento, profesional asignado al caso o asesor:

- un *profesional de la salud*, profesional clínico con licencia independiente, que esté licenciado, certificado o registrado por una agencia apropiada en el estado en el que se prestan los servicios;
- un *profesional de la salud* cuya credencial profesional sea reconocida y aceptada por una agencia apropiada de los Estados Unidos (es decir, un Analista avalado en salud mental y problemas de conducta [BCBA, en inglés] o un Analista con doctorado y avalado en salud mental y problemas de conducta [BCBS-D, en inglés]);
- un *profesional de la salud* que esté certificado como *proveedor* bajo el sistema de salud militar TRICARE.

Para el paraprofesional o terapeuta de salud mental (*line therapist*):

- un miembro del personal con dos años de educación universitaria, con un Analista asistente avalado en salud mental y problemas de conducta (BCaBA, en inglés) para el paraprofesional o terapeuta;
- un miembro del personal con certificación de Técnico de conducta registrado (RBT, en inglés), para el terapeuta de salud mental (*direct line therapist*), con entrada en vigor a partir del 1 de enero del 2019.

Cirugía reconstructiva de anomalías craneofaciales significa cirugía para mejorar la función o intentar crear una apariencia normal de una estructura anormal causada por defectos congénitos, deformidades el desarrollo, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades.

Centro de diálisis renal es un centro certificado por *Medicare* como un centro para enfermedades renales en etapa terminal que proporciona diálisis con la asistencia de personal y capacitación para la autodiálisis y diálisis en el hogar.

Institución de investigación significa una institución o un *proveedor* (persona o entidad) que dirige un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV.

Centro residencial de tratamiento significa un centro (incluido un *centro residencial de tratamiento para niños y adolescentes*) que ofrece un curso definido de intervención terapéutica y una programación especial en un entorno controlado, junto con un nivel de seguridad, supervisión y estructura, y que cuenta con una licencia otorgada por las autoridades estatales y locales correspondientes para prestar dichos servicios. No incluye centros de reinserción social, programas educativos y terapéuticos de salida al campo, vida supervisada, residencias en grupos, casas de huéspedes u otros centros que ofrezcan principalmente un entorno de apoyo y que aborden necesidades sociales a largo plazo, aun si se ofrece el servicio de un asesoramiento en dichos centros.

Los pacientes cuentan con monitoreo médico, así como disponibilidad médica las 24 horas y servicio de enfermería en el sitio las 24 horas para la *atención de salud mental* o el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias. BCBSTX exige que cualquier centro que proporciona *atención de salud mental* o *centro para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias* tenga licencia en el estado donde se encuentre o acreditación de una organización nacional reconocida por BCBSTX según lo establece su política de credenciales actual y, de otro modo, que cumpla con todos los otros requisitos de credenciales establecidos en dicha política.

Centro residencial de tratamiento para niños y adolescentes significa una institución dedicada al cuidado de los niños debidamente licenciada y acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o la Asociación Estadounidense de Servicios de Psiquiatría para Niños como un centro residencial de tratamiento para la prestación de servicios de *atención de salud mental* y de *enfermedades mentales graves* para *niños* y adolescentes con trastornos emocionales.

Clínica en locales comerciales se refiere a una clínica ubicada en locales comerciales, que normalmente cuenta con Enfermeros de práctica avanzada o Asistentes médicos y proporciona tratamiento para enfermedades menores sin complicaciones.

Enfermedad mental grave significa las siguientes enfermedades psiquiátricas definidas por la *Asociación Estadounidense de Psiquiatría en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM):*

- trastornos bipolares (hipomaniaco, maniaco, depresivo y combinados)
- depresión en la infancia y adolescencia
- trastornos depresivos mayores (episodio único o episodios recurrentes)
- trastornos obsesivo-compulsivos
- paranoia y otros trastornos psicóticos
- trastornos esquizoafectivos (bipolar o depresivo)
- esquizofrenia

Área de servicio significa el área geográfica atendida por BCBSTX y aprobada por las autoridades regulatorias estatales.

Centro de enfermería especializada significa un centro destinado principalmente a ofrecer servicios de enfermería especializada y otros servicios terapéuticos y que:

- tiene licencia de acuerdo con las leyes estatales (siempre que la ley estatal otorgue licenciamiento a dicho centro);
- es elegible, conforme a Medicare y Medicaid, como proveedor de atención de enfermería especializada para pacientes internados.

Profesional de atención médica especializada significa un *médico* u *otro proveedor profesional* que ha firmado un acuerdo con BCBSTX (y, en algunos casos, con otros planes de Blue Cross y/o Blue Shield) para participar como *proveedor* de atención médica administrada de servicios especializados, a excepción de un profesional en medicina para la familia, obstetra o ginecólogo, pediatra, *profesional en salud conductual*, internista, o un Asistente médico o Enfermero de práctica avanzada que trabaje bajo la supervisión de uno de estos médicos enumerados.

Copago especializado es el pago, expresado en dólares, que se debe efectuar por parte de o en representación de un *participante* por el cargo de cada visita al consultorio en el que usted incurra cuando se presten servicios por parte de un *profesional de atención médica especializada.*

Asegurado principal significa una persona que cumple con todos los requisitos de inscripción y elegibilidad de este *plan*, y cuya solicitud de inscripción y contribuciones han sido recibidas por BCBSTX.

Trastorno por consumo de sustancias es el abuso, la dependencia física o psicológica o la adicción al alcohol o a una sustancia controlada.

Centro para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias es un centro que proporciona un programa para el tratamiento del Trastorno por consumo de sustancias conforme a un plan escrito de tratamiento aprobado y supervisado por un *profesional en salud conductual* y cuyo centro también está:

- afiliado a un *hospital* según un acuerdo contractual con un sistema establecido de *referido* de pacientes;
- acreditado como centro por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica;
- licenciado como programa de tratamiento para el Trastorno por consumo de sustancias por la Comisión sobre Consumo de Alcohol y Drogas de Texas;
- licenciado, certificado o aprobado como programa o centro de tratamiento para el Trastorno por consumo de sustancias por cualquier otra agencia estatal que tenga autoridad legal para otorgar licencias, certificados o aprobaciones.

Servicio de telesalud se refiere a un servicio de salud, que no sea un *servicio médico de telemedicina*, prestado a un paciente por parte de un profesional de la salud licenciado, certificado o, de otro modo, autorizado para ejercer en Texas, y que actúa dentro del alcance de su licencia, certificación o autorización de profesional de la salud, en un lugar físico diferente al del profesional de la salud utilizando telecomunicaciones o tecnología de la información.

Servicio médico de telemedicina se refieren a un servicio de atención médica brindado a un paciente por parte de un *médico* con licencia en Texas, o un profesional de la salud que actúa bajo la delegación y la supervisión de un *médico* con licencia en Texas, y que actúa dentro del ámbito de su licencia de médico o profesional de la salud, en un lugar físico diferente al del *médico* o profesional de la salud utilizando telecomunicaciones o tecnología de la información.

Centro terapéutico significa una institución debidamente licenciada, certificada o aprobada por el estado en el que se ubica y que es:

- un centro de cirugía (diurna) para pacientes no hospitalizados,
- un centro de terapia de radiación independiente,
- un centro de partos independiente.

Atención médica inmediata significa servicios médicos o de atención médica proporcionados en una situación que no sea una emergencia, que suele darse en un entorno como en el consultorio de un *profesional de atención médica inmediata* o en un centro de *atención médica inmediata*, como resultado de una lesión o enfermedad aguda que es grave o lo suficientemente dolorosa como para hacer que una persona lega prudente, que posea un conocimiento promedio de medicina y salud, considere que la condición, enfermedad o lesión de la persona es de naturaleza tal que el no recibir el tratamiento dentro de un período razonable podría provocar el deterioro grave del estado de la salud de la persona.

Programa basado en el valor significa un acuerdo de pago que se basa en los resultados o un modelo de atención coordinada a cargo de uno o más *proveedores* locales, que se evalúa en función de los costos y los factores o medidas de calidad, y se refleja en el pago a los *proveedores*.

Período de espera significa a un período establecido por un *empleador* que tiene que pasar antes de que una persona que es un posible inscrito en un *seguro* de gastos médicos sea elegible para obtener cobertura de beneficios.

ESTIPULACIÓN GENERAL

Agente de seguros

El *empleado* no es el agente de seguros de BCBSTX.

Enmiendas

Su seguro de gastos médicos podrá ser enmendado o modificado en cualquier momento mediante un acuerdo entre el *grupo* y BCBSTX.

Intereses de propiedad del Administrador de reclamaciones

BCBSTX o sus subsidiarias o filiales pueden mantener una participación en ciertos *proveedores* que prestan servicios incluidos a los *participantes*, o proveedores u otros terceros que proporcionan servicios incluidos relacionados con los beneficios y requisitos de este *plan* o que proporcionan servicios a determinados *proveedores*.

Antiasignación y pago de beneficios

Ninguno de los beneficios de este *plan* que sean pagaderos a cualquier beneficiario o *participante*, o en representación de ellos, puede cederse ni transferirse alguna vez a otra persona o entidad, incluido cualquier *profesional de la salud*, centro de atención médica, prestador de atención médica o cualquier otra persona o entidad de atención médica. Tampoco los beneficios bajo este *plan* están sujetos a un gravamen de una persona o entidad, incluido cualquier *profesional de la salud*, centro de atención médica, prestador de atención médica u otra persona o entidad de atención médica, ya sea antes o después de recibir los beneficios, servicios o suministros. BCBSTX se reserva el derecho y la discreción únicos de realizar cualquier pago de beneficios conforme al *plan* directamente a: (a) usted, (b) cualquier *centro con contrato* o *proveedor que forma parte de la red*, (c) cualquier *proveedor que no forma parte de la red*, u (d) otra persona o entidad designada, incluido cualquier *profesional de la salud*, centro de atención médica, prestador de atención médica u otra persona o entidad de atención médica. En tal caso, el pago de los beneficios se realizará a nombre de usted y no a nombre del receptor, y no constituirá una renuncia a esta estipulación en contra de la cesión. El *plan* no es responsable de, ni está sujeto a, ninguna obligación o responsabilidad (p. ej., a través de retención, fijación, prenda o quiebra) suya o de un tercero ante quien usted, el tercero o cualquier otra persona puedan tener la responsabilidad de brindar atención médica, tratamiento o servicios. Sin embargo, BCBSTX puede elegir, a su entera discreción, cumplir con dichas solicitudes. Además, ni usted ni ninguna persona que actúe en su nombre podrán ceder a otra persona o entidad, lo que incluye cualquier *profesional de la salud*, centro de atención médica, prestador de atención médica u otra persona o entidad de atención médica, su derecho a solicitar o recibir documentos del *plan* o solicitar y recuperar una multa relacionada con una demora o incumplimiento de proporcionar los documentos del *plan*. Además, ni usted ni ninguna otra persona que actúe en su nombre podrán ceder a otra persona o entidad, lo que incluye cualquier *profesional de la salud*, centro de atención médica, prestador de atención médica u otra persona o entidad de atención médica, una reclamación o el derecho a entablar una demanda, incluida una reclamación relacionada con un incumplimiento del deber fiduciario o de hacer cumplir de otro modo una ley estatal o federal.

Responsabilidad de reclamaciones

BCBSTX, en calidad de Administrador de reclamaciones, presta únicamente servicios de pagos de reclamaciones administrativas y no asume ningún riesgo u obligación financiera con respecto a esas reclamaciones.

Autorización de divulgación

Si presenta una reclamación de beneficios, será necesario que autorice a un *profesional de la salud*, una aseguradora u otra entidad a proporcionar a BCBSTX toda la información y todos los registros o las copias de los registros relacionados con el diagnóstico, el tratamiento o el cuidado de toda persona que esté incluida en su cobertura. Si presenta una reclamación de beneficios, se considerará que usted y sus *derechohabientes* eximieron todos los requisitos que prohíben la divulgación de esta información y registros.

Servicios de protección contra robo de identidad

Como *participante*, BCBSTX pone a su disposición, sin costo adicional, servicios de protección contra el robo de identidad, incluido el control de crédito, la detección de fraude, el seguro y la reparación de la identidad o el crédito, para ayudar a proteger su información. Estos servicios de protección contra robo de identidad actualmente los brinda un proveedor externo designado por BCBSTX, y el *participante* puede aceptar o rechazar estos servicios en forma opcional. Los participantes que deseen aceptar dichos servicios de protección contra robo de identidad deberán inscribirse de manera individual en el programa, en línea en www.bcbstx.com/trsactivecare o llamando a su Guía de salud personal al 1-866-355-5999. Los servicios pueden finalizar de manera automática cuando la persona deje de ser un *participante* elegible. Los servicios pueden cambiar o suspenderse en cualquier momento con previo aviso razonable. BCBSTX no garantiza que un proveedor o servicio en particular esté disponible en un momento dado.

Medicare

Las normas especiales se aplican cuando está cubierto por este *plan* y por *Medicare*. Generalmente, este *plan* es un Plan primario si usted es un empleado activo y *Medicare* es un Plan primario si es un empleado jubilado.

Relación con el participante/proveedor

La elección del *profesional de la salud* será solamente suya o de sus *derechohabientes*. BCBSTX no proporcionará servicios ni suministros, sino que solo realizará pagos por *gastos elegibles* incurridos por los *participantes*. BCBSTX no es responsable de actos u omisiones de un *profesional de la salud*. BCBSTX no asume responsabilidad en caso de que un *profesional de la salud* no les preste servicios o suministros, o se niegue a hacerlo, a usted o a sus *derechohabientes*. La atención y el tratamiento que se reciban están sujetos a las normativas y regulaciones del *profesional de la salud* seleccionado y están disponibles solo para el tratamiento de enfermedades o lesiones aceptable para el *profesional de la salud*.

BCBSTX, TRS, los *profesionales que forman parte de la red* y otros *profesionales de la salud* con contrato son contratistas independientes el uno al otro. BCBSTX y TRS de ninguna manera controlan, inciden o participan en las decisiones de tratamiento de atención médica que tomen tales *profesionales de la salud*. BCBSTX no proporciona servicios ni suministros médicos, quirúrgicos, de hospitalización o similares, no ejerce la medicina ni trata pacientes. Los *profesionales de la salud*, sus empleados, agentes de seguros, presuntos agentes de seguros o sus representantes no actúan en nombre de BCBSTX ni son empleados de BCBSTX.

Los *profesionales que forman parte de la red* mantienen una relación de *profesional de la salud* y paciente con los *participantes* y son exclusivamente responsables ante usted por todos los servicios de salud. Si un *profesional que forma parte de la red* no puede establecer una relación *profesional de la salud*-paciente satisfactoria, el *profesional que forma parte de la red* puede enviar una solicitud por escrito a BCBSTX para finalizar la relación *profesional de la salud*-paciente, y esta solicitud puede aplicarse a otros *profesionales de la salud* de la misma práctica de grupo, si corresponde.

Pago en exceso

Si su *plan* o BCBSTX pagan los beneficios por *gastos elegibles* incurridos por usted o sus *derechohabientes* y se determina que el pago fue mayor de lo que debió haber sido o se realizó por error ("Pago en exceso"), el *plan* o BCBSTX tienen derecho a obtener un reembolso del monto del pago en exceso por parte de: (i) la persona a la cual se pagaron dichos beneficios o para quien se pagó, (ii) cualquier compañía o plan de seguro, o (iii) cualquier otra persona, entidad u organización, incluidos, entre otros, *profesionales que forman parte de la red* o *profesionales que no forman parte de la red*.

Si no se recibe ningún reembolso, su *plan* o BCBSTX (en su calidad de asegurador o administrador) tienen derecho a deducir cualquier reembolso por cualquier pago en exceso, hasta alcanzar un monto igual al pago en exceso, de lo siguiente:

- cualquier pago futuro de beneficios hecho a cualquier persona o entidad conforme a este certificado de beneficios, ya sea para el mismo *participante* o para uno diferente;
- cualquier pago futuro de beneficios realizado a una persona o entidad bajo otro programa de beneficios autofinanciado administrado por Blue Cross y Blue Shield, o un programa o póliza con cobertura de seguro administrada por Blue Cross y Blue Shield, si el pago futuro del beneficio se adeuda a un *proveedor que forma parte de la red*;
- cualquier pago futuro de beneficios realizado a una persona o entidad bajo otro plan de beneficios o póliza individual con cobertura de seguro grupal de Blue Cross y Blue Shield, si el pago futuro del beneficio se adeuda a un *proveedor que forma parte de la red*;
- cualquier pago futuro de beneficios, u otro tipo de pago, realizado a cualquier persona o entidad;
- cualquier pago futuro pagadero a uno o más *profesionales que forman parte de la red*

Además, BCBSTX tiene el derecho de reducir el pago del *plan* a un *proveedor que forma parte de la red* por el monto necesario para recuperar el pago en exceso de otro plan o póliza de Blue Cross y Blue Shield al mismo *proveedor que forma parte de la red* y remitir el monto recuperado al otro plan o póliza de Blue Cross y Blue Shield.

Rescisión

La rescisión es la cancelación o discontinuación de la cobertura con efecto retroactivo. Su cobertura puede no estar rescindida, a menos que usted o la persona que busque cobertura en su nombre realice un acto, práctica u omisión que constituya fraude o haga una declaración errónea intencional de un hecho material. Una cancelación o interrupción en la cobertura que únicamente tiene efecto retroactivo no es una rescisión. Una cancelación retroactiva o interrupción en la cobertura por falta de pago oportuno de las primas del plan requeridas o de las contribuciones hacia el costo de la cobertura (incluyendo las primas de COBRA) no es una rescisión. Recibirá un aviso de la rescisión con 30 días de anticipación. Una rescisión es considerada una Determinación adversa de beneficios para la que puede solicitar una revisión interna y externa.

Subrogación

Si el *plan* paga o provee beneficios para usted o sus *derechohabientes*, el *plan* está subrogado a todos los derechos de recuperación que usted o su *derechohabiente* tengan por contrato, responsabilidad extracontractual o de otro modo contra una persona, organización o aseguradora por el monto de los beneficios que el *plan* haya pagado o suministrado. Eso significa que el *plan* puede usar sus derechos para recuperar el dinero a través de una sentencia, un acuerdo o de otro modo, de parte de una persona, organización o aseguradora.

Para los fines de esta estipulación, una *subrogación* es la sustitución de una persona o entidad (el *plan*) por otra (usted o su *derechohabiente*) con referencia a una reclamación, demanda o derecho legítimos, para que la parte sustituida suceda los derechos de la otra en relación con la deuda o reclamación, y sus derechos o recursos.

Derecho de rembolso

En jurisdicciones donde no se reconocen los derechos de subrogación o donde estos se ven impedidos por circunstancias de hecho, el *plan* tiene derecho a rembolso.

Si usted o su *derechohabiente* recuperan dinero por parte de una persona, organización o aseguradora por una lesión o afección por la cual el *plan* pagó beneficios, usted o su *derechohabiente* aceptan rembolsar al *plan* el dinero recuperado por el monto de los beneficios pagados o proporcionados por el *plan*. Eso significa que usted o su *derechohabiente* pagarán al *plan* el monto de dinero recuperado por usted a través de una sentencia, un acuerdo o de otro modo, por parte de un tercero o su aseguradora, o de otra persona, organización o aseguradora, hasta alcanzar el monto de los beneficios que el *plan* haya pagado o proporcionado.

Derecho de recuperación mediante subrogación o rembolso

Usted o su *derechohabiente* aceptan entregarle de inmediato al *plan* toda la información sobre sus derechos de recuperación de parte de cualquier otra persona, organización o aseguradora, y ayudar y colaborar completamente con el *plan* para la protección y la obtención de sus derechos de rembolso y subrogación. Usted, su *derechohabiente* o su abogado notificarán al *plan* antes de la resolución de un juicio o una reclamación, para permitirnos exigir el cumplimiento de nuestros derechos al participar en la resolución de la reclamación o el juicio. Usted o su *derechohabiente* también aceptan no permitir que se limiten o perjudiquen los derechos de subrogación y reembolso del *plan* por acciones, o la falta de ellas, de su parte.

Coordinación de beneficios

La disponibilidad de los beneficios especificados en este *plan* está sujeta a la Coordinación de Beneficios (COB, en inglés) como se describe a continuación. Esta estipulación de COB aplica a este *plan* cuando un *participante* tiene cobertura de atención médica bajo más de un *plan*.

Si se aplica esta estipulación de COB, se deberá ver primero el orden de las normas de determinación de beneficios. Estas normas determinan si los beneficios de este *plan* se definen antes o después de aquellos de otro *plan*. Los beneficios de este *plan* no se reducirán cuando este *plan* defina sus beneficios antes que otro *plan*; pero pueden reducirse cuando otro *plan* defina sus beneficios primero.

Coordinación de beneficios: Definiciones

- **Plan** significa cualquier seguro de grupo o cobertura tipo grupo, ya sea que esté asegurado o no. Esto incluye:

  a. seguro general o de grupo
  b. seguro de franquicia que finaliza cuando termina el empleo
  c. planes de servicios médicos o de hospital de grupo y otra cobertura de prepago de grupo
  d. cualquier cobertura bajo acuerdos fiduciarios de gestión laboral, acuerdos de sindicatos, acuerdos de organizaciones *empleadoras*
  e. planes gubernamentales o cobertura requerida o provista por la ley

  El *plan* no incluye:
  a. ninguna cobertura que mantenga *el participante* para los *gastos de hospitalización o cirugía médica* que se haya escrito como parte de o en conjunto con cualquier póliza de seguro de accidentes automovilístico
  b. cobertura tipo accidente escolar
  c. un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX, Subvenciones a los estados para Programas de Asistencia Médica, de la Ley del Seguro Social de los Estados Unidos, en su forma enmendada)

  Cada contrato, u otros acuerdos de cobertura, corresponden a un *plan* diferente. Además, si un acuerdo tiene dos partes y se aplican las normas de COB solo a una de las dos, cada una de las partes es un *plan* diferente.

- **Este Plan** significa la sección de este Certificado de Beneficios que provee beneficios para gastos de atención médica.

- **Plan primario o Plan secundario**
  El orden de las normas de determinación de beneficios establece si este *plan* es un Plan primario o un Plan secundario que cubre al *participante*. Un *Plan primario* en un *plan* cuyos beneficios se determinan antes que aquellos de otro *plan* y sin considerar los beneficios del otro *plan*. Un *Plan secundario* en un *plan* cuyos beneficios se determinan después que aquellos de un Plan primario y podrían ser reducidos debido a los beneficios del otro *plan*.

  Cuando hay más de dos *planes* que cubren al *participante*, este *plan* puede ser el Plan primario en cuanto a uno o más de los otros *planes*, y puede ser un Plan secundario en cuanto a un *plan* o *planes* diferentes.

- **Gasto permitido** significa un gasto necesario, razonable y habitual de atención médica cuando el gasto está cubierto al menos parcialmente por uno o más *planes* que cubren al *participante* por quien está hecha la reclamación.

- **Período de determinación de la reclamación** significa un *año del plan*. No obstante, no incluye ninguna parte de un año durante el cual un *participante* no tenga cobertura bajo este *plan*, ni ninguna parte de un año antes de la fecha en que esta estipulación de COB o una estipulación similar entran en vigor.

- **Nosotros** o **nos** significa TRS.

Reglas de orden de determinación de los beneficios

- **Información general**

  a. Cuando hay una base para una reclamación conforme a este *plan* y otro *plan*, este *plan* es un Plan Secundario cuyos beneficios se determinan después de los del otro *plan*, salvo que (a) el otro *plan* cuente con normas que coordinen sus beneficios con aquellos de este *plan* y (b) esas normas y las normas de este *plan* requieran que los beneficios de este *plan* sean determinados antes que los del otro *plan*.

  b. Si este certificado de beneficios contiene beneficios para la vista o dentales, los beneficios provistos por la parte médica de este *plan* será el Plan Secundario.

- **Normas**
  Este *plan* determina su orden de pagos de beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que corresponden:

  a. ***No derechohabiente o Derechohabiente.*** Los beneficios del *plan* que cubre al *participante* como *empleado*, *el asegurado* o *suscriptor* se determinan antes de los del *plan* que cubre al *participante* como *derechohabiente*. No obstante, si el *participante* también es beneficiario de *Medicare* y, como resultado de la norma establecida por el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones implementadas, *Medicare* es:

     (1) secundaria al *plan* que cubre al *participante* como *derechohabiente*
     (2) los beneficios primarios para el *plan* que cubren al *participante* como un derechohabiente (por ejemplo, un empleado jubilado), luego, los beneficios del *plan* que cubre al *participante* como *derechohabiente* se determinan antes de los del *plan* que cubren a ese *participante*, excepto un *derechohabiente*

  b. ***Hijo derechohabiente o padres no separados o divorciados.*** Excepto como se indica en el Párrafo c a continuación, cuando este *plan* y otro *plan* cubren al mismo *hijo* como *derechohabiente* de padres diferentes:

     (1) los beneficios del *plan* del padre cuya fecha de nacimiento cae antes en el *año del plan* se determinan antes que aquellos del *plan* del padre cuya fecha de nacimiento cae en una fecha posterior en ese *año del plan*; pero
     (2) si ambos padres tienen el mismo día de nacimiento, los beneficios del *plan* que haya cubierto por un período más largo a un padre se determinan antes que aquellos del *plan* que cubrió al otro padre por un período más corto.

     No obstante, si el otro *plan* no tiene esta regla descrita en este Párrafo b, pero en su lugar tiene una regla basada en el género del padre y si, como resultado, los *planes* no concuerdan en el orden de beneficios, la regla del otro *plan* determinará el orden de los beneficios.

  c. ***Hijo derechohabiente o padres separados o divorciados.*** Si dos o más *planes* cubren a un *participante* como *hijo derechohabiente* de padres divorciados o separados, los beneficios para el *hijo* se determinan en el siguiente orden:

     (1) primero, el *plan* del padre con la custodia del *hijo*;
     (2) después, el *plan* del cónyuge del padre con la custodia del hijo, si corresponde;
     (3) finalmente, el *plan* del padre que no tiene la custodia del *hijo*.

     No obstante, si los términos específicos de un decreto de la corte declaran que uno de los padres es responsable del gasto de la atención médica del *hijo*, y la entidad que está obligada a pagar o a proporcionar los beneficios del *plan* de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, los beneficios de ese *plan* se determinan primero. El *plan* del otro padre será el Plan secundario. Este párrafo no se aplica con respecto a ningún *año del plan* durante el cual cualquiera de los beneficios se paga en realidad o se proporcionan antes de que la entidad tenga ese conocimiento real.

  d. ***Custodia conjunta.*** Si los términos específicos del decreto de la corte declaran que los padres deberán compartir la custodia, sin expresar que uno de los padres es el responsable de los gastos de la atención médica del *hijo*, los *planes* que cubren al *hijo* deberán seguir el orden de las reglas de determinación de beneficios que se mencionan en el Párrafo b.

  e. ***Trabajador activo o inactivo.*** Los beneficios de un *plan* que cubre a un *participante* como empleado que no ha sido despedido ni se ha jubilado se determinan antes de los beneficios de un *plan* que cubre a aquel *participante* como empleado despedido o jubilado. Lo mismo sería verdad si un *participante* es *derechohabiente* de una persona cubierta como empleado jubilado y un empleado. Si el otro *plan* no tiene esta norma y, si como resultado, los *planes* se contradicen en cuanto al orden de beneficios, no se aplica este Párrafo e.

  f. ***Continuación de la cobertura*** Si un *participante* a quien se le proporciona esta cobertura bajo un derecho de continuación conforme a la ley federal o estatal también está cubierto en otro *plan*, el orden para determinar los beneficios será el siguiente:

(1) primero, los beneficios de un *plan* que cubran al *participante* como un *empleado*, *miembro* o *asegurado principal* (o como *derechohabiente* de dicho *participante*);
(2) segundo, los beneficios bajo la continuación de la cobertura.

Si el otro *plan* no tiene esta norma y, si como resultado, los *planes* se contradicen en cuanto al orden de beneficios, no se aplica este Párrafo f.

g. ***Duración mayor o menor de la cobertura.*** Si ninguna de las reglas que se indican determina el orden de los beneficios, los beneficios del *plan* que cubrieron a un *empleado*, *miembro* o *asegurado principal* por más tiempo se determinan antes de aquellos del *plan* que cubrieron a dicho *participante* durante el período más corto.

Efecto sobre los beneficios de este plan

- **Cuándo aplica esta sección**
  Esta sección aplica cuando este *plan* es el Plan Secundario de conformidad con el orden de determinación de beneficios descrito anteriormente. En ese caso, los beneficios de este *plan* podrían reducirse bajo esta sección.

- **Reducción en los beneficios de este plan**
  Los beneficios de este *plan* se reducen cuando la suma de:

  a. los beneficios que se pagarían por los gastos permitidos bajo este *plan* a falta de esta estipulación de COB;
  b. los beneficios que se pagarían por los gastos permitidos conforme a los otros *planes*, a falta de estipulaciones con un propósito como el de esta estipulación de COB, tanto si la reclamación excede estos Gastos Permitidos en un Período de Determinación de Reclamaciones;

  En ese caso, los beneficios de este *plan* se reducen para que estos, sumados a los que deben pagarse conforme a los otros *planes*, no superen los Gastos Permitidos.

  Cuando los beneficios de este *plan* se reducen como se describió anteriormente, cada beneficio se reduce de manera proporcional. Entonces, se cobra frente a cualquier límite de beneficio aplicable a este *plan*.

Derecho a recibir y divulgar información necesaria

No asumimos ninguna obligación a descubrir la existencia de otro *plan*, o los beneficios disponibles bajo el otro *plan*, si se descubre. Tenemos derecho de decidir qué información necesitamos para aplicar estas normas de COB. Podemos recibir o divulgar información de cualquier otra organización o persona sin comunicárselo a ninguna persona, o sin su consentimiento. Cada persona que reclame beneficios bajo este *plan* tiene que brindarnos toda información sobre la existencia de otros *planes*, los beneficios de los mismos y toda otra información necesaria para pagar la reclamación.

Facilidad de pago

Un pago que se haga conforme a otro *plan* puede incluir un monto que debería haberse pagado conforme a este *plan*. Si esto ocurre, podemos pagar este monto a la organización que hizo el pago. Entonces, dicho monto se tratará como si fuera un beneficio pagado conforme a este *plan*. No tendremos que pagar ese monto de nuevo.

Derecho de recuperación

Si el monto de pagos que realizamos es más de lo que deberíamos haber pagado conforme a esta estipulación COB, podemos recuperar el exceso solicitándolo a una o más de:

- las personas a quienes hemos pagado o por las cuales hemos pagado;
- compañías de seguros
- *hospitale*s, *médicos*, u *otros proveedores*
- cualquier otra persona u organización

Finalización de la cobertura

Finalización de la cobertura individual

La cobertura bajo el *plan* para usted o sus *derechohabientes* se cancelará automáticamente en los siguientes casos:

- su contribución para la cobertura bajo el *plan* no sea recibida a tiempo por el administrador del plan;
- ya no cumpla con la definición de empleado que se describe en este certificado de beneficios, incluida la finalización del empleo;
- El *plan* finalice o se modifique, según las indicaciones del administrador del plan, para finalizar la cobertura de la clase de empleados a la que pertenece; o
- un *derechohabiente* deje de serlo según la definición en el *plan*.

Sin embargo, cuando se produzca cualquiera de estos sucesos, usted o sus *derechohabientes* podrán ser elegibles para continuar con la cobertura. Consulte la **Continuación de la cobertura de grupo - Federal** en la sección de **ESTIPULACIONES GENERALES** de este certificado de beneficios.

BCBSTX puede negarse a renovar la cobertura de un *participante* elegible a causa de fraude o declaración errónea intencional de hecho material por parte de esa persona.

La cobertura para un *hijo* de cualquier edad médicamente certificado como *Discapacitado* y que dependa del padre no finalizará cuando alcance el límite de edad que se indica en su **PROGRAMA DE COBERTURA** si el *hijo* sigue cumpliendo con los siguientes dos criterios:

- *ser discapacitado;*
- *depender* de usted para más de la mitad de su manutención según se define en el Código de Impuestos Internos de los Estados Unidos.

Discapacitado significa un problema físico o mental determinable médicamente que impida al *hijo* tener un empleo para su manutención. La discapacidad tiene que comenzar cuando el *plan* brinda cobertura al *hijo* y antes de que el *hijo* alcance el límite de edad. Tendrá que presentar prueba satisfactoria de discapacidad y dependencia a través de su administrador del plan ante BCBSTX dentro de los 31 días en que su *hijo* alcance el límite de edad. Como condición para la continuidad de la cobertura de un *hijo* como *derechohabiente Discapacitado* después del límite de edad, BCBSTX puede exigir certificación periódica del problema físico o mental del *hijo*, pero no con mayor frecuencia que una vez al año después del período de dos años posterior a que el *hijo* alcance el límite de edad.

Finalización del grupo

La cobertura de todos los *participantes* terminará si el *grupo* finaliza según los términos de este *plan*.

Continuación de la cobertura de grupo - Federal

Continuación de COBRA - Federal

Conforme a las estipulaciones de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, en inglés), los *participantes* pueden tener derecho a continuar la cobertura después de la fecha en la que termine la cobertura. Los participantes no serán elegibles para la continuación de COBRA si el *empleador* está exento de las estipulaciones de COBRA.

Tamaño mínimo del grupo

La cantidad normal de empleados del grupo tiene que ser mayor a veinte (20) empleados en un día laborable típico durante el *año del plan* anterior. Esto se refiere al número de trabajadores empleados a tiempo parcial y a tiempo completo, no al número de empleados cubiertos por un *plan* de seguro de gastos médicos.

Pérdida de la cobertura

Si la cobertura termina (por un motivo distinto de la falta de pago de las primas) como resultado de la finalización (que no sea una falta grave) o reducción de las horas de empleo, el *participante* puede elegir continuar la cobertura durante dieciocho (18) meses desde la fecha en la que la cobertura terminaría.

Un *derechohabiente* asegurado puede elegir continuar la cobertura durante treinta y seis (36) meses desde la fecha en la que la cobertura terminaría si la cobertura finaliza como resultado de lo siguiente:

- divorcio del empleado asegurado
- muerte del empleado asegurado
- el empleado asegurado pasa a ser elegible para *Medicare*
- un *hijo derechohabiente* asegurado deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad del *derechohabiente*

La continuación de COBRA conforme al *plan* finaliza en el primero de los siguientes sucesos:

- El último día del período de dieciocho (18) meses para sucesos que tengan un período de continuación máximo de dieciocho (18) meses.
- El último día del período de treinta y seis (36) meses para sucesos que tengan un período de continuación máximo de treinta y seis (36) meses.
- El primer día en el que no se efectúe en forma puntual el pago de la prima del *plan* en relación con el beneficiario cualificado.
- Cuando se cancele TRS ActiveCare.
- La fecha, después de la fecha de la elección, en la que el beneficiario elegible se cubre primero en cualquier otro seguro de gastos médicos grupal en caso *de que tenga* una condición preexistente y se le deniega la cobertura en el nuevo seguro de gastos médicos para una condición preexistente, la continuidad de la cobertura no se terminará hasta el último día del período de continuación o la fecha en la que se cubra la condición preexistente en el nuevo seguro de gastos médicos, lo que ocurra primero.
- Después de la fecha de elección, la fecha en la que el beneficiario elegible tiene derecho por primera vez a los beneficios de *Medicare.*

Extensión del período de cobertura

El período de cobertura de dieciocho (18) meses puede extenderse si un suceso que de otro modo pudiera hacer elegible a un *participante* para el período de cobertura de treinta y seis (36) meses ocurre durante el período de dieciocho (18) meses, pero en ningún caso la cobertura podrá tener una duración mayor que treinta y seis (36) meses a partir del suceso inicial que lo hace elegible.

En caso de que un Participante sea considerado discapacitado en el sentido de la Ley de Seguridad Social y lo notifique al Empleador antes del final del período inicial de dieciocho (18) meses, continuación de la cobertura podrá ampliarse hasta otros once (11) meses durante un total de veintinueve (29) meses. Esta estipulación se limita a los *participantes* discapacitados en cualquier momento durante los primeros sesenta (60) días de la continuación de COBRA y solo si el suceso que lo hace elegible es el término del empleo (que no sea por una falta grave) o la reducción de las horas laborables. Se le puede cobrar una tarifa más alta por el período ampliado.

Aviso de los derechos de continuación de COBRA

El *empleador* es responsable de proveer la notificación necesaria a los *participantes*, tal y como se estipula en la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) de 1985 y la Ley de Reforma Fiscal de 1986.

Para obtener información adicional acerca de sus derechos bajo la continuación COBRA, consulte el Aviso de derechos de continuación de la cobertura en la sección **AVISOS** de este certificado de beneficios.

Cancelación

Salvo que se disponga lo contrario en este documento, BCBSTX no tendrá derecho a cancelar ni rescindir ningún *plan* emitido a ningún *asegurado principal* mientras el Acuerdo de servicios administrativos permanezca vigente y en vigor, y mientras dicho *asegurado principal* permanezca en la clase elegible de empleados del grupo, y sus contribuciones se paguen en conformidad con los términos de este *plan*.

Género

Se considerará que el uso de cualquier género en el presente documento incluye al otro género y, cuando sea adecuado, se considerará que el uso del singular incluye el plural, y viceversa.

ENMIENDAS

AVISOS

AVISO

Otros acuerdos financieros independientes de los Planes Blue Cross and Blue Shield con proveedores

Servicios fuera del área

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) mantiene varios acuerdos con otras licenciatarias de Blue Cross y/o Blue Shield, que, por lo general, se denominan “Programas entre planes”. Cuando obtiene servicios de atención médica fuera del área de servicio de BCBSTX, las reclamaciones de estos servicios pueden procesarse a través de uno de estos Acuerdos entre planes, que incluye al programa BlueCard y pueden procesarse a través de uno de estos Acuerdos entre planes, que incluye al programa BlueCard y puede incluir acuerdos negociados disponibles entre BCBSTX y otras licenciatarias de Blue Cross and Blue Shield.

Por lo general, al obtener atención fuera de nuestra área de servicio, usted obtendrá atención de proveedores de atención médica que tienen un acuerdo contractual (es decir, “proveedores participantes”) con una licenciataria local de Blue Cross o Blue Shield en ese otro lugar geográfico (“licenciataria local de Blue” [Host Blue]). En algunos casos, es posible que obtenga atención de proveedor de atención médica no participantes. A continuación, se describen nuestras prácticas de pago en ambos casos.

A. Programa BlueCard®

Conforme al Programa BlueCard®, cuando usted recibe servicios de atención médica incluidos dentro del área geográfica en la que presta servicios una licenciataria local de Blue, seguiremos siendo responsables de cumplir con las obligaciones contractuales asumidas. Sin embargo, la licenciataria local de Blue es responsable de la contratación de proveedores y, por lo general, de manejar todas las interacciones con los proveedores de atención médica participantes.

Para los servicios de centros para pacientes internados recibidos en un hospital, se requiere que el proveedor participante de la licenciataria local de Blue obtenga una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, el proveedor participante será sancionado según el acuerdo contractual de la licenciataria local de Blue con el proveedor, y el participante será exonerado de la sanción del proveedor.

Siempre que reciba servicios de atención médica cubiertos fuera del área de servicio de BCBSTX y que la reclamación sea procesada a través del programa BlueCard, el monto que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos se calcula con base en el monto más bajo entre lo siguiente:

- Los cargos con cobertura facturados por los servicios incluidos
- El precio negociado que pone a nuestra disposición la licenciataria local de Blue

Generalmente, este “precio negociado” será un descuento sencillo que refleja el precio real que paga la licenciataria local de Blue a su profesional médico. A veces, se trata de un precio estimado para cuya determinación se tienen en cuenta los arreglos especiales con el proveedor de atención médica o grupo de proveedores del asegurado que pueden incluir tipos de acuerdos, pagos de incentivos u otros créditos o cargos. Ocasionalmente, se puede tratar de un precio promedio en función de un descuento que genera ahorros promedio esperados para tipos similares de proveedores de atención médica después de tener en cuenta los mismos tipos de transacciones con un precio estimado.

El precio estimado y el precio promedio, en sentido prospectivo, también tienen en cuenta los ajustes para corregir las estimaciones en exceso o por debajo con respecto a las modificaciones de precios anteriores para los tipos de modificaciones de transacciones indicadas anteriormente. Sin embargo, dichos ajustes no afectarán el precio que usamos para su reclamación porque no se aplicarán en forma retroactiva respecto de las reclamaciones que ya se hayan pagado.

Es posible que la ley federal o las leyes de una reducida cantidad de estados exijan que la licenciataria local de Blue agregue un cargo adicional a su cálculo. Si la ley federal o cualquier ley estatal exige otros métodos para el cálculo de responsabilidad, incluido un cargo adicional, calcularemos su responsabilidad respecto de los servicios de atención médica cubiertos de acuerdo con las leyes pertinentes.

B. Acuerdos negociados para las Cuentas Nacionales (Programa externo a BlueCard)

Como alternativa al Programa BlueCard, sus reclamaciones por los servicios de atención médica cubiertos pueden ser procesadas a través de un acuerdo negociado para las Cuentas Nacionales con una licenciataria local de Blue.

El monto que paga por servicios de atención médica cubiertos en virtud de este acuerdo se calculará con base en el monto menor ya sea de los cargos cubiertos facturados o el precio negociado (consulte la descripción del precio negociado en la Sección A., Programa BlueCard) que la licenciataria local de Blue pone a disposición nuestra.

C. Proveedores de atención médica no participantes fuera del área de servicio de BCBSTX

1. En general

   Cuando se proveen Servicios incluidos fuera del área de servicio del *plan* por parte de profesionales médicos no participantes, el (los) monto(s) que usted pague por tales servicios se calculará usando el método descrito en el certificado de beneficios para los profesionales médicos no participantes ubicados dentro de nuestra área de servicio. Usted puede ser responsable de pagar la diferencia entre el monto que el profesional médico no participante factura y el pago que el *plan* realizará en concepto de los Servicios incluidos, según se establece en este párrafo. Las leyes federales o estatales, según corresponda, regirán los pagos por los servicios de emergencia que no forman parte de la red.

2. Excepciones

   En algunos casos excepcionales, el *plan* podrá, a su absoluto criterio, negociar un pago con el proveedor de atención médica no participante en forma excepcional, aunque no está obligado a hacerlo. Si un pago negociado no está disponible, entonces el *plan* puede hacer un pago basado en el menor de lo siguiente:

   a. el monto calculado utilizando la metodología descrita en el certificado de beneficios para profesionales médicos no participantes ubicados dentro de su área de servicio (y descritos en la Sección C(a)(1) anterior); o
   b. Lo siguiente:

      1. Para proveedores profesionales, una cantidad igual a la mayor cantidad mínima requerida en la metodología descrita en el certificado para profesionales médicos no participantes ubicado dentro de su área de servicio; o una cantidad basada en los datos de reembolso del proveedor, disponibles públicamente para servicios profesionales iguales o similares, ajustados según las diferencias geográficas cuando corresponda. O bien

      2. Para proveedores de hospitales o centros, una cantidad igual a la mayor cantidad mínima requerida en la metodología descrita en el certificado para profesionales médicos no participantes ubicado dentro de su área de servicio; o una cantidad basada en datos de dominio público que reflejen los costos aproximados en que los hospitales o los centros hayan incurrido históricamente para proporcionar el mismo servicio o uno similar, ajustado según las diferencias geográficas, según corresponda, más un factor de margen para el hospital o el centro.

En estos casos, usted puede ser responsable de pagar la diferencia entre el monto que el profesional médico no participante factura y el pago que Blue Cross and Blue Shield of Texas realizará en concepto de los Servicios incluidos, según se establece en este párrafo.

D. Programa BlueCard® de los Programas basados en el valor

Si recibe servicios cubiertos de conformidad con un programa basado en calidad y desempeño dentro de un área de servicio de la licenciataria local de Blue, no deberá pagar ninguna parte de los incentivos del proveedor, tarifas de distribución del riesgo y/o las tarifas del coordinador de servicios médicos que formen parte de tal acuerdo, excepto cuando una licenciataria local de Blue transfiere estas tarifas a Blue Cross and Blue Shield of Texas a través de un precio promedio o ajustes de incentivos en el cuadro tarifario.

Conforme al Acuerdo que el empleador tiene con Blue Cross and Blue Shield of Texas, Blue Cross and Blue Shield of Texas y el empleador no impondrán gastos compartidos para las tarifas del coordinador de cuidados.

E. Programa Blue Cross Blue Shield Global Core

Si usted se encuentra fuera del territorio de los Estados Unidos, del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos (en adelante, “área de servicio de BlueCard”), usted podrá hacer uso del Programa Blue Cross Blue Shield Global Core al obtener acceso a los Servicios incluidos. A diferencia del Programa Blue Cross Blue Shield Global Core, el Programa BlueCard está disponible en el área de servicio de BlueCard de determinadas maneras. Por ejemplo, si bien Blue Cross Blue Shield Global Core le brinda asistencia para obtener acceso a una red de centros para pacientes internados, para pacientes no hospitalizados y proveedores profesionales, la red no es administrada por una licenciataria local de Blue. Por este motivo, cuando recibe atención de proveedores fuera del área de servicio de BlueCard, por lo general, deberá pagar a los proveedores y presentar él mismo las reclamaciones para obtener el rembolso de estos servicios.

En el caso de que necesite servicios de asistencia médica (incluida la información sobre cómo encontrar a un médico u hospital) fuera del área de servicio BlueCard, deberá llamar al centro de servicio al 1-800-810-BLUE (2583) o al 1-804-673-1177 para las llamadas con cobro revertido, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Un coordinador de asistencia, que trabaja con un profesional médico, puede concertar una cita médica u hospitalización, si corresponde.

- **Servicios de hospitalización**

En la mayoría de los casos, si se comunica con el centro de servicio para obtener asistencia, los hospitales no exigirán el pago de los servicios de hospitalización cubiertos, salvo el coseguro o los copagos o deducibles, entre otros. En estos casos, el hospital presentará sus reclamaciones al centro de servicio para su procesamiento. Sin embargo, si usted pagó la totalidad de los servicios cuando estos fueron prestados, tendrá que presentar una reclamación para recibir el rembolso de los Servicios Con Cobertura. **Usted tendrá que comunicarse con el *plan* para obtener la Autorización previa de los servicios para pacientes internados que no sean de emergencia.**

- **Servicios para pacientes no hospitalizados**

Los servicios para pacientes no hospitalizados están disponibles para la atención médica de emergencia. Por lo general, los médicos, centro de atención médica inmediata y demás proveedores de pacientes no hospitalizados ubicados fuera del área de servicio de BlueCard exigirán que el asegurado pague la totalidad de los servicios al momento de su prestación. Usted tendrá que presentar una reclamación para obtener el rembolso de los Servicios Con Cobertura.

- **Presentar una reclamación de Blue Cross Blue Shield Global Core**

Cuando usted paga por Servicios cubiertos fuera del área de servicio de BlueCard, tiene que presentar una reclamación para obtener rembolso. Para las reclamaciones institucionales y profesionales, debe completar un formulario de reclamación internacional a Blue Cross Blue Shield Global Core International y enviarlo, junto con la factura(s) detalladas del proveedor, al centro de servicio (la dirección figura en el formulario) para iniciar el procesamiento de reclamaciones. Seguir las instrucciones que figuran en el formulario de reclamación ayudará a asegurar el procesamiento oportuno de la reclamación. El formulario de reclamación se puede obtener del *plan*, del centro de servicio, o bien en línea en www.bcbsglobalcore.com. Si necesita ayuda con la presentación de una reclamación, debe llamar al centro de servicio al 1-800-810-BLUE (2583), o realice una llamada de cobro revertido al 1-804-673-1177, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

AVISO

Aviso sobre Exención de Pagos

Cuando un participante acude a un proveedor que no forma parte de la red o utiliza sus servicios, y esto tiene como resultado una reclamación contra el plan, TRS supone que el proveedor recaudará del participante el deducible, el copago o el coseguro correspondiente. En función de esta presunción, se determinan los acumuladores del deducible y el máximo de gastos de bolsillo del participante, además de cualquier otro acumulador aplicable conforme a la cobertura del participante. Cuando los proveedores renuncian a los deducibles, los copagos y los montos del coseguro de los participantes, o no los cobran, se defrauda y se abusa de este plan, ya que tales prácticas amenazan la estabilidad de los fondos que TRS administra. Es responsabilidad de los participantes y los proveedores que no forman parte de la red del plan informar cuando un proveedor renuncie a los deducibles, los copagos y los montos del coseguro, o no los cobre, ya que tales exenciones o retrasos en los cobros no se deben contabilizar en los acumuladores del participante. Además, esto puede indicar que un proveedor que no forma parte de la red participa en prácticas destinadas a generar mayores gastos a este plan. Si se plantea una inquietud, TRS puede negarse a pagar una reclamación o puede reducir el pago de una reclamación hasta que reciba pruebas razonables de que el participante pagó cualquier deducible, copago o monto del coseguro aplicable.

AVISO

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

Si usted se sometió o se someterá a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, en inglés). En el caso de las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, se brindará cobertura de una manera determinada tras consultar con el médico responsable y la paciente para lo que se indica a continuación:

- todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la cual se realizó la mastectomía;
- la cirugía y la reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
- el uso de prótesis
- el tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se brindarán y estarán sujetos a los mismos deducibles y coseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados conforme a este plan. Consulte su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame a su Guía de Salud Personal al 1-866-355-5999.

AVISO

ES POSIBLE QUE, AUNQUE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA SEAN O HAYAN SIDO PRESTADOS AL ASEGURADO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE FORMA PARTE DE LA RED DE PROVEEDORES QUE SE USA EN SU SEGURO DE GASTOS MÉDICOS, OTROS SERVICIOS PROFESIONALES SEAN O HAYAN SIDO PRESTADOS EN EL CENTRO O MEDIANTE ESTE POR MÉDICOS Y OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO FORMAN PARTE DE LA RED MENCIONADA. ES POSIBLE QUE USTED SEA RESPONSABLE DEL PAGO PARCIAL O TOTAL DE LOS ARANCELES DE TALES SERVICIOS PROFESIONALES QUE SU SEGURO DE GASTOS MÉDICOS NO PAGA O NO CUBRE.

AVISO

CONTINUACIÓN DE LOS DERECHOS DE COBERTURA SEGÚN COBRA

NOTA: Es posible que a ciertos *empleadores* no les afecte la CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DESPUÉS DE LA FINALIZACIÓN (COBRA).
(COBRA). Consulte a su *empleador* o a su Administrador de Grupo si tiene preguntas sobre COBRA.

INTRODUCCIÓN

Usted ha recibido este aviso porque, recientemente, el plan de atención médica *grupal* de su *empleador* (el Plan) ha empezado a cubrirlo. Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura COBRA, que es una extensión provisional de cobertura conforme al Plan. **Este aviso generalmente explica la continuación de la cobertura COBRA, cuándo estaría a su disposición y a la de su familia, y qué necesita hacer para proteger el derecho a recibirla.**

El derecho a la continuación de la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar a su disposición cuando, en otras circunstancias, usted perdería su cobertura médica de grupo. También puede estar a disposición de otros miembros de su familia que estén incluidos en la cobertura del Plan cuando en otras circunstancias perderían su cobertura médica de *grupo*.

Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones conforme al Plan y la ley federal, debería revisar la descripción resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del plan.

¿QUÉ ES LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA?

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, la cobertura hubiera terminado debido a un suceso de la vida denominado “suceso que lo hace elegible”. Más abajo en este aviso hay una lista de sucesos específicos que lo hacen elegible. Tras un suceso que lo hace elegible, la continuación de la cobertura COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un “beneficiario elegible”. Usted, su cónyuge y sus *hijos derechohabientes* se convierten en beneficiarios elegibles si se pierde la cobertura en el Plan debido al suceso elegible. Según el Plan, los beneficiarios elegibles que elijan la continuación de la cobertura COBRA tienen que pagar por ella.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario elegible si pierde su cobertura según el Plan por cualquiera de los siguientes sucesos elegibles:

- reducción de sus horas de empleo; o
- finalización de su empleo por cualquier razón que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario elegible si pierde su cobertura bajo el Plan por cualquiera de los siguientes sucesos que lo hacen elegible:

- Muerte de su cónyuge.
- Reducción de horas de empleo de su cónyuge.
- Finalización del empleo de su cónyuge por cualquier razón que no sea una falta grave de su parte.
- Inscripción de su cónyuge en los beneficios de *Medicare* (bajo la Parte A, la Parte B o ambas).
- Divorcio o separación legal de su cónyuge.

Sus hijos derechohabientes se convierten en beneficiarios elegibles si pierden la cobertura según el plan por cualquiera de los siguientes sucesos elegibles:

- Muerte del padre-empleado.
- Reducción de horas de empleo del padre-empleado.
- Finalización del empleo del padre-empleado por cualquier razón que no sea
- una falta grave de su parte.
- Inscripción del padre-empleado en *Medicare* (en la Parte A, la Parte B o ambas).
- Divorcio o separación legal de los padres; o
- El *hijo* deja de ser elegible para la cobertura en virtud del Plan como un "*hijo derechohabiente*".

Si el Plan proporciona cobertura médica a empleados jubilados, se aplica lo siguiente: A veces, la declaración en bancarrota según el Título 11 del Código de los Estados Unidos se puede considerar un suceso que lo hace elegible. Si se realiza una declaración de bancarrota con respecto a su *empleador*, y dicha bancarrota da lugar a que cualquier empleado jubilado con cobertura del Plan pierda la cobertura, el empleado jubilado pasará a ser beneficiario elegible con respecto a la bancarrota. El cónyuge del empleado jubilado, el cónyuge supérstite y sus *hijos derechohabientes* también se convertirán en beneficiarios elegibles si la bancarrota causa la pérdida de su cobertura conforme al Plan.

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA?

El Plan ofrece la continuación de la cobertura COBRA a beneficiarios elegibles solo después de que se haya notificado al Administrador del plan que ha ocurrido un suceso elegible. Cuando el suceso que lo hace elegible sea el fin del empleo, la reducción de horas o la muerte del empleado, la existencia de cobertura médica de empleado jubilado, el inicio de un proceso de bancarrota con respecto al *empleador*, o la adquisición del derecho a beneficios de *Medicare* (Parte A, Parte B o ambas) por parte del empleado, el *empleador* tiene que notificar tal suceso que lo hace elegible al Administrador del Plan.

TIENE QUE NOTIFICAR CIERTOS SUCESOS QUE LO HACEN ELEGIBLE

Para el resto de sucesos que lo hacen elegible (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de un *hijo derechohabiente* en calidad de tal), tiene que notificarlos al Administrador del Plan en un plazo de 60 días después de que ocurra un suceso que lo hace elegible. Comuníquese con su *empleador* o con el Administrador de COBRA para saber cómo realizar esta notificación y obtener una descripción de cualquier información o documentación requerida.

¿CÓMO SE PROVEE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA?

Una vez que el Administrador del plan recibe la notificación de que ha ocurrido un suceso elegible, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a los beneficiarios elegibles. Cada beneficiario elegible tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura COBRA. Los empleados con cobertura pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden hacer lo mismo en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación provisional de la cobertura. Cuando el suceso elegible es la muerte del empleado, o la adquisición del derecho a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas) por parte del empleado, su divorcio o separación legal, o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de un hijo derechohabiente, la continuación de la cobertura de COBRA puede durar hasta 36 meses.

Cuando el suceso elegible es el fin del empleo o la reducción de las horas de empleo, y el empleador adquirió el derecho a beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del suceso elegible, la continuación de la cobertura de COBRA para beneficiarios cualificados, a parte del empleado, dura 36 meses a partir de la fecha de adquisición del derecho a Medicare. Por ejemplo, si un empleado con cobertura adquiere el derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha en la que finaliza su empleo, la continuación de la cobertura de COBRA para su cónyuge e hijos puede durar hasta 36 meses a partir de la fecha de adquisición del derecho a Medicare, que equivale a 28 meses después de la fecha del suceso que lo hace elegible (36 meses menos 8 meses). Si no fuera así, cuando el suceso que lo hace elegible es el fin del empleo o la reducción de las horas de empleo, normalmente la continuación de la cobertura COBRA solo dura un total de 18 meses. Hay dos formas en que se puede extender este período de 18 meses de la continuación de la cobertura COBRA.

EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE 18 MESES DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA POR DISCAPACIDAD

Si la Administración de la Seguridad Social determina que usted o alguien en su familia cubierto bajo el Plan es discapacitado y usted se lo notifica a tiempo al Administrador del plan, usted y toda su familia tendrán derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, con un total máximo de 29 meses. La discapacidad debería haber empezado en algún momento anterior al día 60 de la continuación de la cobertura COBRA, y tiene que durar al menos hasta el fin del período de 18 meses de continuación de la cobertura. Comuníquese con su *empleador* o con el Administrador de COBRA para saber cómo realizar esta notificación y obtener una descripción de cualquier información o documentación requerida.

SEGUNDA EXTENSIÓN POR SUCESO DE ELEGIBILIDAD DEL PERÍODO DE 18 MESES DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

Si su familia experimenta otro suceso que lo hace elegible mientras recibe Si su familia experimenta otro suceso elegible mientras recibe los 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los *hijos derechohabientes* de su familia pueden recibir hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, con un total máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan el segundo suceso que lo hace elegible. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los *hijos derechohabientes* que reciban continuación de la cobertura si el empleado o antiguo empleado muere, adquiere el derecho a beneficios de *Medicare* (Parte A, Parte B o ambas), o se divorcia o se separa legalmente, o si el *hijo derechohabiente* deja de ser elegible para la cobertura según el Plan como *hijo derechohabiente*, pero solo si el suceso hubiera hecho que el cónyuge o el *hijo derechohabiente* pierdan la cobertura según el Plan, si no hubiera ocurrido el primer suceso que lo hace elegible.

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas relacionadas con su Plan o con sus derechos de continuación de la cobertura COBRA deben ser dirigidas a su Administrador del plan. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley para la Seguridad de los Ingresos para la Jubilación de los Empleados (ERISA, en inglés), incluida la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés), la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés) y otras leyes que afecten los seguros de gastos médicos *grupales*, comuníquese con la oficina regional o de distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos más cercana a su área o visite el sitio web de la EBSA www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA).

MANTENGA A SU PLAN INFORMADO DE CAMBIOS EN SU DIRECCIÓN

Con el fin de proteger los derechos de su familia, debería mantener informado al Administrador del Plan de cualquier cambio en las direcciones de los miembros de su familia. Usted también debería mantener una copia, para que conserve como constancia, de cualquier aviso que envíe al Administrador del plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Comuníquese con su empleador para obtener el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable de la administración de su continuación de la cobertura de COBRA.

Información proporcionada por su empleador

Su plan de medicamentos con receta

TRS-ActiveCare HD Plan

Medicamentos con receta*			
Medicamentos con receta	Deducible *(por persona, por año del plan)*	Sujeto al deducible anual del plan para todos los beneficios médicos y de recetas	
	En locales comerciales a corto plazo *(suministro de hasta 31 días)* y mantenimiento en locales comerciales *(después del 1.er surtido, suministro de hasta 31 días)* - Medicamento genérico - Medicamento de marca preferido - Medicamento de marca no preferido	-20% de coseguro -25% de coseguro -50% de coseguro	Usted paga el 100% del costo total en el momento de la compra y, una vez que se cubre el deducible, se le reembolsa el monto permitido según lo determinado por CVS Caremark (tiene que enviar la reclamación a CVS Caremark en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de servicio para recibir el reembolso)
	Farmacia con entrega a domicilio *(suministro de entre 60 y 90 días)* y red Retail-*Plus (suministro de entre 60 y 90 días en farmacias participantes de Retail-Plus)* - Medicamento genérico - Medicamento de marca preferido - Medicamento de marca no preferido	-20% de coseguro -25% de coseguro -50% de coseguro	Usted paga el 100% del costo total en el momento de la compra y, una vez que se cubre el deducible, se le reembolsa el monto permitido según lo determinado por CVS Caremark (tiene que enviar la reclamación a CVS Caremark en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de servicio para recibir el reembolso)
	Medicamentos con receta especializados *(limitados a un suministro de 31 días)*	-20% de coseguro	

* Si recibe un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible, tendrá que pagar la diferencia entre el descuento de la marca y el descuento para genéricos.

** Se renuncia al deducible y al copago para determinados medicamentos preventivos genéricos. Visite info.caremark.com/trsactivecare para ver la lista.

*** Si usa asistencia de copagos de terceros para medicamentos especializados, no recibirá crédito para el gasto máximo de bolsillo ni el deducible de cualquier monto de copago o coseguro que se aplique por un cupón o reembolso del fabricante. *Solo el monto que pague de su bolsillo se aplicará a su deducible y al gasto máximo de bolsillo*.

TRS-ActiveCare 2 Plan

Medicamentos con receta*			
Medicamentos con receta	Deducible *(por persona, por año del plan)*	$0 para medicamentos genéricos, $200 por persona para medicamentos de marca	
	En locales comerciales a corto plazo *(suministro de hasta 31 días)* - Medicamento genérico - Medicamento de marca preferido - Medicamento de marca no preferido	$20 de copago 25% de coseguro (mín. $40/máx. $80) 50% de coseguro (mín. $100/máx. $200)	Se le reembolsará el monto permitido según lo determine CVS Caremark en función el monto que hubiera cobrado una farmacia de red menos el copago requerido una vez cubierto el deducible para medicamentos (para recibir el reembolso, debe enviar la reclamación a CVS Caremark en un plazo de 12 meses a partir de la fecha del servicio)
	Mantenimiento en locales comerciales (después del primer surtido, suministro de hasta 31 días) - Medicamento genérico - Medicamento de marca preferido - Medicamento de marca no preferido	$35 de copago 25% de coseguro (mín. $60/máx. $120) 50% de coseguro (mín. $105/máx. $210)	
	Farmacia con entrega a domicilio *(suministro de hasta 90 días)* y red Retail-*Plus (suministro de hasta 90 días en farmacias participantes de Retail-Plus)* - Medicamento genérico - Medicamento de marca preferido - Medicamento de marca no preferido	$45 de copago Coseguro del 25% (mín. $105 y máx. $210) Coseguro del 50% (mín. $215/máx. $430)	Se le reembolsará el monto permitido según lo determine CVS Caremark en función el monto que hubiera cobrado una farmacia de red menos el copago requerido una vez cubierto el deducible para medicamentos (para recibir el reembolso, debe enviar la reclamación a CVS Caremark en un plazo de 12 meses a partir de la fecha del servicio)
	Medicamentos con receta especializados *(limitados a un suministro de 31 días)*	20% de coseguro (mín. $200/máx. $900)	

* Si recibe un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible, será responsable del copago del genérico más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el genérico. Este monto no cuenta para el deducible de medicamentos de $200 para medicamentos de marca.

** Si usa asistencia de copagos de terceros para medicamentos especializados, no recibirá crédito para el gasto máximo de bolsillo ni el deducible de cualquier monto de copago o coseguro que se aplique por un cupón o reembolso del fabricante. Solo el monto que pague de su bolsillo se aplicará a su deducible y al gasto máximo de bolsillo.

Cómo funciona su Plan de medicamentos con receta

Acerca de CVS Caremark

CVS Caremark es uno de los profesionales médicos farmacéuticos más grandes de Estados Unidos. La red de CVS Caremark cuenta con más de 64 000 farmacias a nivel nacional, incluidas farmacias de cadena y 20 000 farmacias independientes.

A través de los servicios de farmacia de CVS Caremark, puede solicitar medicamentos de mantenimiento y especializados en línea o por teléfono y recibirlos directamente en su hogar. El sitio web CVS Caremark ofrece estos y otros servicios, incluido Ask-a-Pharmacist, que le permite obtener respuestas e información en relación con sus medicamentos. Para comenzar a utilizar estas y otras funciones y servicios, regístrese en www.Caremark.com

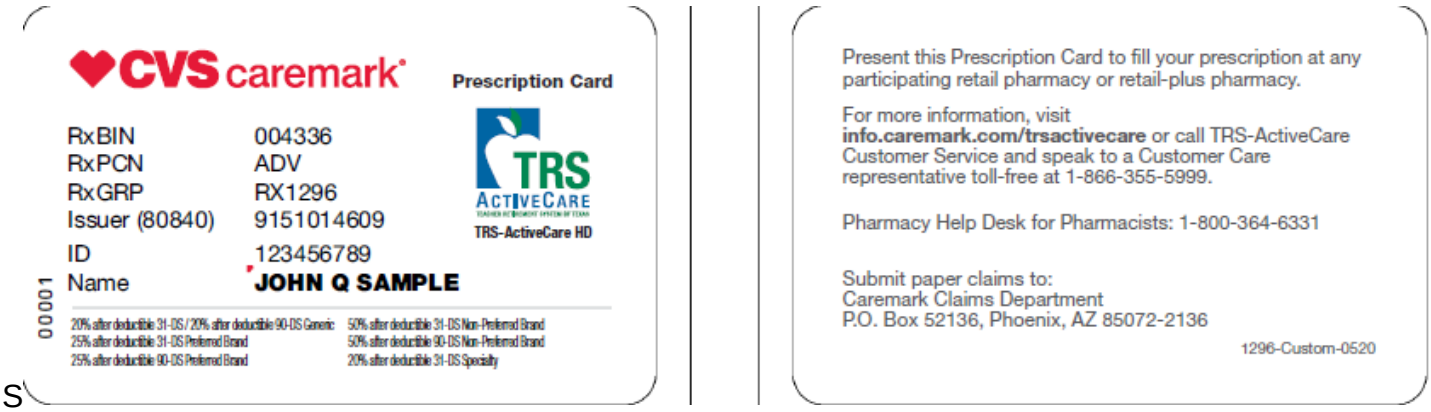
Tarjetas de asegurado de CVS Caremark

Su plan de beneficios de medicamentos recetados está diseñado para ofrecerle atención de calidad en la farmacia y ayudarlo a ahorrar dinero. Si se inscribe en una de las opciones del plan TRS-ActiveCare, recibirá por correo una nueva tarjeta de asegurado de CVS Caremark para medicamentos con receta. Junto con la tarjeta de asegurado, recibirá un kit de bienvenida de CVS Caremark que refleja el plan de beneficios con cobertura para medicamentos con receta seleccionado. Si necesita obtener una tarjeta de asegurado temporal o pedir tarjetas adicionales, puede llamar al 1-866-355-5999 para hablar con un representante de CVS Caremark o en línea en www.Caremark.com

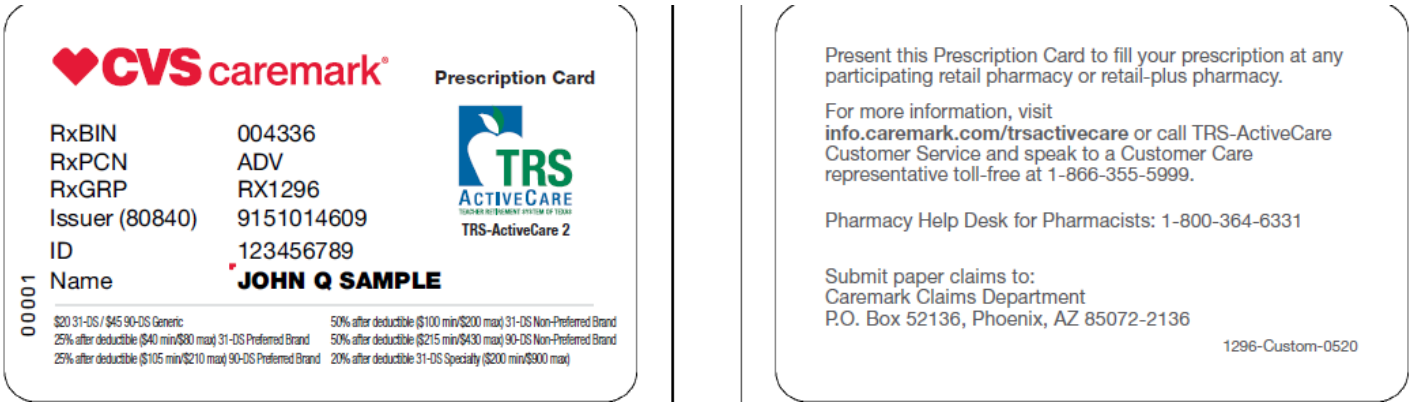
Asegúrese de llevar su tarjeta de asegurado con receta médica a la farmacia cuando reciba una receta surtida por primera vez. También puede acceder a una copia digital de sus tarjetas de asegurado en la aplicación de CVS Caremark.

Ejemplo de tarjetas de asegurado

TRS-ActiveCare HD



S



Exclusiones de medicamentos

CVS Caremark y TRS revisan periódicamente las opciones de la lista de medicamentos en busca de formas de controlar los costos y, al mismo tiempo, preservar la elección individual y el acceso a medicamentos clínicamente eficaces. Las actualizaciones del estado de nivel de medicamentos individuales se realizan de forma continua.

Las exclusiones de medicamentos de la lista de medicamentos se realizarán una vez al año y, por lo general, entrarán en vigor el 1 de enero. Durante los cuatro meses anteriores al 1 de enero, los pacientes que usen medicamentos que se van a excluir recibirán una notificación previa a los cambios para ayudarlos a identificar posibles tratamientos de reemplazo. Si desea obtener una lista completa de las exclusiones de la lista de medicamentos para este año, visite el sitio web de CVS Caremark en info.caremark.com/trsactivecare

Lista de medicamentos preferidos de CVS Caremark

TRS-ActiveCare HD y TRS-ActiveCare 2, incluyen una lista de medicamentos, que es un listado en el que se indica qué medicamentos tienen el estado preferido o no preferido. Cada medicamento cubierto está aprobado por la Administración de alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) y también es revisado por un grupo independiente de médicos y farmacéuticos para su seguridad y eficacia. TRS-ActiveCare fomenta el uso de los medicamentos preferidos de esta lista para ayudar a controlar el aumento en los costos de los medicamentos con receta. Por lo general, usted pagará una copago/coseguro menor por los medicamentos genéricos (nivel 1) y los medicamentos de marca que se encuentran en la lista de medicamentos (nivel 2).

Ahorre dinero en medicamentos con receta

Usted pagará:

- el copago/coseguro más bajo para medicamentos genéricos de nivel 1
- un copago más alto para los medicamentos de marca preferidos de nivel 2
- el copago más alto para los medicamentos de marca no preferidos de nivel 3

Su médico puede ayudarlo a ahorrar dinero recetándole medicamentos de nivel 1 y nivel 2, si corresponde. Visite el sitio web de CVS Caremark para verificar el precio y la cobertura de medicamentos según su plan.

Medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos aprobados por la FDA son seguros y eficaces. Puede que los nombres de los medicamentos genéricos le resulten desconocidos, pero estos medicamentos son seguros y eficaces. Los medicamentos genéricos y sus homólogos de marca tienen en común lo siguiente:

- contienen los mismos ingredientes activos
- se fabrican conforme a las mismas regulaciones federales estrictas

Los medicamentos genéricos pueden diferir en color, tamaño o forma, pero la Administración de Alimentos y Medicamentos exige que los ingredientes activos tengan la misma fortaleza, pureza y calidad que las alternativas de marca. Las recetas surtidas con medicamentos genéricos tienen copagos menores bajo el programa de medicamentos con receta de TRS-ActiveCare. Para obtener más información sobre el formulario de su plan, visite info.caremark.com/trsactivecare o comuníquese con el Servicio al Cliente de TRS-ActiveCare al 1-866-355-5999.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos preventivos (solamente genéricos) que mantiene el IRS están cubiertos sin costo alguno para los participantes en el plan TRS-ActiveCare HD. La lista de medicamentos genéricos elegibles está publicada en el sitio web CVS Caremark.

Educación y seguridad

Los medicamentos con receta que puede obtener a través de farmacias CVS Caremark, así como los que adquiera en una farmacia comercial participante, se revisan para detectar posibles interacciones farmacéuticas. Si en algún momento CVS Caremark tiene una duda sobre su receta, un farmacéutico de CVS Caremark se comunicará con su médico antes de dispensar el medicamento. Si su médico decide cambiar la receta, CVS Caremark les enviará notificación a usted y a su médico.

Las leyes estatales y federales limitan el período de validez de receta médica, independientemente del número de resurtidos restantes. Revise la fecha de caducidad que figura en la orden de resurtido antes de volver a surtir su medicamento.

Tipo de servicio	TRS-ActiveCare HD Network	TRS-ActiveCare 2 Network	Fuera de la red
Deducible de medicamentos (por año del plan)	$3,000 individual $6,000 familiar	$0 por medicamentos genéricos $200 por persona por medicamentos de marca	Igual que la red
Gasto máximo de bolsillo Por año del plan, incluye el deducible médico y farmacéutico, el copago correspondiente y el coseguro	$7,000 individual $14,000 familiar	$7,900 individual $15,800 familiar	Igual que la red
En locales comerciales a corto plazo (suministro hasta 31 días) Genérico Marca preferida Marca no preferida	20% de coseguro 25% de coseguro 50% de coseguro	$20 de copago 25% de coseguro (mín. $40/máx. $80) 50% de coseguro (mín. $100/máx. $200)	Se le reembolsará el monto que le hubiese cobrado una farmacia de la red menos el deducible y el coseguro requeridos
Mantenimiento en locales comerciales (después del primer surtido de medicamentos de mantenimiento; suministro hasta 31 días) Genérico Marca preferida Marca no preferida	20% de coseguro 25% de coseguro 50% de coseguro	$35 de copago 25% de coseguro (mín. $60/máx. $120) 50% de coseguro (mín. $105/máx. $210)	
Entrega a domicilio y red Retail-*Plus* (suministro hasta 90 días) Genérico Marca preferida Marca no preferida	20% de coseguro 25% de coseguro 50% de coseguro	$45 de copago 25% de coseguro (mín. $105/máx. $210) 50% de coseguro (mín. $215/máx. $430)	
Medicamentos especializados (límite de suministro de 31 días)	20% de coseguro	20% de coseguro (mín. $200/máx. $900)	

Suministros para la diabetes	TRS-ActiveCare HD Network	TRS-ActiveCare 2 Network
Medidor de glucosa de marca preferido	$0	$0
Suministro comercial de 31 días a corto plazo	En la Lista de medicamentos: $0 para agujas y jeringas solo si se compra el mismo día que la insulina. Fuera de la Lista de medicamentos: Se aplican el deducible y el coseguro	En la Lista de medicamentos: $0 para agujas y jeringas solo si se compra el mismo día que la insulina. Fuera de la Lista de medicamentos: Se aplican el deducible y el coseguro
Suministro para 90 días en Retail-*Plus* o por servicio de entrega a domicilio	En la Lista de medicamentos: $0 por agujas, lancetas y jeringas, independientemente de si se procesan el mismo día que la insulina y sin importar la marca. Las tiras reactivas deben ser de la marca preferida. Fuera de la Lista de medicamentos: Se aplican el deducible y el coseguro	En la Lista de medicamentos: $0 por agujas, lancetas y jeringas, independientemente de si se procesan el mismo día que la insulina y sin importar la marca. Las tiras reactivas deben ser de la marca preferida. Fuera de la Lista de medicamentos: Se aplican el deducible y el coseguro

* La multa por solicitudes de “dispensar según lo recetado” no se aplica a los copagos de $0.

Programa de farmacias comerciales dentro de la red

Las farmacias comerciales dentro de la red aceptarán su tarjeta de asegurado de TRS-ActiveCare y le cobrarán el valor que sea menor entre el precio negociado de CVS Caremark, el costo habitual por un suministro de hasta 31 días de su receta en una farmacia comercial de red tradicional, o un suministro de 60 a 90 días en una farmacia de red la Retail-*Plus*. En el caso del Plan TRS-ActiveCare HD, una vez que haya alcanzado el deducible del año del plan, pagará el porcentaje correspondiente de coseguro según el costo de la receta hasta que se alcance su gasto máximo de bolsillo. Para el Plan TRS-ActiveCare 2, después de que se haya alcanzado el deducible del medicamento de marca de su receta médica, pagará cualquier copago o porcentaje de coseguro aplicable según el costo de la receta médica. No hay ningún deducible para medicamentos genéricos del en el plan TRS-ActiveCare 2.

Su servicio estándar de farmacia comercial es más conveniente cuando necesita un medicamento por un período corto. Por ejemplo, si necesita un antibiótico para tratar una infección, puede ir a una de las muchas farmacias que participan en el programa TRS-ActiveCare y obtener su medicamento el mismo día. En el caso de las prescripciones a corto plazo, puede ahorrar dinero si utiliza farmacias que participan en la red CVS Caremark.

Entrega a domicilio a través de la farmacia de CVS Caremark

La farmacia con entrega a domicilio de CVS Caremark le ofrece comodidad y posibles ahorros. Si necesita medicamentos en forma continua o a largo plazo, como medicamentos para tratar el asma o la diabetes, puede pedirle a su médico que recete un suministro de hasta 90 días con envío a su casa, además de resurtidos durante un año.

Cómo surtir un medicamento con receta con entrega a domicilio

Para nuevos medicamentos a largo plazo o de mantenimiento, pídale al médico que escriba dos recetas:

- la primera para un suministro de hasta 90 días, además de cualquier resurtido pertinente, para que se surta a través de la farmacia con entrega a domicilio de CVS Caremark;
- la segunda para un suministro de hasta 31 días, que puede surtir en una farmacia comercial de la red para su uso hasta que llegue su receta médica por el servicio de correo.

Complete un Formulario de entrega a domicilio y envíelo a CVS Caremark, junto con sus recetas médicas originales y el copago correspondiente para cada receta médica. Asegúrese de incluir su receta médica original. No se aceptan fotocopias.

Tenga en cuenta lo siguiente: Es obligatorio enviar por correo en un Formulario de entrega a domicilio de CVS Caremark la primera vez que solicita una nueva receta a través del servicio de entrega a domicilio. También puede pedirle a su médico que envíe la receta médica directamente a la farmacia con entrega a domicilio de CVS Caremark de forma electrónica, o bien, comuníquese con el Servicio al Cliente de CVS Caremark para obtener ayuda. El servicio de resurtido automatizado de CVS Caremark solo está disponible después de que se haya procesado su primer pedido de receta. Puede descargar un Formulario de entrega a domicilio en www.Caremark.com

La tarjeta de crédito es el método de pago preferido, pero también puede pagar con cheque o giro postal. Para pagos con tarjeta de crédito, incluya sus el número de su tarjeta VISA®, Discover®, MasterCard® o American Express® y la fecha de caducidad en el espacio proporcionado en el formulario de pedido. La farmacia con entrega a domicilio de CVS Caremark le permite dividir el costo de un suministro de 90 días en 3 pagos mensuales.

Puede esperar recibir su medicamento con receta con entrega a domicilio en un plazo de entre 7 y 10 días a partir de la fecha en que realice su pedido.

Retail-*Plus* Pharmacy Network

Las farmacias comerciales que eligen participar en la red Retail-*Plus* pueden dispensar un suministro de medicamentos de 60 a 90 días. Puede visitar info.caremark.com/trsactivecare o comunicarse con el Servicio al Cliente de CVS Caremark para obtener más información sobre las farmacias que han optado por participar en la red de Retail-*Plus*.

En una farmacia no participante

Si utiliza una farmacia que no participa o una farmacia de la red que no envía reclamaciones electrónicas, debe presentar una reclamación directa ante CVS Caremark. Será responsable de cualquier diferencia de costo entre el cargo de la farmacia y el reembolso del plan.

Si obtiene una receta fuera de los Estados Unidos, envíe por correo una copia de su receta y los recibos de compra junto con el formulario de reclamación. La dirección postal está en el reverso del formulario.

Programas clínicos: recetas con pedido de “dispensar según lo recetado”, autorización previa, terapia escalonada y cantidad límite

Recetas con pedido de “dispensar según lo recetado”

Si surte una receta para un medicamento de marca que tiene una versión genérica (o equivalente) disponible, el farmacéutico puede darle la versión genérica en su lugar, a menos que usted o su médico hayan indicado en la receta que solo debe recibir el medicamento de marca.

Por ejemplo, el médico puede indicar "marca de necesidad médica" en la receta.

Los medicamentos genéricos equivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) de los EE. UU. contienen los mismos ingredientes activos, y son equivalentes a sus homólogos de marca en cuanto a la seguridad, la fortaleza, el rendimiento, la calidad y la dosificación. Generalmente, los medicamentos genéricos cuestan mucho menos que los medicamentos de marca, tanto para usted como para TRS-ActiveCare.

Terapia escalonada

En un programa de terapia escalonada, es posible que se le solicite probar un fármaco “de primera línea” o un requisito previo antes de que se le apruebe una terapia escalonada o un “medicamento de segunda línea”. Los medicamentos que se exigen como requisito previo y sus correspondientes medicamentos de terapia escalonada están aprobados por la FDA y se utilizan para tratar las mismas afecciones.

Si es de necesidad médica, puede obtener cobertura para un medicamento de terapia escalonada sin probar primero un medicamento por requisito previo. En este caso, su médico debe solicitar la cobertura del medicamento de terapia escalonada como una excepción médica. Si se aprueba la cobertura, se notificará a su médico. Su médico puede solicitar una revisión de la cobertura llamando a CVS Caremark Customer Care al 1-866-355-5999.

Límites de suministro

Algunos medicamentos con receta están sujetos a límites de suministro que pueden restringir la cantidad dispensada con cada pedido de receta o resurtido. Para determinar si se ha asignado una cantidad máxima al surtido de un medicamento con receta, llame al Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-866-355-5999.

Medicamentos que requieren autorización previa

Según TRS-ActiveCare, CVS Caremark puede revisar las recetas médicas de ciertos medicamentos con su médico antes de que puedan cubrirse. Esto se realiza como parte de un programa de gestión de cobertura. Una revisión de autorización previa sigue las pautas clínicas que un grupo independiente de médicos y farmacéuticos revisa y aprueba.

Programas de gestión de cobertura

A continuación, se muestra una lista de cada uno de los tres programas de gestión de cobertura. Para obtener más información acerca de las revisiones de cobertura y la autorización previa, llame al Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-866-355-5999.

Autorización previa

Para algunos medicamentos, debe obtener la aprobación a través de una revisión de la cobertura antes de que el medicamento pueda cubrirse bajo su plan. El proceso de revisión de la cobertura permitirá que CVS Caremark obtenga más información sobre su curso de tratamiento específico (la información que no está disponible en su receta original) a fin de determinar si un medicamento determinado cumple con los requisitos para la cobertura en virtud de TRS-ActiveCare.

Calificación por historia

Algunos medicamentos también pueden requerir una revisión de la cobertura basada en los siguientes factores:

- Si se cumplen ciertos criterios, como la edad, el sexo o la afección
- Si una terapia o un curso de tratamiento alternativos fallaron o no son apropiados

En cualquiera de estos casos, los farmacéuticos revisarán la receta a fin de asegurarse de que se cumplan todos los criterios necesarios para un determinado medicamento. Si no se cumplen los criterios, se requerirá una revisión de la cobertura.

Administración de cantidades

Para promover un tratamiento farmacológico seguro y eficaz, es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan restricciones de cantidad. Estas restricciones de cantidad se basan en las directrices aprobadas clínicamente o del fabricante y están sujetas a revisiones y cambios periódicos.

Proceso de revisión de cobertura

Puede comprobar si su medicamento requiere autorización previa (revisión de la cobertura) llamando al Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-866-355-5999.

Si su medicamento requiere una revisión de la cobertura, usted o su médico pueden comenzar el proceso llamando a CVS Caremark.

En una farmacia comercial dentro de la red de su plan:

Si está surtiendo una receta en una farmacia minorista y se requiere una revisión de la cobertura, CVS Caremark le avisará automáticamente al farmacéutico, quien le dirá a usted que la receta debe ser revisada para obtener una autorización previa.
Usted o su médico pueden comenzar el proceso llamando a CVS Caremark.

- CVS Caremark se comunicará con su médico para solicitar más información que la que aparece en la receta. Después de recibir la información necesaria, CVS Caremark se comunicará con usted y su médico para confirmar si la cobertura se autorizó o no.
- Si se autoriza la cobertura, simplemente debe pagar su copago o coseguro normal por el medicamento. Si no se autoriza la cobertura, es posible que usted deba pagar el costo total. Si corresponde, puede hablar con su médico acerca de alternativas que podrían estar cubiertas.

A través de CVS Caremark Pharmacy

Si está surtiendo una receta a través de farmacias de CVS Caremark y se requiere una revisión de la cobertura, CVS Caremark se comunicará con su médico para solicitar más información de la que aparece en la receta. Después de recibir la información necesaria, CVS Caremark se comunicará con usted y su médico para confirmar si la cobertura se autorizó o no.

Si se autoriza la cobertura, recibirá su medicamento y simplemente pagará el copago o coseguro normal. Si no se autoriza la cobertura, CVS Caremark le enviará una notificación por correo, junto con su receta original si se envió por correo a la farmacia CVS Caremark.

Programa de Farmacia Especializada

Los medicamentos especializados son medicamentos que se usan para tratar afecciones complejas, como cáncer, deficiencia de la hormona del crecimiento, hemofilia, hepatitis C, síndrome de inmunodeficiencia, esclerosis múltiple y artritis reumatoide. Ya sea que los administre un profesional de la salud, se inyecte usted mismo o los tome por vía oral, los medicamentos especializados requieren un nivel más alto de servicio.

CVS Caremark Specialty Pharmacy (una entidad dispensadora designada) es el proveedor de farmacia especializada preferido para TRS-ActiveCare. Para obtener una lista de los medicamentos que deben dispensarse mediante CVS Caremark Specialty Pharmacy, comuníquese con CVS Caremark Specialty Pharmacy al **1-888-265-7790**. Los medicamentos especializados que figuran en esta lista están sujetos a cambios.

En general, los medicamentos especializados no estarán cubiertos por ninguna farmacia, excepto CVS Caremark Specialty Pharmacy, independientemente de su necesidad médica, su aprobación o si el asegurado cuenta con una receta de un médico u otro proveedor. Sin embargo, en circunstancias limitadas, se puede permitir la cobertura a través de un proveedor alternativo. Las circunstancias incluyen:

- Medicamentos especializados que le facture un centro médico como parte de una estadía en un hospital como paciente internado*
- Medicamentos especializados que se le facturen como parte de una visita a la sala de emergencias*
- Situaciones en las que Medicare es la aseguradora principal*
- Medicamentos especializados de distribución limitada, para los que CVS Caremark no cuenta con acceso al medicamento*
- Circunstancias en las que el cuidado en el hogar no es clínicamente apropiado (ya sea debido a la historia clínica del asegurado o debido a características del medicamento que requieren una manipulación especial) y un sitio de infusión alternativo (que sea apto para administrar el medicamento) no está disponible para la coordinación de servicios dentro de un rango de proximidad razonable (30 millas o menos)**

* No se requiere la aprobación previa de CVS Caremark.
** El personal clínico de CVS Caremark evaluará la situación.

Es posible que se requiera autorización previa y una gestión de diseño de un plan de medicamentos especializados preferidos, independientemente del beneficio bajo el que se cubra el medicamento o la identidad del proveedor que administra el medicamento.

Además, en el caso de los medicamentos especializados designados cuya cobertura se permite de todas formas bajo el beneficio médico, es posible que se requiera una autorización previa del medicamento, de la dosis o de los centros donde puede recibir terapia de infusión en función de la necesidad médica, la idoneidad de la terapia y la seguridad para el paciente.

Beneficio de asistencia en el copago para medicamentos especializados

Algunos medicamentos especiales pueden ser elegibles para programas de asistencia de copagos de terceros que podrían reducir los costos imprevistos de dichos productos. Si usa asistencia de copagos de terceros para los medicamentos especializados, no recibirá crédito para el gasto máximo de bolsillo ni el deducible de cualquier monto de copago o coseguro que se aplique por un cupón o reembolso del fabricante**.**

Gestión de centro de atención y enfermería para infusión de CVS Caremark para medicamentos especializados

Los servicios de enfermería para infusión para medicamentos especializados seleccionados que se administran en el hogar o en un centro de infusión para pacientes no hospitalizados están cubiertos por el beneficio de la farmacia y se coordinan y dispensan mediante CVS Caremark Specialty Pharmacy. En el caso de medicamentos especializados no oncológicos que se administran por infusión y requieran la administración por parte de un profesional médico, una enfermera del equipo de cuidado de CVS Caremark trabajará con usted y su proveedor para evaluar su historial clínico y determinar las opciones clínicamente adecuadas (ubicación para la infusión) para medicamentos especializados que deben ser infundidos por un profesional médico. Las opciones pueden incluir hogar, centro de infusión para pacientes no hospitalizados, consultorio médico, etc. las enfermeras del equipo de cuidado CVS Care se comunicarán con los asegurados afectados para brindar asistencia y orientación. Ya sea que los administre un profesional de la salud, se inyecte usted mismo o los tome por vía oral, los medicamentos especializados requieren un nivel más alto de servicio. Si solicita medicamentos especializados a través de CVS Caremark, puede recibir:

- Acceso gratuito a farmacéuticos y personal de enfermería capacitados en la especialidad las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- Entrega de sus medicamentos dentro de los Estados Unidos, en un día programado, de lunes a viernes, sin cargo adicional
- La mayoría de los suministros, como agujas y jeringas, se suministran con los medicamentos
- Comprobaciones de seguridad para ayudar a evitar posibles interacciones entre medicamentos
- Recordatorios de resurtido
- Monitoreo de salud y seguridad
- Un suministro de hasta 90 días de su medicamento especializado sujeto a un copago/deducible/coseguro aplicable

Coordinación de Beneficios (COB, en inglés)

TRS-ActiveCare/CVS Caremark ofrece Coordinación de Beneficios (COB, en inglés) como parte de su plan. Existen dos opciones para el pago de reclamaciones.

Envío de reclamación en papel

Bajo este programa, puede presentar una reclamación en papel a CVS Caremark, junto con una Explicación de Beneficios (EOB, en inglés) del pagador principal o un recibo por gastos de bolsillo. CVS Caremark luego le reembolsa el monto que TRS-ActiveCare hubiera pagado si no existiera otra cobertura.

Envío de reclamación electrónica (solo comerciales)

En el momento de la compra, la farmacia envía de forma electrónica una reclamación secundaria al sistema de procesamiento de reclamaciones de CVS Caremark en tiempo real por el saldo no pagado por el pagador principal. Luego, CVS Caremark le reembolsará a la farmacia el monto que TRS-ActiveCare hubiera pagado si no existiera otra cobertura. En ese caso, usted es responsable del pago del saldo impago.

Si no hubo otra cobertura, el beneficio secundario no será más que su beneficio en virtud de TRS-ActiveCare. Por ejemplo: Si pagó $30 conforme al plan principal, pero su copago de TRS-ActiveCare hubiera sido de $20, CVS Caremark le reembolsará $10 como beneficio secundario. Si su copago principal es de $15, CVS Caremark no paga ningún beneficio secundario porque usted hubiera pagado $20 en ausencia de cualquier otra cobertura. Las reclamaciones se pagan o rechazan en función de las reglas del plan.

Exclusiones del plan para medicamentos con receta

Gastos no cubiertos

Si la no cobertura de algún gasto es contraria a una ley por la que se rige el plan, la estipulación se cambia automáticamente para cumplir con el requisito mínimo de la ley. No se realizará ningún pago en ninguna parte del plan para lo siguiente:

- Medicamentos que se pueden comprar sin una receta médica, también llamados medicamentos de venta libre (OTC, en inglés); comuníquese con CVS Caremark para obtener una lista de excepciones
- Dispositivos o aparatos terapéuticos, prendas de apoyo y otros dispositivos no médicos
- Medicamentos que el participante del plan debe tomar o recibir, parcialmente o en su totalidad, mientras se encuentra internado en un hospital, una residencia de reposo, un sanatorio, un centro de atención médica a largo plazo, un hospital de convalecencia, un hogar de servicios de enfermería o una institución similar en cuyas instalaciones opera un centro que dispensa productos farmacéuticos
- Medicamentos en fase de investigación o experimentales; incluidos los medicamentos compuestos para usos no aprobados por la FDA
- Recetas médicas que un participante del plan tiene derecho a recibir sin cargo conforme a cualquier ley de compensación de trabajadores o cualquier programa municipal, estatal o federal
- Estimulantes del crecimiento del cabello
- Medicamentos recetados para eliminar o reducir las arrugas en la piel
- Medicamentos de fertilidad
- Suministros para estomas
- Productos de fluoruro tópicos
- Hormonas de crecimiento, a menos se cuente con autorización previa
- Inyectables (comuníquese con CVS Caremark para obtener una lista de excepciones)
- Cargos por administración o inyección de cualquier medicamento (excepto algunas vacunas)
- Productos de plasma o sangre (excepto factores de hemofilia)
- Cualquier receta surtida por encima del número especificado por el médico o cualquier resurtido dispensado una vez transcurrido un año desde la receta original del médico
- Medicamentos con implicaciones cosméticas

Rechazos de reclamaciones y apelaciones

Con TRS-ActiveCare, tiene la opción de apelar determinaciones de cobertura adversas.

Revisión inicial

Reclamaciones no urgentes (antes y después del servicio)

Si envía una receta de un medicamento sujeto a alguna limitación (como una autorización previa, una terapia escalonada con medicamentos preferidos o limitaciones de cantidad), su farmacéutico le informará que se requiere una aprobación antes de que se pueda surtir la receta. El farmacéutico le dará a usted o a su médico un número gratuito para llamar. Si utiliza la farmacia CVS Caremark, se comunicarán directamente con su médico. CVS Caremark necesitará la siguiente información:

- El nombre del paciente
- El ID de empleado
- El número de teléfono
- El medicamento con receta por el cual se ha rechazado la cobertura de los beneficios
- El código de diagnóstico y los códigos de tratamiento a los que corresponde la receta médica (y la explicación correspondiente para esos códigos)
- Cualquier información adicional que pueda ser relevante para su apelación

Se le notificará la decisión dentro de los 15 días posteriores a la recepción de una reclamación previa al servicio que no sea una reclamación de atención médica inmediata si CVS Caremark tiene información suficiente para decidir su reclamación. En el caso de reclamaciones posteriores al servicio, se le notificará la decisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la reclamación posterior al servicio, siempre y cuando toda la información necesaria se haya proporcionado con la reclamación. Si recibe una determinación adversa sobre su reclamación, se le proporcionará una declaración por escrito en la que se explique el rechazo, con instrucciones sobre cómo apelar esa decisión.

Si CVS Caremark no cuenta con la información necesaria para completar la revisión, le notificaremos para solicitar la información faltante dentro de los 15 días a partir de la recepción de su reclamación previa al

servicio y 30 días a partir de la recepción de su reclamación posterior al servicio. Tendrá 45 días para proporcionar la información.

Si toda la información necesaria se recibe dentro del plazo de 45 días, se le notificará la decisión dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la información o al final de ese período adicional. Si no proporciona la información necesaria dentro del período de 45 días, su reclamación se considerará denegada y tendrá derecho a apelar, tal como se describe a continuación.

Reclamaciones urgentes (revisiones urgentes)

En el caso de una reclamación de atención médica inmediata, CVS Caremark le informará su decisión lo antes posible en un período de 72 horas después de la recepción de la reclamación, a menos que no haya información suficiente para revisarla. Si se necesita más información, CVS Caremark le informará en un plazo de 24 horas posteriores a la recepción de su reclamación y le avisará que tiene 48 horas para enviar la información adicional. La información adicional debe presentarse en un plazo de 48 horas de la solicitud. Posteriormente, CVS Caremark le avisará de su decisión en un plazo de 48 horas luego de recibir la información. Si la información faltante no se recibe dentro de esas 48 horas, la reclamación se considera rechazada y usted tiene derecho a apelar.

Una reclamación de atención médica inmediata se define como una solicitud para tratamiento con respecto a la cual la aplicación de los períodos de tiempo para las determinaciones de atención médica que no es de urgencia podrían perjudicar seriamente la vida del asegurado, su salud o la habilidad para recuperarse por completo; o, según la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, podría someterlo a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es motivo de su reclamación.

Apelación de determinaciones adversas de beneficios

Apelación no acelerada

Si no está satisfecho con la decisión con respecto a su cobertura de beneficios o si recibe una determinación adversa de beneficios después de una solicitud de cobertura de una reclamación de beneficio de medicamentos con receta (incluida una reclamación que se considere rechazada porque la información faltante no se envió oportunamente), tiene derecho a apelar la determinación adversa de beneficios por escrito en un plazo de 180 días luego de la recepción del aviso de la decisión de cobertura inicial. La apelación puede iniciarla usted o su representante autorizado (como su médico). Para iniciar una apelación de cobertura, proporcione por escrito la siguiente información:

- Su nombre
- El número de asegurado de CVS Caremark
- El número de teléfono
- El medicamento con receta por el cual se ha rechazado la cobertura de los beneficios
- El código de diagnóstico y los códigos de tratamiento a los que corresponde la receta médica (junto con la explicación correspondiente para esos códigos)
- Cualquier información adicional que pueda ser relevante para su apelación

Esta información se debe enviar por correo a:

CVS Caremark
Appeals Department
MC109
P.O. Box 52084
Phoenix, AZ 85072-2084
Número de fax: 1-866-443-1172

Se le enviará por escrito una decisión con respecto a su solicitud dentro de los 15 días a partir de la recepción de su solicitud por escrito para reclamaciones previas al servicio o 30 días a partir de la recepción de su solicitud por escrito para reclamaciones posteriores al servicio. La notificación incluirá información para identificar la reclamación involucrada; los motivos específicos de la decisión; pruebas nuevas o adicionales, si las hubiera, consideradas por CVS Caremark en relación con su apelación; las estipulaciones del plan en las que se basa la decisión; una descripción de los procesos de revisión interna y externa aplicables; y la información de contacto de una oficina de asistencia al consumidor o defensor del consumidor, si los hubiera, que podría estar disponible para

ayudarlo con los procesos de reclamaciones y apelaciones. Tiene derecho a una revisión imparcial y completa de su reclamación. Tiene derecho a revisar su archivo; derecho a recibir, cuando lo solicite y sin cargo, la información utilizada para revisar su apelación de segundo nivel; y derecho a presentar evidencia y testimonio como parte de su apelación. Si se recibe y se considera o emplea información nueva en la revisión de su apelación de segundo nivel, se le proporcionará dicha información junto con una oportunidad de responder antes de que se emita cualquier determinación adversa definitiva de esta apelación.

La decisión que se tome sobre su apelación de segundo nivel será definitiva y vinculante.

Si se rechaza su apelación de segundo nivel y usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de segundo nivel (es decir, su “determinación adversa de beneficios definitiva”), puede iniciar una revisión externa. Los detalles sobre el proceso para apelar su reclamación e iniciar una revisión externa se describirán en la notificación de determinación adversa de beneficios, y también se describen a continuación. Las revisiones externas no están disponibles para las decisiones relacionadas con la elegibilidad.

Apelación acelerada (revisión urgente)

Tiene derecho a solicitar una apelación acelerada para una determinación adversa de beneficios (incluida una reclamación considerada denegada porque la información faltante no se envió oportunamente) si su situación es urgente. Una situación urgente es aquella en la que el período para las determinaciones de atención médica que no es de urgencia podría perjudicar seriamente la vida del asegurado, su salud o la habilidad para recuperarse por completo, o, según la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, podría someterlo a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es motivo de su reclamación. Las solicitudes de apelación acelerada pueden ser verbales o escritas. Su médico puede llamar al 1-866-443-1183 o enviar una solicitud por escrito a:

CVS Caremark
Appeals Department
MC109
P.O. Box 52084
Phoenix, AZ 85072-2084
Número de fax: 1-866-443-1172

Los médicos pueden enviar solicitudes de apelación acelerada llamando al número gratuito exclusivo para médicos al 1-866-443-1183.

En el caso de una apelación acelerada de cobertura que involucre atención médica inmediata, se le notificará la determinación del beneficio en un plazo de 72 horas luego de la recepción de su solicitud de apelación. La notificación incluirá información para identificar la reclamación involucrada; los motivos específicos de la decisión; pruebas nuevas o adicionales, si las hubiera, consideradas por CVS Caremark en relación con su apelación; las estipulaciones del plan en las que se basa la decisión; una descripción de los procesos de revisión interna y externa aplicables; y la información de contacto de una oficina de asistencia al consumidor o defensor del consumidor, si los hubiera, que podría estar disponible para ayudarlo con los procesos de reclamaciones y apelaciones. Tiene derecho a una revisión imparcial y completa de su apelación. Tiene derecho a revisar su archivo; derecho a recibir, cuando lo solicite y sin cargo, la información utilizada para revisar su apelación; y derecho a presentar evidencia y testimonio como parte de su apelación. Si se recibe y se considera o emplea información nueva en la revisión de su apelación, se le proporcionará dicha información junto con una oportunidad de responder antes de que se emita cualquier determinación adversa definitiva de esta apelación. La decisión que se tome sobre su apelación acelerada será definitiva y vinculante. En la situación de atención médica inmediata, solo hay un nivel de apelación antes de la revisión externa.

Además, en situaciones urgentes, usted también tiene derecho a solicitar de inmediato una revisión externa urgente (acelerada) en lugar de esperar hasta que se haya agotado el proceso de apelaciones interno descrito anteriormente, siempre que presente su solicitud de apelación interna de la determinación adversa de beneficios al mismo tiempo que solicita la revisión externa independiente. Los detalles sobre el proceso para apelar su reclamación e iniciar una revisión externa se describirán en la notificación de determinación adversa de beneficios, y también se describen a continuación. Las revisiones externas no están disponibles para las decisiones relacionadas con la elegibilidad.

Revisión externa independiente

Revisión externa de apelaciones

Por lo general, para ser elegible para una revisión externa independiente, tiene que agotar el proceso interno de revisión de reclamaciones descrito anteriormente, a menos que su reclamación y sus apelaciones no se hayan revisado de acuerdo con todos los requisitos legales relacionados con reclamaciones de beneficios de farmacia y apelaciones, o que se trate de una apelación acelerada. En el caso de una apelación acelerada, puede enviar su apelación a CVS Caremark, a la vez que solicita una revisión externa independiente, o bien puede enviar su apelación acelerada para la revisión externa independiente después de completar el proceso interno de apelación.

Para presentar una revisión externa independiente, CVS Caremark debe recibirla dentro de los 4 meses a partir de la fecha de la determinación adversa de beneficios (si la fecha que es de 4 meses a partir de esa fecha es sábado, domingo o día festivo, la fecha límite es el siguiente día laborable) en la siguiente dirección:

CVS Caremark
External Review Appeals Department
MC109
P.O. Box 52084
Phoenix, AZ 85072-2084
Número de fax: 1-866-443-1172

Revisión externa no acelerada

Una vez que haya enviado su solicitud de revisión externa, CVS Caremark analizará su reclamación en un plazo de 5 días hábiles para determinar si es elegible para la revisión externa y, en un plazo de 1 día laborable a partir de su decisión, le enviará una carta para informarle si su solicitud ha sido aprobada para la revisión externa.

Si es elegible para una revisión externa, CVS Caremark asignará de forma aleatoria la solicitud de revisión a un IRO, recopilará la información de su apelación y la enviará al IRO en un plazo de 5 días hábiles. El IRO le notificará por escrito que se recibió la solicitud de revisión externa. La carta describirá su derecho a enviar información adicional para su consideración al IRO. Cualquier información adicional que envíe al IRO también se enviará a CVS Caremark para su reconsideración.

El IRO revisará su reclamación dentro de los 45 días calendario y le enviará a usted y a CVS Caremark un aviso de la decisión por escrito. Si no está satisfecho o no está de acuerdo con la decisión, su carta de determinación contendrá la información de contacto de la oficina correspondiente de asistencia al consumidor de seguro de salud o de un defensor del consumidor.

Medicamentos genéricos alternativos frente a medicamentos equivalentes genéricos

Medicamentos genéricos

Un medicamento que por lo general se vende con el nombre de sus ingredientes activos (los productos químicos que lo hacen funcionar) en lugar de bajo el nombre de una marca. Un genérico suele ser mucho menos costoso que su alternativa de marca. Existen dos clasificaciones de medicamentos genéricos: Los medicamentos genéricos equivalentes están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU., contienen los mismos ingredientes activos, y son equivalentes a sus homólogos de marca en cuanto a la seguridad, la fortaleza, el rendimiento, la calidad y la dosificación. Los medicamentos genéricos alternativos son medicamentos genéricos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) de los EE. UU., cuyos ingredientes activos son diferentes de los de otro medicamento de marca.

Es posible que esté tomando un medicamento de marca que no tenga un equivalente genérico. Sin embargo, puede haber un medicamento genérico diferente que a veces se puede utilizar para tratar la misma afección que su medicamento de marca actual. Los genéricos alternativos no son lo mismo que los genéricos equivalentes.

Medicamentos preventivos

El plan cubre los siguientes medicamentos preventivos, tanto de prescripción (Rx) como de venta libre (OTC, en inglés), a un coseguro/copago de USD 0. Para recibir estos medicamentos con un coseguro/copago de $0, debe tener una receta médica autorizada para el producto, la cual debe dispensarse en una farmacia comercial de la red o por correo a través de la farmacia de CVS Caremark. Consulte el siguiente cuadro para ver la lista de medicamentos preventivos cubiertos. Para obtener una lista más extensa de medicamentos preventivos, haga clic en la lista exclusiva de medicamentos genéricos preventivos.

Categoría del medicamento	A los Asegurados	Genérico solamente	Límite de edad	Cantidad límite	Género
Aspirina: venta libre	Y	Y	≥ 45	100 unidades por surtido	N/A
Aspirina (81 mg solamente): venta libre	Y	Y	≥ 12	100 unidades por surtido	Solo mujeres
Suplementos de fluoruro: solo con receta	Y	No	≤ 5	N/A	N/A
Ácido fólico: venta libre	Y	Y	≤ 55	100 unidades por surtido	Solo mujeres
Medicamentos para dejar de fumar: con receta o de venta libre (se incluyen el atomizador nasal Nicotrol NS, el sistema de inhalación Nicotrol y Chantix)	Y	Y	N/A	Suministro de 168 días por año calendario para productos de reemplazo y medicamentos recetados	N/A
Anticonceptivos (orales): solo con receta	Y	No	N/A	N/A	Solo mujeres
Anticonceptivos (de emergencia): con receta o de venta libre	Y	N	N/A	N/A	Solo mujeres
Anticonceptivos (inyectables): solo con receta	Y	N	N/A	1 inyección cada 75 días o 4 inyecciones Por 300 días	Solo mujeres
Anticonceptivos (dispositivos implantables y anillos vaginales): solo con receta	Y*	N	N/A	1 DIU cada 300 días; 13 anillos cada 300 días	Solo mujeres
Anticonceptivos (parche transcutáneo): solo con receta	Y	N	N/A	N/A	Solo mujeres
Anticonceptivos (métodos de barrera: diafragmas y capuchones cervicales): solo con receta	Y	N	N/A	1 por 300 días	Solo mujeres

Anticonceptivos (espermicidas de venta libre, condones femeninos): venta libre	Y	Y	N/A	N/A	Solo mujeres
Medicamentos para la preparación intestinal: solo con receta Marcas que se pueden pagar hasta que esté disponible un medicamento genérico	Y	N	50-74	N/A	N/A
Prevención principal del cáncer de mama	Y**	Y	≥ 35	N/A	Solo mujeres

* = Puede estar cubierto como beneficio médico
** = Requiere la “excepción de servicio de prevención con copago cero para la prevención primaria de un diagnóstico de cáncer de mama”. Esta es una solicitud para permitir que un asegurado reciba Raloxifeno o Tamoxifen Citrato (solo productos genéricos) por un copago de $0 si se utiliza para el diagnóstico de "Prevención principal del cáncer de mama".

Para obtener más información específica sobre las opciones y limitaciones de la cobertura, comuníquese con el Servicio al Cliente de CVS Caremark.

Recursos y herramientas en línea de CVS Caremark

Su sitio web seguro para asegurados de CVS Caremark

El sitio web principal de CVS Caremark está disponible en www.Caremark.com. Puede obtener lo siguiente:

- Recordatorios de resurtido
- Ver e imprimir su tarjeta de asegurado temporal
- Información de recetas
- Información sobre costos
- Historial de recetas médicas
- Realizar un seguimiento de su gasto en medicamentos con receta
- Ubicar las farmacias locales

CVS Caremark también tiene un sitio web específico para los planes TRS-ActiveCare: Info.caremark.com/trsactivecare

En este sitio, puede verificar los costos de los medicamentos para las diferentes opciones de plan TRS-ActiveCare, acceder a la lista de medicamentos preventivos (solamente genéricos) para TRS-ActiveCare HD, y ver si una farmacia está en la red de farmacias Retail-*Plus*.

Aplicaciones móviles de CVS Caremark

Descargue la aplicación móvil CVS Caremark® y administre sus medicamentos con receta desde cualquier lugar. Puede solicitar resurtidos, revisar los costos de los medicamentos, ver su tarjeta de asegurado para medicamentos con receta y buscar una farmacia de la red en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede utilizar la aplicación en su iPhone o teléfono Android.

Blue Cross and Blue Shield of Texas, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company,
an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

757321.0921