



Entra en vigencia desde el
1 de septiembre del 2024
hasta el 31 de agosto del 2025



2024-25

MANUAL DE BENEFICIOS



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

TRS-ActiveCare HD
TRS-ActiveCare 2

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
Beneficios dentro y fuera de la red.....	2
Información de contacto importante.....	3
Línea de ayuda de Servicio al Cliente.....	3
Sitio web de BCBSTX.....	3
PROGRAMA DE COBERTURA.....	4
Plan TRS-ActiveCare HD.....	4
Plan TRS-ActiveCare 2.....	13
QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS.....	23
Elegibilidad del empleado.....	23
¿Quién puede inscribirse en TRS-ActiveCare?.....	23
Dependientes elegibles.....	24
Eventos especiales de inscripción /realización de cambios.....	25
Nuevo dependiente.....	25
Situaciones de elegibilidad especial.....	26
Pérdida de la cobertura.....	26
Retiro de la cobertura.....	27
Hijos dependientes en custodia por orden judicial.....	27
Otros dependientes en custodia por orden judicial.....	28
Fecha efectiva de la cobertura.....	29
Cuándo finaliza la cobertura.....	35
Continuación de la cobertura de grupo (COBRA).....	36
CÓMO FUNCIONA EL PLAN.....	37
Monto permitido.....	37
Administración de casos clínicos.....	37
Libertad de elección.....	37
Tarjeta de asegurado.....	38
Ejemplo de tarjetas de asegurado.....	38
Necesidad médica.....	39
ParPlan.....	39
Disposición de condiciones de salud preexistentes.....	39
Proveedores de atención médica especializada.....	39
Uso de proveedores sin contrato.....	40
DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS.....	41
Determinación de la utilización de tratamientos.....	41
Opción de revisión clínica recomendada.....	41
Revisión de la duración de la hospitalización/servicio.....	44
Revisión de la necesidad médica posterior al servicio.....	45
No se ha obtenido una revisión clínica recomendada.....	46
PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTAR RECLAMACIONES.....	47
Procedimientos para presentación de reclamaciones.....	47
Se requiere presentar reclamaciones.....	47
Quién presenta una reclamación.....	47
Dónde enviar los formularios de reclamación completos.....	47
Quién recibe el pago.....	48
Cuándo presentar una reclamación.....	48
Comprobante de reclamaciones por parte de BCBSTX.....	48
Revisión de las determinaciones de reclamaciones.....	48
Determinaciones de reclamaciones.....	48
Procedimientos para apelar decisiones/revisar reclamaciones.....	52
Criterios de revisión externa.....	55
Revisión externa estándar.....	55
Revisión externa acelerada.....	58
Agotamiento.....	59
La interpretación de las disposiciones del plan del empleador.....	59
GASTOS ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS.....	60
Gastos elegibles.....	60
Copagos.....	60
Deducibles.....	61
Gasto máximo de bolsillo.....	61
Cambios en los beneficios.....	62
SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA.....	63
Gastos de hospitalización.....	63
Gastos médico-quirúrgicos.....	63
Gastos de atención médica a largo plazo.....	65
Gastos de prestaciones especiales.....	67
Servicios de salud mental.....	81
LIMITACIONES MÉDICAS Y EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DEL PLAN.....	83
DEFINICIONES.....	89
DISPOSICIONES GENERALES.....	106
Agente de seguros.....	106
Enmiendas.....	106
Intereses de propiedad del Administrador de reclamaciones.....	106
Antiasignación y pago de beneficios.....	106
Responsabilidad de reclamaciones.....	106
Autorización de divulgación.....	106
Servicios de protección contra robo de identidad.....	107
Medicare.....	107
Relación con el Participante/Proveedor.....	107
Pago en exceso.....	107
Rescisión.....	108
Subrogación.....	108
Coordinación de beneficios.....	109
Termina la cobertura.....	112
Continuación de la cobertura de grupo - Federal.....	113
Cancelación.....	114
Género.....	114
ENMIENDAS.....	115
Enmiendas en la Ley de No Sorpresas.....	116
AVISOS.....	120
Otros acuerdos financieros independientes de los Planes Blue Cross and Blue Shield con proveedores.....	120
Aviso sobre pagos que no aplican.....	123
Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998.....	124
Continuación de los derechos de cobertura conforme a COBRA.....	126
LISTA DE EXCLUSIONES DEL PLAN GENERAL.....	129
SU PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA.....	130
Plan TRS-ActiveCare HD.....	130
Plan TRS-ActiveCare 2.....	131
Cómo funciona su plan de medicamentos con receta.....	132
Ejemplo de tarjetas de asegurado.....	132
Ahorre dinero en medicamentos con receta.....	133
Medicamentos Genéricos y Biosimilares.....	133
Exclusiones del plan para medicamentos con receta.....	138
Medicamentos preventivos de la ACA.....	142
Herramientas y recursos en línea de Express Scripts.....	143

INTRODUCCIÓN

En este manual de beneficios, nos referimos a los distritos escolares públicos de Texas que participan en el Teacher Retirement System of Texas como su “*empleador*” y al Teacher Retirement System of Texas (TRS) 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 manual de beneficios existen disposiciones que afectan su cobertura de atención médica. Es importante que lea detenidamente este manual para conocer los beneficios y requisitos de su seguro de gastos médicos.

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

En este manual 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 dentro de la red* como se indica en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, **tiene que** elegir *proveedores de servicios médicos dentro de la red* para todos los servicios médicos (**que no sean emergencias**). La *red* fue establecida por Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX), y consta de *médicos, proveedores 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 de servicios médicos dentro 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 dentro 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 de servicios médicos fuera de la red*, solo tendrá disponibles los *beneficios fuera de la red*. Si acude a un *proveedor fuera de la red*, se pagarán los beneficios a nivel de *beneficios fuera de la red*.

Si elige un *proveedor de atención médica 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 sin cobertura.

Información de contacto importante

Recurso	Información de contacto	Horario de atención
Línea de ayuda de Servicio al Cliente (Guías personales de la salud)	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

Los guías personales de la salud pueden hacer lo siguiente:

- identificar su *área de servicio del plan*;
- proporcionarle información sobre *proveedores de ParPlan* y proveedores de servicios médicos dentro de la red;
- distribuir formularios de reclamación;
- responder a sus preguntas sobre reclamaciones;
- ayudarlo a identificar a un *proveedor dentro de la red* (pero no le recomendarán proveedores de servicios médicos dentro de la red específicos);
- 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 manual de beneficios, y mucho más.

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare HD

La siguiente tabla resume la cobertura disponible en su plan **TRS-ActiveCare HD**. Para obtener más detalles, consulte [SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA](#).

NOTA IMPORTANTE: Los *copagos* y los *coseguros* que se muestran a continuación indican el monto que 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	\$3,200	\$6,400
Por familia	\$6,400	\$12,800
Gastos máximos de bolsillo por año del plan		
Por persona	\$8,050	\$20,250
Por familia	\$16,100	\$40,500
Servicios profesionales		
Proveedor de atención médica primaria (PCP): visita al consultorio o consulta a domicilio	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Médico especialista (“Especialista”): visita al consultorio o consulta a domicilio		
Servicios para pacientes hospitalizados		
Servicios para pacientes hospitalizados	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , cantidad aprobada máxima de \$500 por día*
Servicios para pacientes ambulatorios		
Cirugía para pacientes ambulatorios	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Terapia de radiación y quimioterapia	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Diálisis	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de terapia de infusión para pacientes ambulatorios		
Terapia de infusión: hospital	\$500 de <i>copago</i> después del <i>deducible</i>	\$1,000 de <i>copago</i> después del <i>deducible</i>
Terapia de infusión: hogar, consultorio, <i>sala de infusiones</i>	\$30 de <i>copago</i> después del <i>deducible</i>	\$250 de <i>copago</i> después del <i>deducible</i>

Se aplica un máximo de \$500 por día a todos los servicios facturados por un *centro para pacientes hospitalizados fuera de la red*, independientemente de si la cantidad aprobada se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare HD

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de laboratorio y de radiografía para pacientes ambulatorios		
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 <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Otros servicios de radiografía	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Otros análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Laboratorios: entorno hospitalario para pacientes ambulatorios	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Diagnóstico por medio de imágenes de la mama (incluidas las mamografías de diagnóstico, la ecografía, la resonancia magnética o la tomografía computarizada)	El plan paga el 100% después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de rehabilitación*		
Terapias y servicios de rehabilitación; todos los servicios facturados por un quiropráctico se aplicarán a un máximo de 35 consultas.	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Atención en maternidad y servicios de planificación familiar		
Atención en maternidad		
Prenatal	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Posnatal		
Servicios para pacientes hospitalizados** , por cada ingreso		
Servicios de planificación familiar:		
<ul style="list-style-type: none"> • 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 <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , a menos que tenga cobertura de otro modo en <i>Servicios anticonceptivos</i> descritos en Servicios de atención médica preventiva	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios para la infertilidad		
<ul style="list-style-type: none"> • tratamiento de las condiciones de salud subyacentes/crónicas 	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

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 hospitalizados fuera de la red*, independientemente de si la cantidad aprobada se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare HD

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de salud mental		
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD, en inglés): consultorio	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD): otros servicios para pacientes ambulatorios	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , cantidad aprobada máxima de \$500 por día*
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD): servicios en centros	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD): servicios profesionales	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de atención médica de emergencia		
Centro (Si es admitido, se aplicarán los cargos descritos en <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i>).	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	
Médico	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	
	\$500 de <i>copago</i> , más 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por servicios prestados en una sala de emergencias independiente	\$500 de <i>copago</i> , más 50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por servicios prestados en una sala de emergencias independiente
Servicios de atención médica inmediata/urgente		
Atención médica inmediata/urgente	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Clínicas de salud en comercios locales		
Clínicas de salud en comercios locales	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de ambulancia		
Servicios de ambulancia, por servicio	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	

Se aplica un máximo de \$500 por día a todos los servicios facturados por un *centro para pacientes hospitalizados fuera de la red*, independientemente de si la cantidad aprobada se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA
Plan TRS-ActiveCare HD

	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 <i>año del plan</i>	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> *
Cuidados de hospicio , por consulta	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , a menos que tenga cobertura en <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> *
Atención médica en el hogar , por consulta; hasta 60 consultas por <i>año del plan</i>	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Enfermería de servicio privado	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

Se aplica un máximo de \$500 por día a todos los servicios facturados por un *centro para pacientes hospitalizados fuera de la red*, independientemente de si la cantidad aprobada se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare HD

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de prevención		
Exámenes preventivos para hijos hasta los 17 años	El plan paga el 100%	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Evaluaciones médicas periódicas para los <i>participantes</i> de 18 años de edad o más	El plan paga el 100%	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Vacunas <ul style="list-style-type: none"> • vacunas de la infancia requeridas por ley para los <i>participantes</i> hasta los 6 años; • vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) que atienden <i>participantes</i> mayores de 6 años. 	El plan paga el 100%	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Medición de la masa ósea para detección de osteoporosis, limitada a una cada dos años para <i>participantes</i> femeninas de 65 años o más y <i>participantes</i> masculinos de 70 años o más	El plan paga el 100%	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
El examen preventivo para la mujer, una vez por <i>año del plan</i> , incluye, entre otros, un examen de detección del cáncer cervical (Papanicolaou), para <i>participantes</i> femeninas mayores de 18 años de edad	El plan paga el 100%	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Mamografía de detección para <i>participantes</i> femeninas de 35 años o más y para <i>participantes</i> femeninas con otros factores de riesgo, una vez por <i>año del plan</i> <ul style="list-style-type: none"> • centro para pacientes ambulatorios o centros de diagnóstico por imágenes. 	El plan paga el 100%	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios y suministros anticonceptivos: <ul style="list-style-type: none"> • educación anticonceptiva; • asesoramiento; • ciertos métodos anticonceptivos femeninos aprobados por la FDA; • dispositivos y procedimientos de esterilización femenina. 	El plan paga el 100%	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Apoyo, asesoramiento y suministros para la lactancia: <ul style="list-style-type: none"> • asesoramiento sobre lactancia, limitado a seis (6) consultas por <i>año del plan</i>; • extractores de leche eléctricos, limitados a dos (2) por <i>año del plan</i>. (los extractores de leche de calidad hospitalaria tienen cobertura hasta un máximo de \$150)	El plan paga el 100%	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Pérdida auditiva: <ul style="list-style-type: none"> • prueba de detección desde el nacimiento hasta los 30 días; • atención de seguimiento desde el nacimiento hasta los 24 meses. 	El plan paga el 100%	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare HD

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de prevención (continuación)		
Pruebas rectales para la detección del cáncer colorrectal para <i>participantes</i> de 45 años o más:		
<ul style="list-style-type: none"> prueba anual de sangre oculta en heces, una vez por <i>año del plan</i>; 	El plan paga el 100%	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
<ul style="list-style-type: none"> sigmoidoscopia flexible con prueba de sangre oculta en heces, limitada a 1 vez cada 5 años; 	El plan paga el 100%	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
<ul style="list-style-type: none"> colonoscopia, limitada a 1 cada 10 años; 	El plan paga el 100%	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
<ul style="list-style-type: none"> Cologuard, limitado a 1 cada 3 años. 	El plan paga el 100%	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Exámenes de ojos y oídos, una vez por <i>año del plan</i>	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Prueba de detección temprana de enfermedades cardiovasculares, limitada a 1 cada 5 años:		
<ul style="list-style-type: none"> tomografía computarizada (CT, en inglés); ultrasonografía. 	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Prueba de detección temprana de cáncer de ovario (prueba de sangre CA125), una vez por <i>año del plan</i>	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Examen de cáncer de próstata para los <i>participantes</i> de 45 años o más, o de 40 años con antecedentes familiares, una vez por <i>año del plan</i>	El plan paga el 100%	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Procedimientos quirúrgicos dentales		
Procedimientos quirúrgicos dentales (servicios con cobertura limitados)	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética		
Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética (servicios con cobertura limitados)	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Cuidado de las alergias		
Exámenes y evaluación	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Inyecciones	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Suero	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA
Plan TRS-ActiveCare HD

	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	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Equipo para la diabetes		
Suministros para la diabetes		
Aparatos prostéticos y aparatos ortóticos		
Aparatos 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	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Dos (2) pares de calzado terapéutico por <i>año del plan</i> , para la prevención de complicaciones relacionadas con la diabetes		
Implantes cocleares Límite de uno (1) por oído afectado cada tres años para <i>participantes</i> hasta la edad de 19 años, con reemplazos según haya <i>necesidad médica</i> o audiológica	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> También se podría aplicar cualquier cargo adicional según se describe en Cirugía para pacientes ambulatorios.	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Equipo médico duradero		
Equipo médico duradero	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Aparatos auditivos		
Aparatos auditivos Máximo de \$1,000 por 36 meses para audífonos (se aplica a los <i>participantes</i> de 19 años y más)	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios para la audición y el habla		
Servicios para la audición y el habla	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA
Plan TRS-ActiveCare HD

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de telesalud a través de TRS Virtual Health		
Médicos*: <ul style="list-style-type: none"> • Teladoc • RediMD Salud mental: solo Teladoc (para participantes de 13 años o más)	<p>30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>, el arancel por consulta médica de \$42 se aplica al <i>deducible</i></p> <p>30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>, el arancel por consulta médica de \$30 se aplica al <i>deducible</i></p> <p>30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>, las tarifas por consulta de salud mental se aplican al <i>deducible</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psiquiatra (consulta inicial) \$185.00; • psiquiatra (consultas continuadas) \$95.00; • psicólogo, trabajador social clínico profesional \$85.00. 	<p>No aplicable</p> <p>No aplicable</p> <p>No aplicable</p>

* TRS Virtual Health incluye consultas médicas generales para algunos miembros de la familia que residen en el hogar del asegurado principal, pero que no están inscritos en el plan TRS-ActiveCare.

- Los miembros de la familia sin cobertura a través de Teladoc deben tener 18 años o más. El costo es de \$55 por consulta.
- Los miembros de la familia sin cobertura a través de RediMD de todas las edades pueden recibir una consulta; un padre debe estar presente en la cita para un niño menor. El costo es de \$35 por consulta.

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare HD

	Centro designado de Blue Distinction Centers+	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 <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios	0% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por Servicios para pacientes hospitalizados* y ambulatorios

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare 2

La siguiente tabla resume la cobertura disponible en su **plan TRS-ActiveCare 2**. Para obtener más detalles, consulte [SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA](#).

NOTA IMPORTANTE: Los copagos y los *coseguros* que se muestran a continuación indican el monto que 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		
Proveedor de atención médica primaria (PCP): visita al consultorio o consulta a domicilio	\$30 de <i>copago</i> \$70 de <i>copago</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Médico especialista (“Especialista”): visita al consultorio o consulta a domicilio		
Servicios para pacientes hospitalizados		
Servicios para pacientes hospitalizados \$2,250 máximo de <i>copago</i> por <i>año de plan</i> para los <i>beneficios dentro y fuera de la red</i> combinados	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> y después de \$150 de <i>copago</i> por día (máximo de \$750 de <i>copago</i> por admisión)	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , cantidad aprobada máxima de \$500 por día*
Servicios para pacientes ambulatorios		
Cirugía para pacientes ambulatorios	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , \$150 de <i>copago</i> por incidente	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , \$150 de <i>copago</i> por incidente
Terapia de radiación y quimioterapia	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Diálisis	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de terapia de infusión para pacientes ambulatorios		
Terapia de infusión: hospital	\$500 de <i>copago</i>	\$1,000 de <i>copago</i>
Terapia de infusión: hogar, consultorio, <i>sala de infusiones</i>	\$30 de <i>copago</i>	\$250 de <i>copago</i>

Se aplica un máximo de \$500 por día a todos los servicios facturados por un *centro para pacientes hospitalizados fuera de la red*, independientemente de si la cantidad aprobada se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare 2

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de laboratorio y de radiografía para pacientes ambulatorios		
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 <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> y \$100 de <i>copago</i> por procedimiento (no se aplica el <i>copago</i> si se realiza en la sala de emergencias o si el paciente es admitido)	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> y \$100 de <i>copago</i> por procedimiento (no se aplica el <i>copago</i> si se realiza en la sala de emergencias o si el paciente es admitido)
Servicios de laboratorio y radiografías, en consultorio o en centros independientes	0% de <i>coseguro</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios	0% de <i>coseguro</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Radiografías para pacientes ambulatorios	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Diagnóstico por medio de imágenes de la mama (incluidas las mamografías de diagnóstico, la ecografía, la resonancia magnética o la tomografía computarizada)	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de rehabilitación*		
Terapias y servicios de rehabilitación; todos los servicios facturados por un quiropráctico se aplicarán a un máximo de 35 consultas	\$70 de <i>copago</i> en el consultorio 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por servicios para pacientes ambulatorios, según corresponda	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Atención en maternidad y servicios de planificación familiar		
Atención en maternidad		
Prenatal	\$30 de <i>copago</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Posnatal	\$30 de <i>copago</i>	
Servicios para pacientes hospitalizados** , por cada ingreso	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de planificación familiar:		
<ul style="list-style-type: none"> 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 <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , a menos que tenga cobertura de otro modo en Servicios anticonceptivos descritos en Servicios de atención médica preventiva	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

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 hospitalizados fuera de la red*, independientemente de si la cantidad aprobada se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare 2

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Atención en maternidad y servicios de planificación familiar (continuación)		
Servicios para la infertilidad <ul style="list-style-type: none"> condiciones de salud subyacentes/crónicas 	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de salud mental		
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD, en inglés): consultorio	\$30 de <i>copago</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD): otros servicios para pacientes ambulatorios	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD): servicios en centros	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> y después de \$150 de <i>copago</i> por día (máximo de \$750 de <i>copago</i> por admisión)	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , cantidad aprobada máxima de \$500 por día*
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD): servicios profesionales	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de atención médica de emergencia		
Centro (si es admitido, se aplicarán los cargos descritos en <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i>)	\$250 de <i>copago</i> y 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	
Médico	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	
	\$500 de <i>copago</i> , más 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por servicios prestados en una sala de emergencias independiente.	\$500 de <i>copago</i> , más 40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por servicios prestados en una sala de emergencias independiente.
Servicios de atención médica inmediata/urgente		
Atención médica inmediata/urgente	\$50 de <i>copago</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Clínicas de salud en comercios locales		
Clínicas de salud en comercios locales	\$30 de <i>copago</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de ambulancia		
Servicios de ambulancia , por servicio	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	

Se aplica un máximo de \$500 por día a todos los servicios facturados por un *centro para pacientes hospitalizados fuera de la red*, independientemente de si la cantidad aprobada se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA
Plan TRS-ActiveCare 2

	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 <i>año del plan</i>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> *
Cuidados de hospicio , por consulta	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , a menos que tenga cobertura en <i>servicios para pacientes hospitalizados</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> *
Atención médica en el hogar , por consulta, hasta 60 consultas por <i>año del plan</i>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Enfermería de servicio privado	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

Se aplica un máximo de \$500 por día a todos los servicios facturados por un *centro para pacientes hospitalizados fuera de la red*, independientemente de si la cantidad aprobada se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare 2

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de prevención		
Exámenes preventivos para hijos hasta los 17 años	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Evaluaciones médicas periódicas para los <i>participantes</i> de 18 años de edad o más	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Vacunas <ul style="list-style-type: none"> • vacunas de la infancia requeridas por ley para los <i>participantes</i> hasta los 6 años de edad; • vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para <i>participantes</i> mayores de 6 años. 	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Medición de la masa ósea para detección de osteoporosis, limitada a una cada dos años para <i>participantes femeninas</i> de 65 años o más y <i>participantes masculinos</i> de 70 años o más	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
El examen preventivo para la mujer, una vez por <i>año del plan</i> , incluye, entre otros, un examen de detección del cáncer cervical (Papanicolaou), para <i>participantes femeninas</i> mayores de 18 años de edad	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Mamografía de detección para <i>participantes femeninas</i> de 35 años o más y para <i>participantes femeninas</i> con otros factores de riesgo, una vez por <i>año del plan</i> . <ul style="list-style-type: none"> • centro para pacientes ambulatorios o centros de diagnóstico por imágenes. 	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios y suministros anticonceptivos: <ul style="list-style-type: none"> • 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 <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Apoyo, asesoramiento y suministros para la lactancia: <ul style="list-style-type: none"> • asesoramiento sobre lactancia, limitado a seis (6) consultas por <i>año del plan</i>; • extractores de leche eléctricos, limitados a dos (2) por <i>año del plan</i>. (los extractores de leche de calidad hospitalaria tienen cobertura hasta un máximo de \$150)	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Pérdida auditiva: <ul style="list-style-type: none"> • prueba de detección desde el nacimiento hasta los 30 días; • atención de seguimiento desde el nacimiento hasta los 24 meses. 	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare 2

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de prevención (continuación)		
Pruebas rectales para la detección del cáncer colorrectal para <i>participantes</i> de 45 años o más: <ul style="list-style-type: none"> • prueba anual de sangre oculta en heces, una vez por <i>año del plan</i>; • sigmoidoscopia flexible con prueba de sangre oculta en heces, limitada a 1 vez cada 5 años; • colonoscopia, limitada a 1 cada 10 años; • Cologuard, limitado a 1 cada 3 años. 	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Exámenes de ojos y oídos, una vez por <i>año del plan</i>	\$30 de <i>copago</i> por el PCP o \$70 por un <i>especialista</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Prueba de detección temprana de enfermedades cardiovasculares, limitada a 1 cada 5 años: <ul style="list-style-type: none"> • tomografía computarizada (CT, en inglés); • ultrasonografía. 	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Prueba de detección temprana de cáncer de ovario (prueba de sangre CA125), una vez por <i>año del plan</i>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Examen de cáncer de próstata para los <i>participantes</i> de 45 años o más, o de 40 años con antecedentes familiares, una vez por <i>año del plan</i>	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Procedimientos quirúrgicos dentales		
Procedimientos quirúrgicos dentales (servicios con cobertura limitados)	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética		
Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética (servicios con cobertura limitados)	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Cuidado de las alergias		
Exámenes y evaluación	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Inyecciones	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Suero	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA
Plan TRS-ActiveCare 2

	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	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Equipo para la diabetes		
Suministros para la diabetes		
Aparatos prostéticos y aparatos ortóticos		
Aparatos 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	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Dos (2) pares de calzado terapéutico por <i>año del plan</i> , para la prevención de complicaciones relacionadas con la diabetes		
Implantes cocleares Límite de uno (1) por oído afectado cada tres años para <i>participantes</i> hasta la edad de 19 años, con reemplazos según haya <i>necesidad médica</i> o audiológica	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> También se podría aplicar cualquier cargo adicional según se describe en Cirugía para pacientes ambulatorios.	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Equipo médico duradero		
Equipo médico duradero	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Aparatos auditivos		
Aparatos auditivos Máximo de \$1,000 por 36 meses para audífonos (se aplica a los <i>participantes</i> de 19 años y más)	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios para la audición y el habla		
Servicios para la audición y el habla	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Terapia del habla y auditiva: consultorio	\$70 de <i>copago</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA
Plan TRS-ActiveCare 2

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<i>Servicios de telesalud a través de TRS Virtual Health</i>		
Médicos*:		
• Teladoc	\$12 de copago	No aplicable
• RediMD	\$0 de copago	No aplicable
Salud mental: solo Teladoc (para participantes de 13 años o más)	\$0 de copago	No aplicable

* TRS Virtual Health incluye consultas médicas generales para algunos miembros de la familia que residen en el hogar del asegurado principal, pero que no están inscritos en el plan TRS-ActiveCare.

- Los miembros de la familia sin cobertura a través de Teladoc deben tener 18 años o más. El costo es de \$55 por consulta.
- Los miembros de la familia sin cobertura a través de RediMD de todas las edades pueden recibir una consulta; un padre debe estar presente en la cita para un niño menor. El costo es de \$35 por consulta.

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare 2

	Centro designado de Blue Distinction Centers+	Centro designado de Blue Distinction	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Blue Distinction Centers				
Cirugía bariátrica*				
Centro	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> y después de \$150 de <i>copago</i> por día***	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Médico	\$5,000 de <i>copago</i> por honorarios del cirujano			
Trasplantes	0% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , más \$150 de <i>copago</i> por día** en Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios	0% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , más \$150 de <i>copago</i> por día** en Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> y después de \$150 de <i>copago</i> por día** en Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por Servicios para pacientes hospitalizados*** y ambulatorios

* La cirugía bariátrica solo tendrá cobertura en centros específicos del Blue Distinction Center+ (BDC+). Consulte la lista completa en la sección Centros designados del Blue Distinction Center+ para cirugía bariátrica.

** 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 hospitalizados fuera de la red*, independientemente de si la cantidad aprobada se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

Centros designados de Blue Distinction Center+ para cirugía bariátrica

Centros para Pacientes Hospitalizados	Centros para Pacientes Ambulatorios:
BAPTIST ST ANTHONY HEALTH SYSTEM	BAPTIST ST ANTHONY HEALTH SYSTEM
CEDAR PARK REGIONAL MEDICAL CTR	CEDAR PARK REGIONAL MEDICAL CTR
BAPTIST BEAUMONT HOSPITAL	CORPUS CHRISTI MEDICAL CENTER
CHI ST JOSEPH HLTH REGIONL HOS	TEXOMA MEDICAL CENTER
CORPUS CHRISTI MEDICAL CENTER	WHITE ROCK MEDICAL CENTER
WHITE ROCK MEDICAL CENTER	USMD HOSPITAL AT ARLINGTON LP
TEXOMA MEDICAL CENTER	TX HLTH PRESBYTERIAN HOSP DENTON
PROVIDENCE MEMORIAL HOS	HCA HOUSTON HEALTHCARE NORTHWEST
USMD HOSPITAL AT ARLINGTON LP	HCA HOUSTON HEALTHCRE MEDICAL CTR
TX HLTH PRESBYTERIAN HOSP DENTON	BAYLOR SCOTT & WHITE MEDICAL CENTER TEMPLE
HCA HOUSTON HEALTHCARE NORTHWEST	LAREDO MEDICAL CENTER
MEMORIAL HERMANN SE HOSPITAL	COVENANT HEALTH SYSTEM
MEM HERMANN THE WOODLANDS MED CTR	SHANNON MEDICAL CENTER
BAYLOR SCOTT & WHITE MEDICAL CENTER TEMPLE	HCA HOUSTON HEALTHCARE CLEAR LAKE
SOUTH TEXAS HEALTH SYSTEM (MCALLEN HEART HOSPITAL)	METROPOLITAN METHODIST HOSPITAL
MCALLEN HEART HOSPITAL	CHRISTUS MOTHER FRANCES TYLER
LAREDO MEDICAL CENTER	CITIZENS MEDICAL CENTER
UNIVERSITY MEDICAL CENTER	
MEDICAL CENTER HOSPITAL	
SHANNON MEDICAL CENTER	
HCA HOUSTON HEALTHCARE CLEAR LAKE	
METHODIST SPEC & TRANSPLANT HOSP	
FOUNDATION SURGICAL SAN ANTONIO	
CHRISTUS GOOD SHEPHERD MED CTR	
CHRISTUS MOTHER FRANCES TYLER	
UNIVERSITY OF TEXAS THEALTH TYLER	
CITIZENS MEDICAL CENTER	

Para obtener información adicional sobre los centros designados del Blue Distinction Center+ para cirugía bariátrica, comuníquese con su guía personal de la salud al 1-866-355-5999.

PROGRAMA DE COBERTURA *Plan TRS-ActiveCare*

Elegibilidad del dependiente

Límite de edad del *hijo dependiente* de 26 años de edad.

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

Condiciones de salud preexistentes

Las condiciones preexistentes tienen cobertura 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 *dependientes* 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.

A partir del 1 de septiembre de 2022, la Ley del Pagador Secundario de Medicare permitirá a los jubilados de TRS-Care elegibles para Medicare inscribirse en TRS-ActiveCare si vuelven a trabajar para un empleador con cobertura a través de TRS. Si usted es un jubilado que vuelve al trabajo inscrito en TRS-Care y es elegible para Medicare, se podrá inscribir en TRS-ActiveCare si vuelve a trabajar con un empleador de TRS y trabaja 10 horas o más por semana. TRS proporcionará más información y orientación sobre cómo funciona esta nueva regla.

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.

Nota: Aunque bajo circunstancias particulares es posible que un empleado jubilado, un empleado de educación superior o un empleado estatal no tenga cobertura como empleado de un distrito/entidad participante, sí podría tener cobertura como *dependiente* de un empleado elegible. Los empleados asegurados como *dependientes* por una entidad de educación superior o un programa estatal también podrían tener cobertura 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.

Nota: Las guías 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 Reglas de TRS del Código Administrativo de Texas para determinar la fecha apropiada de finalización de la cobertura de TRS-ActiveCare.

Nota: 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.

Dependientes elegibles

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

Los *dependientes* 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 designó legítimamente para la adopción legal;
 - c. un hijastro;
 - d. un menor bajo custodia provisional (foster child);
 - e. un niño 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 *dependiente* 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 *dependiente* en TRS-ActiveCare, un nieto que no entre en la definición anterior no se considera un *hijo*.
- "cualquier otro *dependiente* " (distinto de los mencionados anteriormente) menor de 26 años de edad en una relación de padre-hijo regular con el empleado, 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 *dependientes* 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 *dependiente*, 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 *dependiente* 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 que esté: (1) bajo la tutela legal de un empleado, o (2) en una relación padre e *hijo* regular con un empleado, como se define en la categoría “cualquier otro *hijo*” anterior. Los padres y abuelos del empleado con cobertura no cumplen con la definición de un *dependiente* elegible.

Nota: 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. Se enviarán notificaciones de auditoría a los *participantes* del plan TRS-ActiveCare cuando TRS-ActiveCare necesite verificar que los *participantes*, o sus *dependientes* 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 reglas 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.

Eventos especiales de inscripción/realización de cambios

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

Si usted o un *dependiente* tiene un evento 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 recibe una orden judicial o un aviso de asistencia médica nacional para proporcionar cobertura médica a un *niño dependiente*, o si usted o un *dependiente* pierden cobertura porque ya no viven, trabajan o residen en un área de servicio de una HMO.

Consulte la tabla Fecha efectiva de la cobertura para obtener más información sobre los eventos de inscripción especiales, cuándo comienza la cobertura y cuándo se debe pagar la prima.

¿Qué es un evento 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 *dependientes* cuando existe una pérdida de otra cobertura o hay *dependientes* adicionales (p. ej., nacimiento, adopción/colocación para adopción y matrimonio).

Nuevo dependiente

Es posible que usted tenga un evento 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 evento 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 *dependientes* 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 reglas del plan existente para eventos especiales de inscripción.

Nota: El período de elección de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) es independiente del (de los) *período* (s) de inscripción en 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 la cobertura o la adición de un nuevo *dependiente*.

¿Se puede agregar dependientes durante el año del plan?

Un empleado podría agregar *dependientes* elegibles durante un *año del plan* si tiene un cambio de estatus calificado o un evento especial de inscripción. Estos motivos pueden incluir matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción de un hijo, o la pérdida de la 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 tener cobertura como empleado o como *dependiente* de un empleado elegible. Solo uno de los padres puede inscribir *hijos dependiente* 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 tener cobertura como *dependiente* del plan 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 dependiente* 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;
- al finalizar la cobertura de TRS-ActiveCare de un jubilado, el jubilado solo se puede inscribir en TRS-Care si: (A) cumple 65 años o tiene un período especial de inscripción, y (B) es 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 evento 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 limitado por las reglas 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 la cobertura

La pérdida de la cobertura es elegible como un evento de inscripción especial si:

- usted o sus dependientes perdieron otra cobertura de grupo debido a una pérdida de elegibilidad;
- usted o sus dependientes 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 *dependientes* agotaron la continuación de la cobertura COBRA.

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

- Medicare;
- Medicaid;
- CHIP;
- HIPP;
- cobertura individual, cuando se encuentra fuera del 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 evento especial de inscripción. Para que se considere un evento especial de inscripción, la pérdida de la 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 eventos 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 *proveedor de atención médica* ya no participa en la *red* del plan;
- no actuar ni responder a una auditoría de elegibilidad de un *empleador*, lo que da como resultado la pérdida de la cobertura de los *dependientes*.

Para poder tener un evento especial de inscripción, cuando usted o su *dependiente* pierde otra cobertura médica, usted o su *dependiente* 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 COBRA, se puede solicitar el período especial de inscripción solo después de que se agote la continuación de la cobertura COBRA. Si la otra cobertura no fuera la continuación de la cobertura COBRA, se puede solicitar el período especial inscripción cuando usted o su *dependiente* pierde la elegibilidad para la otra cobertura. Consulte la sección Pérdida de la 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 la cobertura en lugar de un rechazo para tener un evento 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 *dependientes*, durante el *año del plan*, a menos que no se les permita hacerlo según las reglas del plan “cafetería” del distrito/entidad, Sección 125.

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 evento 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 *dependiente* de la cobertura TRS-ActiveCare, a menos que también haya ocurrido un evento especial de inscripción.

Hijos dependientes en custodia por orden judicial

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

Una orden judicial o un aviso de prestación de asistencia médica nacional que ordene a cualquier persona que no sea el empleado a proporcionar cobertura médica a un *hijo dependiente* no exige que TRS-ActiveCare proporcione la cobertura de *dependiente* para el *hijo dependiente*, y no se trata de un evento especial de inscripción para el empleado ni para ninguno de los *dependientes* elegibles del empleado.

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

Con respecto a cualquier persona que no sea el sujeto de la orden judicial o el aviso nacional de manutención médica, se aplican las reglas regulares de elegibilidad y eventos 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 el aviso nacional de manutención médica).

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

Si está sin cobertura y decide no inscribirse en TRS-ActiveCare, puede seleccionar un plan para los *hijos dependientes*. 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* aparecerán como *dependientes* y se cobrará la tarifa de la prima para empleado e *hijos*.

Otros dependientes en custodia por orden judicial

Una orden judicial o un aviso nacional de manutención médica que ordena a un empleado a proporcionar cobertura médica para un excónyuge u otros *dependientes* que no sean *hijos* elegibles bajo las reglas de elegibilidad TRS-ActiveCare no exige que TRS-ActiveCare proporcione cobertura de *dependiente* como resultado de la orden judicial o el aviso nacional de manutención médica.

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

Fecha efectiva de la cobertura

La *fecha efectiva* es la fecha en que TRS-ActiveCare comienza para un *participante*. Consulte la siguiente tabla para determinar la *fecha efectiva* de la cobertura. Los períodos de espera de condiciones de salud preexistentes y la cobertura válida ya no se aplican.

Si...	Su fecha efectiva es:	La fecha efectiva de su dependiente 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 <i>fecha efectiva</i> de la cobertura del empleado. <i>En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.</i>
Rechazos		
El empleado se inscribe para la cobertura durante el <i>período de inscripción</i> y originalmente ha rechazado la cobertura en TRS-ActiveCare.	1 de septiembre	1 de septiembre
Nuevas contrataciones		
Un nuevo empleado en un puesto con cobertura a través de TRS que es un asegurado de TRS en la fecha en que está laboralmente activo se inscribe para recibir cobertura dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que está laboralmente activo.	La elección del empleado entre: su fecha de trabajo activo, o el primer día del mes posterior a la fecha en que está laboralmente activo. <i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. Las nuevas contrataciones tienen que elegir la fecha efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que se está laboralmente activo.</i>	La misma fecha que la <i>fecha efectiva</i> de la cobertura del empleado. <i>En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.</i>
Una nueva contratación en un puesto sin cobertura a través de 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 <i>fecha de elegibilidad</i> ; o (2) el primer día del mes posterior a la <i>fecha de elegibilidad</i> del empleado. <i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado tiene que elegir la fecha efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que está laboralmente activo.</i>	La misma fecha que la <i>fecha efectiva</i> de la cobertura del empleado. <i>En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.</i>

Si...	Su fecha efectiva es:	La fecha efectiva de su dependiente elegible es:
<p>Puestos sin cobertura por TRS</p> <p>Un empleado en un puesto sin cobertura a través de 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.</p> <p>Nota: Si un empleado actual fuera un empleado de tiempo parcial elegible durante una oportunidad de inscripción para el <i>año del plan</i> vigente y después, durante el <i>año del plan</i> 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 <i>dependientes</i> 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 <i>año del plan</i> vigente.</p>	<p>La elección del empleado entre: (1) su <i>fecha de elegibilidad</i>; o (2) el primer día del mes posterior a la <i>fecha de elegibilidad del empleado</i>.</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado tiene que elegir la fecha efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha de elegibilidad.</i></p>	<p>La misma fecha que la <i>fecha efectiva</i> de la cobertura.</p> <p><i>En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.</i></p>
<p>Un empleado en un puesto sin cobertura a través de 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.</p>	<p>La elección del empleado entre: (1) su <i>fecha de elegibilidad</i>; o (2) el primer día del mes posterior a la <i>fecha de elegibilidad del empleado</i>.</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado tiene que elegir la fecha efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha de elegibilidad.</i></p>	<p>La misma fecha que la <i>fecha efectiva</i> de la cobertura.</p> <p><i>En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.</i></p>
<p>Pérdida de elegibilidad debido a un cambio de dirección</p> <p>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.</p>	<p>El primer día del mes posterior a la fecha del evento.</p>	<p>La misma fecha que la <i>fecha efectiva</i> de la cobertura del empleado.</p> <p><i>En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.</i></p>

Si...	Su fecha efectiva es:	La fecha efectiva de su dependiente 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 efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que está laboralmente activo.

La misma fecha que la *fecha efectiva* de la cobertura del empleado.

En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva 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 efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que está laboralmente activo.

La misma fecha que la *fecha efectiva* de la cobertura del empleado.

En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.

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

Si...	Su fecha efectiva es:	La fecha efectiva de su dependiente elegible es:
Recién nacido/adopción/tutor legal (continuación)		
<p>Un empleado elegible, pero sin cobertura, adopta a un <i>niño</i> y decide inscribirse en un plazo de 31 días posteriores a la fecha de adopción o la fecha en que el <i>niño</i> que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado, el empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solo el empleado; o • empleado y cónyuge; o • empleado e <i>hijo</i> adoptivo; o • empleado, cónyuge e <i>hijo</i> adoptivo. <p>Un empleado elegible, pero sin cobertura, tiene un <i>hijo</i> recién nacido, el empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solo el empleado; o • solo empleado y cónyuge; o • empleado y recién nacido; o • empleado, cónyuge y recién nacido. 	<p>La fecha de adopción o la fecha en la que el <i>niño</i> que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado.</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura.</i></p> <p>La fecha de nacimiento del recién nacido. <i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura.</i></p>	<p>La fecha de adopción o la fecha en la que el <i>niño</i> que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado.</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura.</i></p> <p>La fecha de nacimiento del recién nacido.</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura.</i></p>
<p>Un empleado asegurado adopta a un <i>niño</i> y decide inscribirse en un plazo de 31 días posteriores a la fecha de adopción o la fecha en que el <i>niño</i> que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado, el empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solo el <i>hijo</i> adoptivo; o • solo el cónyuge; o • el cónyuge y/o el <i>hijo</i> adoptivo. 		<p>La fecha de adopción o la fecha en la que el <i>niño</i> que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado. <i>Si solo inscribe al hijo adoptivo, no se aplica la prima el primer mes calendario si la fecha de nacimiento no es el primer día del mes. Si inscribe a cualquier otro dependiente elegible, la prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura.</i></p>
<p>Un empleado con cobertura se convierte en tutor legal de un <i>hijo dependiente</i> elegible y decide inscribir al <i>dependiente</i> dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que se otorga la tutela legal.</p> <p><i>También puede agregar en este momento a otros dependientes elegibles.</i></p> <p><i>El otorgamiento de la tutela legal no es un evento de inscripción especial para un empleado sin cobertura o para sus dependientes.</i></p>		<p>La fecha en que se otorga la tutela.</p> <p><i>No se aplica la prima el primer mes calendario si la fecha de notificación es distinta del primer día del mes.</i></p>
<p>Un empleado con cobertura agrega un <i>hijo dependiente</i> elegible y ordenado por el tribunal después de que el distrito/entidad participante recibe un aviso de la orden judicial o el aviso de asistencia médica nacional.</p> <p><i>También puede agregar en este momento a otros dependientes elegibles.</i></p> <p><i>Una orden judicial para un cónyuge (o excónyuge) de un empleado con cobertura no exige que TRS-ActiveCare proporcione cobertura al dependiente.</i></p>		<p>La fecha en que el distrito/entidad participante recibe la notificación de la orden judicial o el aviso nacional de manutención médica.</p> <p><i>No se aplica la prima el primer mes calendario si la fecha de notificación es distinta del primer día del mes.</i></p>

Si...	Su fecha efectiva es:	La fecha efectiva de su dependiente elegible es:
<p>Un empleado elegible, pero sin cobertura, agrega a un <i>hijo dependiente</i> elegible después de que el distrito/la entidad participante recibe un aviso de la orden judicial o un aviso de asistencia médica nacional.</p> <p><i>También puede agregar en este momento a otros dependientes elegibles. Una orden judicial es un evento especial de inscripción para el empleado. Si el empleado decide inscribirse a sí mismo y a otros dependientes elegibles, tienen 31 días después de la fecha en que el distrito/entidad participante recibe la orden judicial o el aviso nacional de apoyo médico para inscribirse</i></p>	<p>La fecha en que el distrito/entidad participante recibe la notificación de la orden judicial o el aviso nacional de manutención médica.</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura.</i></p>	<p>La fecha en que el distrito/entidad participante recibe la notificación de la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica.</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura.</i></p>
<p>Un empleado con cobertura agrega a un nieto recién nacido elegible o a otro <i>niño</i> 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.</p>		<p>La fecha de nacimiento del recién nacido <i>No se aplica la prima el primer mes calendario si la fecha de nacimiento no es el primer día del mes.</i></p>
<p>Un empleado con cobertura agrega a un nieto elegible o a otro <i>niño</i> que tenga una relación regular de padre-hijo con el empleado en un plazo de 31 días después de que el <i>niño</i> sea elegible como <i>dependiente</i>. <i>Agregar a un nieto o a otro niño que tenga una relación regular de padre-hijo con el empleado no es un evento especial de inscripción para un empleado sin cobertura o sus dependientes.</i></p>		<p>El primer día del mes después de la fecha en que el <i>niño</i> es elegible como <i>dependiente</i>.</p>
Matrimonio/cambio de nombre		
<p>Un empleado con 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solo el cónyuge; • <i>hijos</i> elegibles del cónyuge; o • cónyuge e <i>hijos</i> elegibles del cónyuge. <p><i>También puede agregar en este momento a otros dependientes elegibles.</i></p>		<p>El primer día del mes posterior a la fecha del matrimonio.</p>

Si...	Su fecha efectiva es:	La fecha efectiva de su dependiente 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. <i>También puede agregar en este momento a otros dependientes elegibles.</i>	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 de la agencia de Texas Health and Human Services, con respecto a su elegibilidad para HIPP y elige inscribirse dentro de los 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 eventos de inscripción especial en un plazo de 31 días posteriores al evento elegible.	El primer día del mes posterior a la fecha del evento.	El primer día del mes posterior a la fecha del evento.

Notifique inmediatamente a su Administrador de beneficios para:

- finalizar la cobertura de TRS-ActiveCare para un cónyuge tras un divorcio;
- finalizar 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 *dependientes* con cobertura 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 reglas 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 Regla 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 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 *dependiente* finalizará:

- cuando finalice la cobertura del empleado;
- el último día del mes en el que pierde su estado de *dependiente* elegible (por ejemplo, la cobertura de su cónyuge finalizará si se divorcian);
- el último día del mes en el que el dependiente 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 COBRA;
- cuando usted deje de realizar los pagos de contribución de primas requeridos para la cobertura del *dependiente*.

¿Se puede dejar la cobertura durante el año del plan?

A menos que esté limitado 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 dependiente. 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 evento de inscripción especial. **Nota:** Usted no puede elegir retirarse de la cobertura retroactivamente; se requiere una fecha de cancelación futura.

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

La cobertura para un *hijo dependiente* 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 *dependiente* discapacitado.

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

Usted (y el *médico* tratante de su *dependiente*) tiene que completar un formulario de *Autorización de dependiente 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 o antes de la fecha en que cumple 26 años. 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 o antes de la fecha en que cumple 26 años.

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 efectiva* 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 *dependiente* discapacitado. Los padres y abuelos del empleado con cobertura no cumplen con la definición de un *dependiente* elegible.

Continuación de la cobertura de grupo (COBRA)

Consulte la subsección **Continuación de cobertura de grupo: federal** en este manual 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 and Blue Shield y los *proveedores* que no tienen un contrato con BCBSTX ni con ningún otro plan de Blue Cross and 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 de servicios médicos fuera 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 manual de beneficios para entender las guías 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 con base en cada caso en particular. El coordinador asignado al caso de BCBSTX iniciará la administración de casos clínicos en las situaciones adecuadas.

Libertad de elección

<i>Cada vez que necesite atención médica, usted puede elegir entre:</i>		
Consultar a un proveedor dentro de la red	Consultar a un proveedor de servicios médicos fuera de la red	
	Proveedor de ParPlan (para obtener más información, consulte ParPlan a continuación)	Proveedor de servicios médicos fuera de la red (no un proveedor con contrato)
<ul style="list-style-type: none"> • usted recibe el nivel más alto de beneficios (<i>beneficios dentro de la red</i>); • no se le exige que presente formularios de reclamación; • no se le factura el saldo adicional; los <i>proveedores de servicios médicos dentro de la red</i> no facturarán los costos que superen el <i>monto permitido</i> de BCBSTX para los servicios con cobertura; • su <i>proveedor</i> puede presentar una <i>revisión clínica opcional recomendada</i> en su nombre. 	<ul style="list-style-type: none"> • usted recibe el nivel más bajo de beneficios (<i>beneficios fuera de la red</i>); • en la mayoría de los casos, no se le exige que presente formularios de reclamación; los <i>proveedores de ParPlan</i> generalmente presentarán las reclamaciones por usted; • no se le factura el saldo adicional; los <i>proveedores de ParPlan</i> no facturarán los costos que superen el <i>monto permitido</i> de BCBSTX para los servicios con cobertura; • en la mayoría de los casos, los <i>proveedores de ParPlan</i> pueden presentar una <i>revisión clínica opcional recomendada</i> en su nombre. 	<ul style="list-style-type: none"> • usted recibe <i>beneficios fuera de la red</i> (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 con cobertura; • debe enviar una <i>revisión clínica opcional recomendada</i> en su nombre.

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 específica de su cobertura, que incluye, pero no se limita a 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 la *cobertura médica del empleador* a través de 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 hay un cambio en su familia, es posible que sea necesario emitirle una nueva tarjeta de asegurado (consulte la sección **QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS** para obtener instrucciones sobre qué hacer cuando hay cambios). Al recibir el cambio en la información, BCBSTX proporcionará una nueva tarjeta de asegurado.

Ejemplo de tarjetas de asegurado

TRS-ActiveCare HD

 <p>BlueCross BlueShield of Texas An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association</p> <p>Subscriber Name: JANE SMITH Identification Number: T2U123456789 Group Number: 385000 Coverage Date: 09/01/23</p> <p>BCA SINGLE</p>	 <p>TRS-ActiveCare HD</p> <table border="0"> <tr> <td>Deductible</td> <td>\$3,200/\$6,400</td> </tr> <tr> <td>Medical Services</td> <td>30% after ded.</td> </tr> <tr> <td>ER</td> <td>30% after ded.</td> </tr> <tr> <td>Free-Standing ER</td> <td>\$500+ded+30%</td> </tr> <tr> <td>Teladoc / RediMD</td> <td>\$42 / \$30</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Blue Edge PPO</p>	Deductible	\$3,200/\$6,400	Medical Services	30% after ded.	ER	30% after ded.	Free-Standing ER	\$500+ded+30%	Teladoc / RediMD	\$42 / \$30
Deductible	\$3,200/\$6,400										
Medical Services	30% after ded.										
ER	30% after ded.										
Free-Standing ER	\$500+ded+30%										
Teladoc / RediMD	\$42 / \$30										
 <p>BlueCross BlueShield of Texas</p> <p><small>This card does not guarantee coverage and to verify benefits, review claims, or find a provider visit www.bcbstx.com/trsactivecare or call toll-free 1-866-355-5999. File claims with your local BCBS Plan. Text MYTRS to 33633 for Benefit Information</small></p> <p>www.bcbstx.com/trsactivecare Customer Service 1-866-355-5999 24/7 Nurseline 1-833-968-1770</p> <p>Deductible Information Ind/Fam In Network \$3,200/\$6,400 Ind/Fam Out of Network \$6,400/\$12,800</p> <p>Out of Pocket Maximum Information Ind/Fam In Network \$8,050/\$16,100 Ind/Fam Out of Network \$20,250/\$40,500</p> <p><small>BlueCross BlueShield of Texas, an independent licensee of the BlueCross BlueShield Association, provides claims administration and claims are self-funded</small></p>											

TRS-ActiveCare 2

 <p>BlueCross BlueShield of Texas An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association</p> <p>Subscriber Name: MEMBER NAME Identification Number: T2S123456789 Group Number: 385002 Coverage Date: 09/01/22</p> <p>BCA SINGLE</p>	 <p>TRS-ActiveCare 2</p> <table border="0"> <tr> <td>PCP/Specialist</td> <td>\$30/\$70</td> </tr> <tr> <td>Urgent Care</td> <td>\$50</td> </tr> <tr> <td>ER</td> <td>\$250 + ded + 20%</td> </tr> <tr> <td>Free-Standing ER</td> <td>\$500 + ded + 20%</td> </tr> <tr> <td>Teladoc / RediMD</td> <td>\$12 / \$0</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Blue Edge PPO</p>	PCP/Specialist	\$30/\$70	Urgent Care	\$50	ER	\$250 + ded + 20%	Free-Standing ER	\$500 + ded + 20%	Teladoc / RediMD	\$12 / \$0
PCP/Specialist	\$30/\$70										
Urgent Care	\$50										
ER	\$250 + ded + 20%										
Free-Standing ER	\$500 + ded + 20%										
Teladoc / RediMD	\$12 / \$0										
 <p>BlueCross BlueShield of Texas</p> <p><small>This card does not guarantee coverage and to verify benefits, review claims, or find a provider visit www.bcbstx.com/trsactivecare or call toll-free 1-866-355-5999. File claims with your local BCBS Plan. Text MYTRS to 33633 for Benefit Information</small></p> <p>www.bcbstx.com/trsactivecare Customer Service 1-866-355-5999 24/7 Nurseline 1-833-968-1770</p> <p>Deductible Information Ind/Fam In Network \$1,000/\$3,000 Ind/Fam Out of Network \$2,000/\$6,000</p> <p>Out of Pocket Maximum Information Ind/Fam In Network \$7,900/\$15,800 Ind/Fam Out of Network \$23,700/\$47,400</p> <p><small>BlueCross BlueShield of Texas, an independent licensee of the BlueCross BlueShield Association, provides claims administration and claims are self-funded</small></p>											

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 *dependientes* con cobertura incluye, entre otras, las siguientes acciones, cuando se realicen de manera intencional:
 - a. uso de la tarjeta de asegurado antes de la *fecha efectiva de la cobertura*;
 - 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 provocar la aplicación de las siguientes sanciones, entre otras, a todos los *participantes* bajo 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. devolución de parte de usted o cualquiera de sus *dependientes* con cobertura 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*. Hay exclusiones de beneficios del plan SELECT que son únicas para su plan y que son separadas de las determinaciones de necesidad médica.

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 manual 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.

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

Disposición de condiciones de salud preexistentes

Los beneficios por los *gastos elegibles* para el tratamiento de una condición preexistente estarán disponibles inmediatamente sin el *período de espera* para estas condiciones.

Proveedores de atención médica especializada

Dentro de la *red* se incluye un amplio rango de *proveedores de atención médica especializada*. Cuando usted requiera la atención de un especialista, tendrá disponibles los *beneficios dentro de la red*, pero solamente si acude a un *proveedor dentro de la red*.

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

- si los servicios que usted requiere no están disponibles por parte de *proveedores de servicios médicos fuera de la red* y BCBSTX autoriza previamente su consulta a un *proveedor de servicios médicos fuera de la red* antes de que asista a la consulta, se proporcionarán *beneficios dentro de la red*;
- si decide consultar a un *proveedor de servicios médicos fuera de la red* y si un *proveedor dentro 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 con cobertura serán reembolsados 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 manual 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 factura con 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.

DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS

Determinación de la utilización de tratamientos

La determinación de la utilización de tratamientos puede denominarse como revisiones de las *necesidades médicas*, revisión de la utilización (UR, en inglés) o revisiones de la gestión médica. Una revisión de *necesidad médica* para un procedimiento/servicio, tratamiento farmacológico, ingreso de paciente hospitalizado y duración de la hospitalización se basa en la política médica de BCBSTX o en los criterios de revisión del nivel de atención. Las revisiones de *necesidad médica* pueden ocurrir antes de que se presten los servicios, durante el curso de la atención médica o después de que la atención médica se haya completado para una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio*. Puede enviar una *revisión clínica recomendada* opcional antes del inicio de los servicios, mientras que otros servicios estarán sujetos a una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio*. Si se solicita, los servicios que normalmente están sujetos a una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio* se pueden revisar para determinar su *necesidad médica* antes de la prestación del servicio a través de una *revisión clínica recomendada*. La cobertura de beneficios por parte de su seguro de gastos médicos tiene prioridad sobre las revisiones de necesidad médica. Las revisiones de necesidad médica no garantizan los beneficios ni el pago por parte de su plan. La cobertura de los beneficios está sujeta a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del plan.

Consulte la definición de necesidad médica o *médicamente necesario* en la sección **DEFINICIONES** de este manual de beneficios, a fin de obtener más información sobre las limitaciones o condiciones especiales relacionadas con sus beneficios.

Opción de revisión clínica recomendada

Hay servicios que no requieren una *autorización previa* que pueden estar sujetos a una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio* antes de que se pague la reclamación. Los servicios que no son *médicamente necesarios* no cuentan con cobertura del plan. Existe la opción de que su *proveedor* solicite una *revisión clínica recomendada* para determinar si el servicio satisface la necesidad médica aprobada. Una vez que se haya tomado una decisión sobre los servicios revisados como parte del proceso de *revisión clínica recomendada*, no se revisarán los mismos servicios para determinar la *necesidad médica* después de que se hayan prestado.

Para determinar si hay una *revisión clínica recomendada* disponible para un servicio específico, visite nuestro sitio web en www.bcbstx.com/find-care/where-you-go-matters/utilization-management.com para obtener la lista de *revisiones clínicas recomendadas*, que se actualiza cuando se añaden nuevos servicios o cuando se eliminan servicios. También puede comunicarse con su guía personal de la salud si llama al 1-866-355-5999. Este sitio web también incluye información sobre los servicios que requieren *autorización previa* antes de que se presten los servicios.

Una *revisión clínica recomendada* no es una garantía de los beneficios o del pago de los beneficios por parte de BCBSTX. La disponibilidad real de los beneficios está sujeta a la elegibilidad y a otros términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de este plan. Incluso si el servicio ha sido aprobado en una *revisión clínica recomendada*, la cobertura o el pago pueden verse afectados por una variedad de razones, incluida la cobertura de los beneficios del plan y los términos de exclusión. Por ejemplo, es posible que haya dejado de ser elegible desde la fecha del servicio o que los beneficios del asegurado hayan cambiado a partir de la fecha del servicio.

El proceso de *revisión clínica recomendada* puede requerir documentación adicional de su *proveedor* o farmacéutico. Además de la solicitud por escrito para una *revisión clínica recomendada*, el *proveedor* o farmacéutico puede ser requerido con fines de incluir documentación pertinente que explique los servicios propuestos, los aspectos funcionales del tratamiento, el resultado proyectado, plan de tratamiento y cualquier otra documentación justificativa como parte del plan de atención, tratamientos farmacológicos, estados detallados de los costos de reparación y sustitución, fotografías, radiografías, etc., como puede ser solicitado por BCBSTX para hacer una determinación de cobertura de acuerdo con los términos y condiciones de este plan.

En el caso de que en una *revisión clínica recomendada* se determine que los servicios propuestos no son *médicamente necesarios*, usted tiene el derecho de presentar una apelación como se describe en la sección PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES. Todos los requisitos de apelación y revisión relacionados con las determinaciones de *necesidad médica*, incluida la revisión independiente, se aplican a los servicios en los que su *proveedor* solicita una *revisión clínica recomendada*.

Se puede presentar una *revisión clínica recomendada* opcional para los siguientes tipos de servicios:

- todas las admisiones hospitalarias electivas para pacientes hospitalizados;
- gastos de atención médica a largo plazo;
- atención médica a domicilio;
- terapia de infusión en el hogar;
- cuidados de hospicio en el hogar;
- pruebas de laboratorio de genética molecular;
- terapia de radiación;
- trasplantes y evaluaciones de trasplantes;
- cirugía para pacientes ambulatorios realizada en un *hospital* o centro quirúrgico para pacientes ambulatorios para servicios *fuera de la red* únicamente;
- transporte en ambulancia aérea que no sea de emergencia: ala fija (consulte la definición de [ambulancia aérea de ala fija](#) en la sección **DEFINICIONES** de este manual de beneficios);
- procedimientos/servicios para pacientes ambulatorios:
 - a. **cardíaco (relacionado con el corazón):**
 - (1) diagnóstico por imágenes avanzadas para cardiología;
 - (2) aféresis de lípidos en cardiología.
 - 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. **neurología:**
 - (1) estimulación cerebral profunda;
 - (2) neuromodulación/estimulación del nervio sacro.
 - e. **ortopédico (musculoesquelético):**
 - (1) MSK - cirugía de articulación o de la columna;
 - (2) MSK - manejo del dolor.
 - f. **manejo del dolor:**
 - (1) estimulación del nervio occipital.
 - g. **radiología:**
 - (1) diagnóstico por imágenes avanzadas.
 - h. **medicina del sueño:**
 - (1) estudios del sueño, terapia y suministros de presión positiva en las vías respiratorias (PAP), monitoreo del cumplimiento de la terapia.
 - i. **procedimientos quirúrgicos:**
 - (1) cirugía para pacientes ambulatorios de mandíbula;
 - (2) cirugía para pacientes ambulatorios de mama;
 - (3) desactivación quirúrgica de los sitios desencadenantes de dolor de cabeza.
 - j. **farmacia de medicamentos especializados:**
 - (1) medicamentos de farmacia especializada con cobertura por beneficios médicos que incluyen los siguientes:
 - lugar de infusión en el que se vaya a administrar;
 - oncología médica y cuidados médicos de apoyo;
 - tratamientos farmacológicos administrados por el proveedor.
 - k. **cuidado de heridas:**
 - (1) terapia sistémica de oxígeno hiperbárico (HBO2).
- todo tratamiento hospitalario de *atención de salud mental/enfermedad mental grave* incluidos los programas de hospitalización parcial y el tratamiento recibido en *centros de tratamiento residencial*;
- todo tratamiento hospitalario para el *trastorno por consumo de sustancias (SUD)* incluidos los programas de hospitalización parcial y el tratamiento recibido en *centros de tratamiento residencial*;
- si se traslada a otro centro o a una unidad especializada, o desde esta, dentro del centro;

- el siguiente tratamiento ambulatorio de *atención 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 en salud mental (vea los detalles de la cobertura que se describen en los [Beneficios para el trastorno del espectro autista](#) en la sección **SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA** de este manual de beneficios);
 - c. terapia electroconvulsiva para pacientes ambulatorios;
 - d. programa intensivo para pacientes ambulatorios;
 - e. estimulación magnética transcraneal repetitiva.

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

Su proveedor dentro de la red debe buscar una revisión clínica para admisiones hospitalarias de emergencia o no planificados.

Servicios de salud mental

Para una admisión hospitalaria de emergencia *para pacientes internados*, consulte la sección a continuación titulada *Revisión clínica recomendada para Admisiones hospitalarias de emergencia para pacientes internados*. Con el fin de recibir los máximos beneficios bajo este manual de beneficios, usted o su proveedor pueden presentar una *revisión clínica recomendada* opcional de admisiones de emergencia para *atención 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 *proveedor de servicios de salud mental*.

Se puede presentar una revisión clínica recomendada opcional para los siguientes tipos de servicios de salud mental:

- 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.

Revisión clínica recomendada para admisiones hospitalarias de pacientes internados de emergencia

En el caso de una *admisión hospitalaria de emergencia o no planificada* (quirúrgico, no quirúrgico, atención de salud mental/enfermedad mental grave o trastorno por consumo de sustancias), su proveedor debe buscar una revisión clínica. La convocatoria para revisión clínica deberá realizarse dentro de los dos días hábiles siguientes al ingreso, o tan pronto como sea razonablemente posible. Si no se obtiene una revisión clínica, el servicio estará sujeto a una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio*.

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 *proveedor de servicios médicos*.

Después del horario hábil o durante los fines de semana, llame a su **guía personal de la salud** 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 *proveedor de servicios médicos*.

Los *beneficios dentro de la red* estarán disponibles si acude a un *proveedor dentro de la red* o a un *proveedor de atención médica especializada dentro de la red*. Si elige usar *proveedores de servicios médicos fuera de la red* para servicios y suministros disponibles *dentro de la red*, se pagarán los *beneficios fuera de la red*. Los *proveedores de servicios médicos dentro de la red* y *fuera de la red* pueden solicitar una *revisión clínica recomendada* para usted.

No obstante, si la atención médica no está disponible por parte de *proveedores de servicios médicos dentro de la red*, según lo determina BCBSTX, y BCBSTX autoriza, **previamente que su consulta** con *proveedores de servicios médicos fuera de la red* tenga cobertura a nivel del *beneficio dentro de la red*, se pagarán los *beneficios dentro de la red*; de lo contrario, se pagarán *los beneficios fuera de la red*.

Cuando se realiza una revisión clínica de una *admisión hospitalaria* de emergencia para pacientes internados, se le asigna una duración de la hospitalización. Si usted requiere de una hospitalización más larga, su *proveedor* puede buscar una ampliación para los días adicionales. Los beneficios no estarán disponibles para los cargos por alojamiento y comida de los días que no sean médicamente necesarios. Para obtener más información sobre las duraciones de la estadía, consulte la subsección **Revisión de la duración de la hospitalización/servicio** de este manual de beneficios.

Revisión de la duración de la hospitalización/servicio

La revisión de la duración de la hospitalización/servicio no es garantía de beneficios. La disponibilidad real de los beneficios está sujeta a la elegibilidad y a los demás términos, condiciones, limitaciones y exclusiones en este Plan.

Una vez que la revisión del preingreso o del ingreso de emergencia haya sido completada, BCBSTX le enviará una carta para confirmar que usted o su representante llamaron a BCBSTX. Se enviará una carta con la autorización de una duración del servicio o de la hospitalización a usted, a su Médico, a su Proveedor de servicios o al hospital o centro. La extensión de la duración de la hospitalización/servicio se basará únicamente en si la atención hospitalaria continua u otros servicios de atención médica son *médicamente necesarios*. Si se determina que la extensión no es *médicamente necesaria*, no se extenderá la cobertura de la duración de la hospitalización o servicio, a menos que se describa lo contrario en la sección **PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTAR RECLAMACIONES** en este manual de beneficios.

Una revisión de la duración de la hospitalización o servicio, también conocida como una revisión concurrente *de necesidad médica*, es cuando usted, su Proveedor u otro representante autorizado pueden presentar una solicitud a BCBSTX para obtener servicios continuados. Si usted, su proveedor o representante autorizado solicita extender la atención después del límite de tiempo aprobado y es una solicitud que implica atención médica inmediata/urgente o un tratamiento en curso, BCBSTX tomará una determinación sobre la solicitud lo antes posible (tomando en cuenta las exigencias médicas), antes de 72 horas después de recibir la solicitud inicial, o dentro de las 48 horas después de recibir la información que falte (si la solicitud inicial está incompleta).

Revisión clínica recomendada opcional de una extensión de la duración mínima de la hospitalización solicitada para la atención en maternidad y el tratamiento del cáncer de mama

Su *plan* tiene la obligación de proporcionar una duración de la hospitalización 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 una disección de nódulo linfático.

Usted o su *proveedor* no están obligados a presentar una *revisión clínica recomendada* opcional para la duración de una hospitalización inferior a 48 horas (o 96 horas) para *atención en maternidad* o inferior a 48 horas (o 24 horas) para el tratamiento del cáncer de mama. Si usted requiere una estadía más larga, usted o su *proveedor* deben buscar una extensión para los días adicionales presentando una *revisión clínica recomendada* opcional de BCBSTX.

Revisión clínica recomendada opcional para gastos de atención médica a largo plazo y terapia de infusión en el hogar

La *revisión clínica recomendada* para *gastos de atención médica a largo plazo y terapia de infusión en el hogar* se puede obtener si la agencia o el centro que proporciona los servicios se comunica con BCBSTX para solicitar una *revisión clínica recomendada*. La solicitud podrá realizarse:

- 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;
- cuando el plan de tratamiento se modifica.

BCBSTX revisará la información presentada y le enviará una carta a usted y a la agencia o centro confirmando la *necesidad médica*. 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.

Revisión clínica recomendada opcional para atención de salud mental, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias

Para recibir los máximos beneficios, usted puede presentar una *revisión clínica recomendada* opcional del *plan* de todo el tratamiento de pacientes hospitalizados para *atención de salud mental, enfermedad mental grave y trastorno por consumo de sustancias*. Su **guía personal de la salud** está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los *beneficios dentro de la red* estarán disponibles si acude a un *proveedor dentro de la red* o a un *proveedor de atención médica especializada dentro de la red*. Si elige usar *proveedores de servicios médicos fuera de la red* para servicios y suministros disponibles *dentro de la red*, se pagarán los *beneficios fuera de la red*. Los *proveedores de servicios médicos dentro de la red y fuera de la red* pueden *obtener una revisión clínica recomendada* para usted.

No obstante, si la atención médica no está disponible por parte de *proveedores de servicios médicos dentro de la red* según lo determina BCBSTX, y BCBSTX autoriza, **previamente que su consulta** con un *proveedor de servicios médicos fuera de la red* tenga cobertura a nivel del *beneficio dentro de la red*, se pagarán los *beneficios dentro de la red*; de lo contrario, se pagarán los *beneficios fuera de la red*.

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

Revisión de la necesidad médica posterior al servicio

Una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio*, a veces conocida como *revisión retrospectiva* o *solicitud de reclamaciones posteriores al servicio*, es el proceso de determinar la cobertura después de que se haya proporcionado el tratamiento y se basa en las directrices de *necesidad médica*. En una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio* se confirma su elegibilidad, disponibilidad de beneficios en el momento del servicio, además se revisa la documentación clínica necesaria para asegurar que el servicio fue *médicamente necesario*. Los proveedores deben presentar la documentación apropiada en el momento de solicitar una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio*. Se puede realizar una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio* cuando no se haya obtenido una *autorización previa* o una *revisión clínica recomendada* antes de la prestación de los servicios.

Disposiciones generales aplicables a todas las revisiones de necesidad médica posteriores al servicio

- **no es garantía de pago;**
Una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio* no es una garantía de cobertura y pago de beneficios. La disponibilidad real de los beneficios está sujeta a la elegibilidad y a otros términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de este *plan*. La *revisión de la necesidad médica posterior al servicio* no garantiza que BCBSTX pague los beneficios; por ejemplo, usted puede no ser elegible a partir de la fecha del servicio o sus beneficios de cobertura pueden haber cambiado a partir de la fecha del servicio.

- **solicitud de información adicional;**

El proceso de *revisión de la necesidad médica posterior al servicio* puede requerir documentación adicional de su *proveedor* o farmacéutico. Además de la solicitud por escrito para que se lleve a cabo una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio*, se puede requerir al *proveedor de servicios médicos* o farmacéutico que incluya documentación pertinente que explique los servicios prestados, los aspectos funcionales del tratamiento, el resultado proyectado, el plan de tratamiento y cualquier otra documentación de apoyo, modelos de estudio, receta médica, declaraciones detalladas de costos por reparación y remplazos, fotografías, radiografías, etc., según lo solicite BCBSTX para realizar una determinación sobre la cobertura de acuerdo con los términos y condiciones de este *plan*.

No se ha obtenido una revisión clínica recomendada

Si no se obtiene la *revisión clínica recomendada* para *admisiones hospitalarias* de pacientes hospitalizados, *gastos de atención médica a largo plazo*, *terapia de infusión en el hogar*, servicios médicos para *pacientes ambulatorios*, todos los tratamientos para pacientes ambulatorios y hospitalizados especificados anteriormente de *atención de salud mental*, tratamiento de *enfermedad mental grave*, y tratamiento para el *trastorno por consumo de sustancias*:

- 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 necesarios* o es *experimental/investigativo*, se le podrían negar los beneficios.

PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTAR 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, otros *proveedores de atención médica* (como los proveedores de *ParPlan*) presentarán su reclamación directamente a BCBSTX por los servicios que le fueron proporcionados a usted o a cualquiera de sus *dependientes* 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 proveedor de atención médica 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 personal de la salud 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 disposiciones se aplican a cada participante individualmente. Incluya facturas detalladas del proveedor de atención médica, 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 fallecimiento, 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 subsección **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 dependiente* 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 con derecho a visita de un *niño*;
- BCBSTX todavía no haya pagado ninguna parte de la reclamación.

Para que los beneficios sean pagaderos a un custodio principal o custodio con derecho a visita de un *niño*, el custodio principal o custodio con derecho a 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 con derecho a 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 que BCBSTX presente y reciba después de ese período no se tomará en cuenta para el pago de beneficios.

Comprobante 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 las determinaciones de reclamaciones

Determinaciones de reclamaciones

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 disposiciones 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 el plazo 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/urgente** es cualquier reclamación previa al servicio por beneficios de atención o tratamiento médico con respecto al cual la aplicación de períodos de tiempo regulares para tomar decisiones sobre reclamaciones de salud podría poner en grave peligro la vida o la salud del reclamante o la capacidad del reclamante de recuperar la función máxima o, en opinión de un *médico* con conocimiento de la condición médica del reclamante, lo sometería a un dolor severo que no puede controlarse adecuadamente sin atención 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;
- **reclamo de cuidado concurrente** 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/urgente;
- **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	Reclamos de cuidado concurrente
¿Cuál es la fecha límite 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	<p>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/urgente 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.</p> <p>Nota: 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/urgente. Si una solicitud para extender un curso de tratamiento no es una Reclamación de atención médica inmediata/urgente, la solicitud puede tratarse como una nueva reclamación previa al servicio o posterior al servicio, según las circunstancias.</p>
¿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	Reclamos de cuidado concurrente
¿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 tomar una decisión 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 la fecha límite 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. Para las reclamaciones previas al servicio que nombran a un demandante, una condición médica y un servicio o suministro específicos, para los cuales se solicita aprobación y que se envían a un representante de BCBSTX responsable de los asuntos relacionados con los beneficios, pero que de otro modo no siguen los procedimientos para presentar reclamaciones previas al servicio, se le notificará a usted sobre la situación dentro de los 5 días (dentro de las 24 horas en el caso de una reclamación de atención médica inmediata/urgente) y sobre los procedimientos adecuados que se deben seguir. El aviso puede ser verbal, 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 manual 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 disposiciones del *plan* y exclusiones de beneficios en que se basa 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 *proveedor de atención médica*, el monto de reclamación (si corresponde), los códigos de rechazo con sus significados y los estándares utilizados;
Tenga en cuenta que, 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 externa) y los límites de tiempo aplicables, así como 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 regla, guía, protocolo u otro criterio interno similar utilizado como base para tomar la determinación, o una declaración de que se proporcionará una copia de dicha regla, guía, 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/urgente, 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/urgente, siempre y cuando se entregue un aviso por escrito al reclamante en un plazo de tres días a partir del aviso verbal.
- 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 decisiones - 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/urgente, 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 (por un método que no sea la enmienda o la finalización del plan de beneficios del *empleador*) antes del fin del período de tratamiento aprobado, esto también es 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/urgente, usted tiene derecho a una revisión acelerada. También tiene derecho a solicitar una revisión externa acelerada de su Reclamación de atención médica inmediata/urgente 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/urgente, un *proveedor de atención médica* puede apelar en su nombre. A excepción de situaciones de Reclamación de atención médica inmediata/urgente, 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 personal de la salud 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 para 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 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 llevarán 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 personal de la salud 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/urgente	Reclamación previa al servicio	Reclamación posterior al servicio
Fecha límite en la que un reclamante será notificado sobre la decisión de una apelación.	Lo antes posible considerando las exigencias médicas, pero no más de 72 horas después de recibir la solicitud de revisión. Nota: La solicitud podrá presentarse por escrito o en forma 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 *proveedor de atención médica* 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 disposiciones 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 *proveedor de atención médica*, el monto de reclamación (si corresponde), los códigos de rechazo con sus significados y los estándares utilizados;

Tenga en cuenta que los códigos de diagnóstico/tratamiento con sus significados y los estándares empleados también están disponibles si se solicitan.

- 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 regla, guía, protocolo u otro criterio interno similar utilizado como base para tomar la determinación, o una declaración de que se proporcionará una copia de dicha regla, guía, 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 subsección **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 personal de la salud 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 personal de la salud 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 para Empleados al 1-866-444-EBSA (3272).

Criterios de revisión externa

Nota importante: Los servicios o medicamentos excluidos por el beneficio de este plan no están sujetos al proceso de Revisión Externa y por lo tanto, no están sujetos a revisión por una Organización de Revisión Independiente (IRO).

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 con cobertura; 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 disposiciones 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 un proceso de 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 tiene o tuvo cobertura 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, tuvo cobertura 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 se relaciona con su incumplimiento de los requisitos de elegibilidad según los términos de su seguro de gastos médicos según lo determinado por su empleador o el plan (por ejemplo, clasificación del trabajador o determinación similar);
- c. usted ha agotado el proceso de apelación interno de BCBSTX, a menos que no se le exija que agote dicho proceso conforme a las regulaciones finales provisionales. Lea más adelante la subsección **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 laborable 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 para Empleados del Departamento de Trabajo (número gratuito 1-866-444-EBSA [3272]).

- **referencia (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 el rechazo 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. Este aviso 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 del aviso, 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 laborable 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 laborable, 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 laborable 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 proveedor de servicios médicos;
 - (4) los términos y la cobertura de beneficios de su plan para garantizar que la decisión de la IRO no sea contraria a los términos de su seguro de gastos médicos, a menos que los términos sean incompatibles con la ley aplicable;
 - (5) las guías de práctica apropiadas, que deben incluir estándares aplicables basados en la evidencia y que pueden incluir cualquier otra guía 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, a menos 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 *proveedor de atención médica*, 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 disposiciones 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, excepto en la medida en 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, a menos 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 subsección **Revisión externa estándar** descrita anteriormente. BCBSTX tiene que enviarle de inmediato un aviso de su determinación de elegibilidad que cumpla con los requisitos establecidos en la subsección anterior **Revisión externa estándar**.

- **referencia 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 subsección anterior **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 subsección anterior **Revisión externa estándar**, tan rápido como su condición 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 según las 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 exceden el control de BCBSTX, así como 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 disposiciones 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 disposiciones del *plan*.

TRS tiene todos los poderes y la autoridad necesarios o apropiados para controlar y gestionar el funcionamiento y la administración del *plan*, incluidos, entre otros, la elegibilidad de una persona para que cuente con cobertura del *plan* y cualquier exclusión de beneficios del 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 manual 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 *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 al consultorio inicial para *atención en maternidad*, pero no se requerirá para las siguientes consultas.

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

Los **Servicios de atención médica preventiva** dentro de la red no están sujetos a esta disposición de *copago*.

Los servicios mencionados a continuación no son pagaderos bajo la disposición 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;
- servicios proporcionados por un *laboratorio independiente*, *centro de diagnóstico por imágenes*, radiólogo, patólogo y anestesiólogo;
- servicios o terapias de tratamiento para pacientes ambulatorios, tal como diálisis renal.

Si su **PROGRAMA DE COBERTURA** así lo muestra, se requerirá un *copago* por cada consulta en un centro de atención médica inmediata. Si después de haber obtenido estos servicios usted debe regresar a 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 disposición 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*;
- fisioterapia facturada por separado de una consulta de *atención médica inmediata/urgente*;
- modalidades ocupacionales junto con fisioterapia;
- inyecciones contra alergias, facturadas por separado de una consulta de *atención médica inmediata/urgente*;
- inyecciones terapéuticas;
- *ciertos procedimientos de diagnóstico*;
- servicios o terapias de tratamiento para pacientes ambulatorios, 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 consulta en una sala de emergencias de un *hospital* como paciente ambulatorio. Si es admitido en el *hospital* como consecuencia directa de la condición 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 consulta *hospitalaria para pacientes internados*.

Si su **PROGRAMA DE COBERTURA** así lo muestra, se requerirá un *copago* por cada incidente de cirugía para pacientes ambulatorios.

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 consulta en una sala de emergencias independiente.

Si su **PROGRAMA DE COBERTURA** así lo muestra, se requerirá un *copago* por cada consulta en una *clínica de salud en comercios locales*.

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 alcanzar, cada *año del plan*, el monto de *deducible por persona* 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: Solo tiene que cumplir con su propio deducible antes de que el plan comience a pagar coseguro.

- si usted tiene varios *dependientes* con cobertura, todos los cargos que se aplicaban a un monto de *deducible* “por persona” 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* por persona por el resto de ese *año del plan*. Ningún *participante* contribuirá al monto de *deducible* “familiar” una cantidad mayor al monto de *deducible* por persona;

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

- los **Servicios de atención médica preventiva** dentro de la red no están sujetos a *deducibles*;
- los *gastos elegibles* aplicados a incluir el *deducible* “individual” y “familiar” *dentro de la red* solo se aplicarán al *deducible dentro de la red*. Los *gastos elegibles* aplicados para incluir el *deducible* “individual” y “familiar” *fuera de la red* solo se aplicarán al *deducible fuera 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.

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 más que el “gasto máximo de bolsillo” individual con respecto al *gasto máximo de bolsillo* familiar.

A continuación, se presentan excepciones a los *montos máximos de bolsillo* descritos anteriormente:

- existen gastos *máximos* de bolsillo distintos para los beneficios dentro de la red y fuera de la red;
- los gastos elegibles aplicados para cubrir el *gasto máximo de bolsillo* “individual” y “familiar” dentro de la red solo se aplicarán al *gasto máximo de bolsillo dentro de la red*. Los *gastos elegibles* aplicados a cubrir el *gasto máximo de bolsillo* “individual” y “familiar” *fuera de la red* solo se aplicarán al *gasto máximo de bolsillo fuera de la red*.

Cambios en los beneficios

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

SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA

Gastos de hospitalización

Su seguro de gastos médicos provee cobertura para *gastos de hospitalización* tanto para usted como para sus *dependientes* elegibles. Consulte la sección sobre la [DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS](#) de este manual de beneficios para obtener información adicional sobre la *revisión clínica de admisiones hospitalarias* de pacientes internados de emergencia o no planificados y la opción de *revisión clínica recomendada*.

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 manual 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 consultas como parte de sus beneficios, si así corresponde. Cuando consulta a un *proveedor dentro de la red*, paga un porcentaje más bajo de los cargos con cobertura.

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

Consulte el [PROGRAMA DE COBERTURA](#) para obtener información relacionada con *deducibles*, *coseguro* y porcentajes que pueden aplicarse a su cobertura.

Gastos médico-quirúrgicos

Su seguro de gastos médicos proporciona cobertura para *gastos médico-quirúrgicos* tanto para usted como para sus *dependientes* asegurados. Consulte la sección sobre la **DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS** de este manual de beneficios para obtener más información sobre la opción de *revisión clínica recomendada*.

Los *copagos* aplicables tienen que pagarse a su *médico dentro de la red* u otro *proveedor dentro 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 manual 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 consultas como parte de sus beneficios, si así corresponde. Cuando consulta a un *proveedor dentro 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 anestesiólogo titulado (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 tienen cobertura 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 transporte de ambulancia terrestre o aérea al *hospital* más cercano que esté adecuadamente equipado y con el personal indicado para el tratamiento de la condición de salud del *participante*;

El transporte de ambulancia terrestre que no es de emergencia desde un *hospital* para condiciones agudas hasta 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 *médicamente necesario* cuando se cumplen determinados criterios. El transporte de ambulancia terrestre que no es de emergencia hacia o desde un *hospital* o centro médico, fuera de un entorno de *hospital* para condiciones agudas, puede considerarse *médicamente necesario* cuando se cumplen los siguientes criterios:

- a. la condición de salud del *participante* es tal que se requieren auxiliares de ambulancia capacitados para monitorear el estado clínico del *participante* (p. ej., signos vitales y oxigenación), o proporcionar tratamiento como oxígeno, líquidos o medicamentos intravenosos para 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 transporte de ambulancia terrestre que no son de emergencia prestados principalmente para la conveniencia del *participante*, la familia/encargados de los cuidados de otra persona o el *médico* del *participante* o del centro médico que lo traslada no se consideran *médicamente necesarios*.

El transporte de ambulancia aérea que no es de emergencia significa que el transporte 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 de salud agudas, puede considerarse *médicamente necesario* 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 realizar el transporte aéreo comercial ni dar un alta segura. Dicha transferencia debe realizarse al centro más cercano con capacidad para realizar los servicios *médicamente necesarios* que no estén disponibles en el centro de origen. Los servicios de transporte de ambulancia aérea que no es de emergencia proporcionados principalmente para la conveniencia del *participante*, la familia o los encargados de los cuidados de otra persona, 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*;
- *aparatos prostéticos*, incluidos los reemplazos 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 ambulatorios;

Se ha determinado que algunos servicios de infusión de medicamentos de mantenimiento de rutina para pacientes ambulatorios pueden administrarse de manera segura, fuera de un entorno *hospitalario* para pacientes ambulatorios. Los gastos de bolsillo de los participantes pueden ser menores cuando los servicios con cobertura 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 ambulatorios que no sean de mantenimiento tendrán cobertura de la misma manera que cualquier otra enfermedad. En el **PROGRAMA DE COBERTURA** se describe el pago de los Servicios de infusión. Para los 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. La

cobertura puede ser limitada cuando se puede utilizar una alternativa al entorno *hospitalario*.

- servicios o suministros que el *participante* usa durante una consulta como paciente ambulatorio 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 ambulatorios de un *hospital*;
- ciertos procedimientos de diagnóstico;
- *servicios anticonceptivos para pacientes ambulatorios*, dispositivos anticonceptivos con receta médica y anticonceptivos femeninos de venta libre específicos aprobados por la FDA con una **receta médica por escrito** de un *proveedor de atención médica* 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, condición o afección de salud, 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 fórmulas 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 de servicio privado;
- 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 *dependientes* asegurados. Consulte la sección sobre la **DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS** de este manual de beneficios para obtener más información sobre la opción de *revisión clínica recomendada*.

- como se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, su obligación de beneficios será la siguiente: al porcentaje de beneficio que figura en el apartado "*Gastos de atención médica a largo plazo*";
- hasta el número de días o consultas 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 dentro de la red* o fuera de la red (si corresponde), se aplicarán para el máximo de consultas incluidas como parte de sus beneficios, si así corresponde, en ambos niveles de beneficios.

Los máximos de las consultas incluidas como parte de sus beneficios también incluirán los beneficios proporcionados a un *participante* para *gastos de atención médica a largo plazo* en un *seguro* de gastos médicos del *empleador* con BCBSTX inmediatamente antes de la *fecha efectiva* de la cobertura del *participante* en su seguro de gastos médicos.

Cualquier *gasto de atención médica a largo plazo* que no se haya pagado y que exceda los límites máximos de las consultas incluidas como parte de sus beneficios, que se muestran en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, no se aplicará a ningún *gasto máximo de bolsillo*.

Cualquier cargo en el que se incurre como *atención médica en el hogar* o *cuidados de hospicio* en el hogar por medicamentos (incluida la terapia con antibióticos) y servicios de laboratorio no será *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 titulado (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 fisioterapia, terapia 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 titulado (RN, en inglés), enfermero de práctica avanzada (APN, en inglés) o un enfermero vocacional con licencia (LVN, en inglés);
 - b. servicios de asistencia médica en el hogar de tiempo parcial o intermitente que consiste principalmente en el cuidado del paciente;
 - c. servicios de fisioterapia, terapia 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.
- en cuanto a *cuidados de hospicio*:
 - a. *cuidados de hospicio* en el hogar:
 - (1) atención de enfermería de tiempo parcial o intermitente por parte de un enfermero titulado (RN, en inglés), enfermero de práctica avanzada (APN, en inglés) o un enfermero vocacional con licencia (LVN, en inglés);
 - (2) servicios de asistencia médica 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 de hospicio* en un centro:
 - (1) toda atención de enfermería habitual que brinde un enfermero titulado (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 de cuidados de hospicio;
 - (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 *por servicios médicamente necesarios* se determinarán según lo indicado en sus Programas de cobertura. Recuerde que también se aplicarán los *copagos, coseguros y deducibles* que se muestran en su Programa(s) de cobertura. Consulte la sección sobre la **DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS** de este manual de beneficios para obtener más información sobre la opción de *revisión clínica recomendada*.

Beneficios para el tratamiento de complicaciones en el embarazo

Los beneficios para *gastos elegibles* en los que se incurre para el tratamiento de las *complicaciones en el embarazo* se determinarán según los mismos criterios que se usan para el tratamiento de cualquier otra enfermedad. Las *hijas* dependientes serán elegibles para el tratamiento de *complicaciones en el embarazo*.

Beneficios para la atención en maternidad

Los beneficios para los *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. Las *hijas* dependientes serán elegibles para recibir los beneficios de *atención en maternidad*.

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

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

Los servicios y suministros en los que incurre un *participante* para el parto de un *hijo* se considerarán como *atención en maternidad* y están sujetos a todas las disposiciones de su seguro de gastos médicos.

Su seguro de gastos médicos proporciona cobertura de atención médica para pacientes hospitalizados 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 *proveedor de atención médica* 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 maternas 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, 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 disposiciones de beneficios como se describe 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 antes del parto (cuidados prestados antes del parto), en el parto y posparto (cuidados prestados después del parto).

Atención médica antes del parto	<ul style="list-style-type: none"> • historial inicial y posterior; • examen físico; • registro de peso; • presión arterial; • latidos cardíacos fetales; • análisis de orina químico de rutina; • consultas mensuales hasta las 28 semanas de gestación; • consultas quincenales en adelante hasta las 36 semanas de gestación; • consultas semanales hasta el día del parto.
Servicios de parto	<ul style="list-style-type: none"> • 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 en un consultorio y en un hospital después de un parto vaginal o por cesárea.

Los siguientes servicios no están incluidos en la maternidad global:

- consulta inicial en un consultorio;
- sonogramas y ultrasonidos relacionados con la obstetricia;
- análisis de laboratorio;
- consultas 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 personal de la salud al 1-866-355-5999. Consulte la disposición *Revisión de determinaciones de reclamación* de este manual 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 dentro de la red* o con su *proveedor de servicios de salud mental* 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 dentro de la red* o a su *proveedor de servicios de salud mental*, 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 mental*, 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 consulta en una sala de tratamiento/emergencias de un *hospital* para pacientes ambulatorios. Si se admite para una condición de salud de emergencia inmediatamente después de la consulta, no se aplicarán copagos y se deberá presentar una revisión clínica de la *admisión hospitalaria de un paciente internado* urgente o no planificada.

Todo tratamiento recibido después del inicio de una *lesión accidental* o *atención médica de emergencia* será elegible para los *beneficios dentro de la red*. Para la atención médica que no es de emergencia, los *beneficios dentro de la red* estarán disponibles solamente si usted utiliza *proveedores de servicios médicos dentro 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 dentro de la red*, pero recibe tratamiento de un *proveedor de servicios médicos fuera de la red* solo estarán disponibles los *beneficios fuera de la red*.

Beneficios para la atención médica inmediata/urgente

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

Los servicios de *atención médica inmediata/urgente* tienen cobertura cuando los proporciona un *proveedor de atención médica inmediata/urgente* para el tratamiento inmediato de una condición médica 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/urgente* se refiere al beneficio 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 una condición de salud que no es potencialmente mortal.

Beneficios para clínicas de salud en comercios locales

Los beneficios para *gastos elegibles* por *clínicas de salud en comercios locales* se determinarán según lo indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Las clínicas en comercios locales proporcionan diagnóstico y tratamiento para condiciones de salud menores sin complicaciones que pueden controlarse sin que tenga que acudir a una visita al consultorio con el médico de atención primaria, una consulta de *atención médica inmediata/urgente* o una consulta de *atención médica de emergencia*.

Beneficios para pruebas de detección temprana de enfermedades cardiovasculares

Hay beneficios disponibles para uno de los siguientes exámenes no invasivos de detección de aterosclerosis 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 toda persona asegurada 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**.

Equipo médico duradero (DME, en inglés)

Debe obtener servicios y dispositivos a través de un *proveedor de DME participante*. Usted o su proveedor pueden presentar una *revisión clínica recomendada* opcional. El *administrador de reclamaciones* determinará si el DME se alquila o adquiere y conserva la opción de recuperar el DME cuando cancele o finalice su cobertura.

El DME tiene cobertura al momento de la colocación inicial y cuando se necesitan reemplazos estándar debido al crecimiento físico de los Participantes menores de 18 años de edad y debe ser coherente con el Manual de DME de Medicare. En el caso de un artículo de DME con cobertura, la reparación, el ajuste o la sustitución de los componentes y accesorios necesarios para un funcionamiento eficaz y la sustitución de todo el artículo de DME con cobertura, tiene cobertura si se determina que el artículo de DME con cobertura no funciona, no se puede reparar, es robado o destruido en un incendio o desastre natural.

Algunos ejemplos de DME son:

- sillas de ruedas estándar;
- muletas;
- andadores ortopédicos;
- equipos de tracción ortopédicos;
- camas de hospital;
- oxígeno;
- cómodas;
- máquinas de succión, etc.

Los artículos excluidos se encuentran en la sección [**LIMITACIONES Y EXCLUSIONES MÉDICAS**](#).

Suministros para ostomías

Los beneficios de los suministros relacionados con la ostomía pueden incluir, entre otros:

- bolsas, placas frontales y cinturones;
- fundas de irrigación, bolsas y catéteres de irrigación de ostomía;
- barreras cutáneas;
- desodorantes, filtros, lubricantes, cinta, limpiadores de aparatos, adhesivo y removedor de adhesivo.

Suministros médicos

Los suministros médicos o desechables recetados por un *médico* incluyen, entre otros:

- catéteres urinarios;
- suministros para el cuidado de heridas o apósitos proporcionados por un *proveedor* durante el tratamiento para los servicios de atención médica con cobertura;
- medias de compresión de calidad médica cuando se considere *médicamente necesario*.

Las medias deben ser recetadas por un *médico*, medidas individualmente y ajustadas al paciente.

La cobertura también incluye los suministros desechables necesarios para el uso efectivo de equipo médico duradero y los suministros para diabéticos para los que se proporcionan beneficios según se describe en *Beneficios para el tratamiento de la diabetes*.

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 consultas de servicios de 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 *dependientes* 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 dispositivos auditivos. Los componentes del implante pueden ser reemplazados según sea *médicamente necesario* o por necesidad audiológica, cada tres años hasta la edad de 19 años de edad; esto incluye todos los componentes externos.

Beneficios para ciertas terapias para niños con retrasos en el desarrollo

Los beneficios en cuanto a *gastos médico-quirúrgicos* están disponibles para un *niño dependiente* 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 fisioterapia;
- 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 *hijo* alcanza los tres años, cuando se han completado los servicios según la *Cobertura de servicios familiares personalizados*, los *gastos elegibles*, que de otro modo tengan cobertura según este *plan*, estarán disponibles. Se aplicarán todas las disposiciones 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.

La *Cobertura de servicios familiares personalizados* significa el plan de tratamiento inicial y en curso desarrollado y publicado por el Consejo Interinstitucional sobre Intervención en la Primera Infancia en el capítulo 73 del Código de Recursos Humanos para un *hijo dependiente* con retrasos en el desarrollo.

Beneficios para el tratamiento del trastorno del espectro autista

Por lo general, los servicios reconocidos recetados en relación con el *trastorno del espectro autista* por parte del *médico* o el *proveedor de servicios de salud mental* del *participante* en un plan de tratamiento recomendado por dicho *médico* o *proveedor de servicios de salud mental* están disponibles para un *participante* asegurado.

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

- un *proveedor de atención médica*:
 - 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 *proveedor de servicios médicos* bajo el sistema de salud militar TRICARE.

- una persona que actúe bajo la supervisión de un *proveedor de atención médica* descrito en el punto 1 anterior.

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. fisioterapia;
- 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 disposiciones de *Beneficios para servicios de medicina física* y *Beneficios para servicios para la audición y el habla* de este manual de beneficios para obtener información más específica acerca de cómo se aplican los máximos de consultas para *servicios de medicina física* y *servicios de habla* a los beneficios para el *trastorno del espectro autista*.

Una *revisión clínica recomendada* opcional evaluará si los servicios cumplen los requisitos de cobertura. Revise la sección **DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS** en este manual de beneficios para obtener información más específica sobre la opción de *revisión clínica recomendada*.

Consulte la definición de “[proveedor de ABA calificado](#)” en la sección **DEFINICIONES** de este manual de beneficios para obtener más información.

Beneficios para los exámenes de detección de discapacidad auditiva

Los beneficios están disponibles para *gastos elegibles* en los que incurre un *hijo dependiente* asegurado:

- una prueba de detección de pérdida auditiva 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 disposición.

Beneficios para cirugía plástica, cosmética o reconstructiva

Según se muestra en 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 con cobertura comprenden los siguientes:

- 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 que se realice a un hijo dependiente asegurado (que no sea un hijo recién nacido) menor de 19 años para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito que no sea una condición en las mamas;
- servicios y suministros para la mamoplastia de reducción cuando sea *médicamente necesario* y de conformidad con las guías de la póliza 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 dependiente asegurado debido a anomalías 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 manual 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 manual de beneficios, para el cual el *participante* incurre en *gastos de hospitalización* por una *admisión hospitalaria* para pacientes internados *médicamente necesaria*, se determinará según se describe en los **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 con cobertura 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 dispositivo artificial aprobado por la FDA;
 - c. el destinatario sea un *participante* según su seguro de gastos médicos;
 - d. el *participante* cumpla con todos los criterios establecidos por BCBSTX en las políticas médicas escritas correspondientes;
 - e. el *participante* cumpla todos los protocolos que establece el *hospital* en el que se realiza el trasplante.

Los suministros y servicios con cobertura “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 puede presentar una *revisión clínica recomendada* opcional para cualquier trasplante de órgano o tejido. Revise la sección [DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS](#) en este manual de beneficios para obtener información más específica sobre la opción de *revisión clínica recomendada*;
 - a. BCBSTX asignará una duración de la hospitalización para la admisión. Si se solicita, la duración de la hospitalización 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 otra condición física. 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 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 ambulatorios 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 neuroretroalimentación: 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 neurofisiológicas: evaluación de las funciones del sistema nervioso;
- tratamiento neurofisiológico: intervenciones que se centran en las funciones del sistema nervioso;
- pruebas neuropsicológicas: administración de un conjunto integral de pruebas para evaluar las fortalezas y debilidades neurocognitivas, mentales 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 comunitaria, incluidos los servicios de tratamiento diurno para pacientes ambulatorios 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 de salud agudas o posagudas, en un hogar 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 consultas 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 *médicamente necesarios* 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 de prueba específicas para usar con un monitor de glucosa en sangre correspondiente;
 - b. tiras reactivas de lectura visual y de orina de prueba 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.

Nota: Los suministros para diabéticos (tiras reactivas de prueba, lancetas, jeringas de insulina, monitores de glucosa en sangre) y los medicamentos con receta tienen cobertura a través de la cobertura de medicamentos con receta. Estos podrían estar sujetos a revisiones de determinación de la utilización de tratamientos y límites de cantidad.

- 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;
- *es posible que se cubran los gastos médico-quirúrgicos* que se destinan al tratamiento nutricional, educativo y psicosocial del *participante elegible*. 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 de servicios médicos* 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 personalizado creado para y en colaboración con el *Participante elegible* (o su familia) para entender la atención y el manejo de la diabetes, incluidos 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) otra condición relacionada 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 consultas no se proporcionarán para una cantidad mayor al número máximo de consultas (combinación de visitas al consultorio en un consultorio y en un centro para pacientes ambulatorios como se muestran en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Todos los servicios facturados por un Quiropráctico se aplicarán al número máximo de consultas.

Beneficios para costos de rutina para 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 médica *médicamente necesarios* para los que se ofrecen beneficios bajo el seguro de gastos médicos, independientemente de si el *participante* forma parte de un estudio clínico.

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

- el artículo, medicamento, dispositivo o servicio en investigación en sí;
- artículos y servicios que se proporcionan únicamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos que no se utilizan en el manejo clínico directo del paciente para el estudio de investigación;
- un servicio que sea claramente incompatible con los estándares de atención o las guías de práctica clínica ampliamente aceptados y establecidos para un diagnóstico en particular;
- eventos adversos o atención de seguimiento relacionados con el medicamento en investigación o el tratamiento médico.

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 proporcionarán 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 guías 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 guías 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 guías 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 personal de la salud al 1-866-355-5999.

Los siguientes son ejemplos de servicios con cobertura:

- exámenes físicos anuales de rutina;
- vacunas recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos;
- exámenes preventivos para hijos;
- 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 consultas 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 consultas por *año del plan* para participantes mayores de 22 años de edad; se pueden utilizar hasta 10 consultas para el asesoramiento sobre alimentación saludable; los participantes de 0 a 22 años de edad tienen cobertura al 100% de la cantidad aprobada sin un máximo).

Los siguientes son ejemplos de vacunas con cobertura:

- 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 disposición de este beneficio.

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

- procedimientos de esterilización femenina;
- servicios anticonceptivos para pacientes ambulatorias;
- anticonceptivos femeninos de venta libre aprobados por la FDA con una receta médica por escrito de un proveedor de atención médica;
- métodos anticonceptivos específicos aprobados por la FDA con una receta médica escrita por un proveedor de atención médica 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 tiene cobertura 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 personal de la salud al 1-866-355-5999. Algunos beneficios de anticonceptivos podrían tener cobertura por el beneficio de prescripción de farmacia. La lista puede cambiar a medida que se modifican las directrices de la FDA y de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Conforme a esta disposición de beneficios, los beneficios no están disponibles para los medicamentos y dispositivos anticonceptivos que no estén incluidos en la página Servicios de salud preventiva para la mujer: información sobre anticonceptivos. No obstante, usted puede tener cobertura conforme a otras secciones de este manual 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” o en la lista de Servicios médicos preventivos para mujeres - información sobre anticonceptivos, proporcionados por un *proveedor dentro de 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” o en la lista de Servicios médicos preventivos para mujeres - Información sobre anticonceptivos, proporcionados por un *proveedor de servicios médicos fuera de 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 disposición **Beneficios para vacunas de la infancia**.

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 o en el período posparto, cuando los preste un *proveedor de servicios médicos*.

Los beneficios incluyen la compra de extractores de leche manuales o eléctricos, 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 incluyen para el alquiler exclusivo de extractores de leche de calidad *hospitalaria*, hasta el precio de compra de \$150.

Es posible que se le solicite pagar el monto completo y presentar 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 fuera de la red*, los beneficios pueden estar sujetos a cualquier *deducible*, *coseguro* o máximo de beneficios aplicables.

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

Beneficios para mamografía de detección

Los beneficios están disponibles para una mamografía de detección de baja dosis para ver si hay presencia de cáncer de mama oculto para *participantes* de 35 años de edad o más, tal como se indica en la sección **Servicios de atención médica preventiva** de su **PROGRAMA DE COBERTURA**, a menos 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 35 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 los exámenes de detección de cáncer colorrectal

Se ofrecen beneficios para una prueba de diagnóstico médicamente reconocida que permite la detección de cáncer colorrectal en los *participantes* de 45 años o más que tienen un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon, e incluyen lo siguiente:

- 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 diez 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 (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 cuentan con cobertura 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 cuentan con cobertura para participantes menores de 30 años.

Beneficios para vacunas de la infancia

Los beneficios para *gastos médico-quirúrgicos* en los que incurra un *hijo dependiente* por vacunas de la infancia 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 disposición 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 mental

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 *atención 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 sección **DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS** para obtener más información sobre la opción de *revisión clínica recomendada*.

Todo *gasto elegible* incurrido por los servicios de un *centro de tratamiento psiquiátrico durante el día*, un *centro o unidad de estabilización de crisis*, un *centro residencial de tratamientos* o un *centro residencial de tratamientos para niños y adolescentes* para la *atención de salud mental médicamente necesaria* o el tratamiento de una *enfermedad mental grave* en lugar de Servicios para pacientes hospitalizados se considerarán, a los fines de este beneficio, **Gastos de hospitalización**.

El tratamiento del Trastorno por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados 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*).

Blue Distinction® y el Programa Blue Distinction Specialty Care (atención médica especializada)

Blue Distinction® es una designación nacional que los planes Blue Cross and Blue Shield otorgan a los proveedores de atención médica. El programa Blue Distinction Specialty Care (atención médica especializada) incluye dos niveles de designación: *Blue Distinction Centers (BDC)* y *Blue Distinction Centers+ (BDC+)*. El programa Blue Distinction Specialty Care (atención especializada) se centra en los proveedores de BDC y BDC+ que destacan en proporcionar un tratamiento seguro y eficaz para las necesidades de atención médica especializada.

Blue Distinction Centers

La designación de Blue Distinction utiliza criterios coherentes a nivel nacional para designar *proveedores* de alto rendimiento en función de criterios de selección objetivos y basados en la evidencia. El objetivo del programa Blue Distinction Specialty Care (atención especializada) es ayudarlo a encontrar proveedores de BDC y BDC+ que hayan cumplido con las medidas de calidad generales para la seguridad y los resultados de los pacientes, que logren menos complicaciones médicas, menores tasas de reingreso y mayores tasas

de supervivencia en la administración de atención médica especializada.

Los Blue Distinction Centers proporcionan atención en las siguientes áreas de atención médica especializada:

- atención cardíaca;
- inmunoterapia celular (células CAR-T);
- cuidado de la fertilidad*;
- tratamiento y recuperación del trastorno por consumo de sustancias;
- atención médica del cáncer;
- terapia génica;
- cirugía de columna;
- cirugía bariátrica;
- cirugía de reemplazo de rodilla y cadera;
- atención en maternidad;
- trasplantes (células madre/médula ósea, órganos sólidos, corazón, hígado, pulmón y riñón) y combinación de órganos sólidos (corazón/pulmón, hígado/riñón, páncreas/riñón).

* Los programas de Cuidado de la fertilidad de BDC y BDC+ son actualmente respaldados por planes con programas de Cuidado de la fertilidad a nivel profesional.

Diferencia de beneficios de BDC y BDC+

Su plan ofrece menores gastos de bolsillo cuando recibe tratamiento de un proveedor BDC o BDC+ para ciertos servicios relacionados con trasplantes y servicios bariátricos. Usted puede optar por recibir tratamiento de un *proveedor* que no sea BDC o BDC+; sin embargo, sus gastos de bolsillo serán más altos. Consulte la sección de su **PROGRAMA DE COBERTURA** para revisar los niveles de pago de los procedimientos realizados en un proveedor que BDC o BDC+ designó, y los procedimientos realizados en otros centros. Los niveles de beneficios de Blue Distinction se aplican solo a los beneficios de los centros de Blue Distinction, excepto para la fertilidad, que ofrece servicios de *proveedores profesionales*.

Producto obligatorio de atención médica especializada de Blue Distinction Centers y Blue Distinction Centers+

El producto obligatorio de atención médica especializada de BDC y BDC+ requiere que usted obtenga trasplantes y servicios bariátricos* en un *Blue Distinction Center* o *Blue Distinction Center+* a fin de obtener los máximos beneficios. Si decide utilizar un centro que no sea un *Blue Distinction Center* o un centro que no sea un *Blue Distinction Center+*, será responsable del 100% de los costos asociados con cualquier atención médica especializada recibida en dicho centro, a menos que su empleador o el administrador del plan decidan lo contrario.

Para obtener información adicional sobre los Blue Distinction Centers para la atención médica especializada, comuníquese con su guía personal de la salud al número de teléfono que se indica en este manual de beneficios o que aparece en su tarjeta de asegurado, o visite el siguiente sitio web: www.bcbs.com/why-bcbs/blue-distinction.

* La cirugía bariátrica solo tendrá cobertura en centros específicos del Blue Distinction Center+ (BDC+). Consulte la sección [Blue Distinction Center+ para cirugía bariátrica asignados](#) del Programa de cobertura.

LIMITACIONES MÉDICAS Y EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DEL PLAN

Los beneficios que se describen en el presente manual 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, condición, enfermedad 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;
- cualquier servicio o suministro para el cual un *participante* no está obligado a realizar el pago o para el cual un *participante* no tendría obligación legal de pagar en ausencia de esta o cualquier cobertura similar, excepto servicios o suministros para el tratamiento de enfermedades mentales o discapacidades intelectuales proporcionados por una institución respaldada por impuestos de los Estados Unidos de América;
- 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 acudir 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 hospitalaria* para procedimientos de diagnóstico o de evaluación que se pudieron haber realizado como paciente ambulatorio 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 lo 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 fisioterapia) 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, excepto a lo que se establezca en la disposición **Beneficios para servicios dentales** en la sección **Gastos de prestaciones especiales** del presente manual de beneficios;
 - servicios o suministros proporcionados para *cirugía plástica, cosmética o reconstructiva*, excepto a lo que se establezca en la disposición de **Beneficios para cirugía plástica, cosmética o reconstructiva** en la sección de **Gastos de prestaciones especiales** del presente manual 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 disposiciones 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 manual de beneficios.
 - servicios de terapia ocupacional que no consistan en las modalidades tradicionales de fisioterapia 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 disposiciones 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 manual 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 hospitalizados.
 - 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. portaliagas.

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 ambulatorios, 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. vendajes;
 - h. portaliñas.
- los suministros excluidos incluyen, entre otros, medias de compresión, vendas elásticas, suministros para el cuidado de heridas o apósitos, suministros médicos y desechables recetados o no recetados que son de venta libre;

Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:

- a. bolsas de ostomía y suministros relacionados para los que se proporcionan beneficios según se describe en la subsección *Suministros para ostomías*;
- b. suministros desechables necesarios para el uso eficaz de equipos médicos duraderos para los que se proporcionan beneficios según se describe en la subsección *Equipo Médico Duradero*;
- c. catéteres urinarios, suministros para el cuidado de heridas o apósitos proporcionados por un *proveedor* durante el tratamiento para los *servicios con cobertura*;
- d. medias de compresión de calidad médica cuando se consideren *médicamente necesarias*; Las medias deben ser recetadas por un *médico*, medidas individualmente y ajustadas al paciente.
- e. suministros para diabéticos para los cuales se proporcionan beneficios según se describe en la subsección *Beneficios para el Tratamiento de la Diabetes*;
- f. baterías, tubos, cánulas nasales, conectores y máscaras cuando se utilizan con equipos médicos duraderos.

No todos los suministros médicos son servicios con cobertura y todos están sujetos a revisión médica.

- 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 objetivo de recibir servicios médicos, suministros médicos o medicamentos;
- *aparatos prostéticos* de repuesto cuando se necesitan debido a una pérdida o uso indebido por parte del *participante*;
- medicamentos con receta o sin receta para pacientes ambulatorios (excepto los medicamentos anticonceptivos con una receta médica escrita de parte de un *proveedor de atención médica* según lo dispuesto en la sección **SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA** 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 de servicios médicos*;
- servicios o suministros no quirúrgicos proporcionados para reducir la obesidad o el peso, incluso si el *participante* tiene otras condiciones de salud que podrían verse favorecidas 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 (excepto 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 sin cobertura;
 - c. hospitalización requerida para brindar el servicio sin cobertura;
 - 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 mental 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 con cobertura proporcionados por *proveedores* adecuados, tal como se describe en este manual 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 manual 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 condiciones de salud 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, a menos 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 audífonos y pilas;
 - terapia para matrimonios y familias;
 - 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;
 - los beneficios y la cobertura de los tratamientos aprobados por la FDA de EE. UU. bajo aprobación acelerada que están sujetos a beneficios clínicos confirmatorios no cuentan con cobertura de este plan, a menos que se requiera cobertura bajo mandato federal o estatal. Los siguientes medicamentos están excluidos de la cobertura hasta que se reciba la aprobación regulatoria completa que confirme el beneficio clínico;
 - a. Aduhelm (aducanumab);
 - b. Amondys-45 (casimersen);
 - c. Exondys-51 (etepilrsen);
 - d. Qalsody (tofersen);
 - e. Viltepso (vitolarсен);
 - f. Vyondys-53 (etepilrsen);
 - cualquier medicamento que aún no esté aprobado por la Administración Federal de Medicamentos de los EE. UU. (FDA), incluida la indicación del medicamento, los parámetros de población o edad y las dosis utilizadas;
 - cualquier medicamento experimental/en fase de investigación;
 - cualquier medicamento que esté excluido según la Lista de Exclusiones del Plan General;
 - a. Elevidys (delandistrogen moxeparvovec).

DEFINICIONES

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

Lesión accidental significa una lesión corporal accidental que tenga resultado, 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 titulado aprobado por la Texas Board of Nursing 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 anestesiólogos 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 al brindar 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 en particular. La “tarifa habitual”, a los efectos de este documento de beneficios, comprende los montos permitidos relevantes según se explican y establecen expresamente en esta definición.

- **para los Hospitales u otros centros 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), tabla de honorarios, fijación de precio por paquete, fijación de precio global, viáticos, tarifas por casos, descuentos u otras metodologías de pago;
- **para los Hospitales u otros centros de atención médica, Médicos, otros proveedores profesionales y cualquier otro proveedor que no tenga contrato con BCBSTX en Texas:** el *monto permitido* será el menor de: (i) los cargos facturados por el *proveedor*, o (ii) el *monto permitido* para proveedores sin contrato de BCBSTX. A menos que se indique lo contrario en esta sección, el *monto permitido* sin contrato se desarrolla a partir de reembolsos 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 de servicios médicos dentro 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 reglas o revisiones de procesamiento de reclamaciones que utiliza para procesar las reclamaciones de *proveedores de servicios médicos dentro 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 en particular. En caso de que BCBSTX no tenga ninguna regla o revisión de reclamaciones, BCBSTX puede utilizar las reglas 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 reembolso de *Medicare* será implementado por BCBSTX dentro de los noventa (90) días posteriores a la *fecha efectiva* 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 personal de la salud 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 el cual los *participantes* pueden inscribirse en la 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.

Proveedor de servicios de salud mental 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 manual de beneficios.

Blue Distinction Centers (BDC) se refiere a un proveedor de atención médica, hospital o centro médico reconocido por su experiencia en la prestación de atención médica especializada. Consulte la subsección titulada **Blue Distinction Centers** para obtener más información.

Blue Distinction Centers+ (BDC+) se refiere a un proveedor de atención médica, hospital o centro médico reconocido por su experiencia y eficiencia en la prestación de atención médica especializada. Consulte la subsección titulada **Blue Distinction Centers** para obtener más información.

Beneficio diferencial del producto de Blue Distinction Centers (BDC) y Blue Distinction Centers+ (BDC+) significa que su empleador eligió proporcionar un menor gasto de bolsillo cuando utiliza un proveedor designado de BDC o BDC+ para ciertos procedimientos y tratamientos de atención médica especializada.

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.

Honorario del coordinador de servicios médicos significa un monto fijo pagado por un Plan Blue Cross and 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 ambulatorios, 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 disposiciones del plan y las determinaciones de los beneficios.

Ecología clínica es el diagnóstico o tratamiento de síntomas alérgicos para pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios 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 alérgicos 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 el período de embarazo recetado por el médico;
 - (4) náuseas matutinas;
 - (5) hiperémesis gravídica;
 - (6) preeclampsia;
 - (7) condiciones de salud similares asociadas con el control de un embarazo dificultoso que no constituyen una complicación del embarazo distintiva en términos nosológicos;
- 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*, *otro centro 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* u *otro centro de atención médica* ubicado fuera del

Estado de Texas y con el que cualquier otro Plan de Blue Cross haya hecho 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 inicio 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 monto, 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 condición 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 *atención 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 condición. 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 (p. ej., atención sencilla 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.

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

- sea menor a la edad límite para *hijos dependientes* que se muestra en el **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 *dependiente*).

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 (foster child);
- e. un *hijo* de su *hijo* que es su dependiente, 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 *dependiente* también incluirá a aquellas personas que ya no cumplan con la definición de *dependiente*, pero que son beneficiarios bajo la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés).

Servicios de nutrición significa la educación, asesoramiento o capacitación 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) es 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 efectiva 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 manual 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 manual de beneficios.

Atención médica de emergencia se refiere a servicios de atención médica prestados en un *hospital* (sala de emergencias), centro de atención médica de emergencia independiente o centro comparable para evaluar y estabilizar condiciones médicas o atención de salud mental, trastornos de salud mental graves y uso de sustancias de reciente aparición y gravedad, incluido, pero que no se limita a dolor intenso, que llevarían a una persona inexperta prudente, con conocimiento promedio de la medicina y la salud, a creer que la condición de salud de la persona, la enfermedad o lesión es de tal naturaleza que al no recibir atención médica inmediata podría dar lugar a:

- 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 Teacher Retirement System of Texas (TRS).

Sensibilidad medioambiental significa el tratamiento de síntomas alérgicos para pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios 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 la condición 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 la condición médica 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 tienen un valor médico científicamente establecido para curar o aliviar la condición de salud que se está tratando;
- son adecuados para el *hospital* u *otro centro 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 guías 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 de servicios médicos* 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 de cuidados de hospicio*, tal como se describe en la sección **Gastos de atención médica a largo plazo** de este manual de beneficios.

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

Grupo significa el Teacher Retirement System of Texas (TRS) que ha hecho 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.

Proveedor de atención médica significa un Enfermero de práctica avanzada, un Doctor en medicina, un Doctor en odontología, un Asistente médico, un Doctor en osteopatía, un Doctor en podiatría 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 (incluidos 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 farmacéuticos de elaboración de fórmulas magistrales y de surtimiento;
- 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 de servicios médicos*, 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 de cuidados de hospicio 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 de hospicio*.

Cuidados de hospicio son los servicios para los que se ofrecen beneficios conforme a su seguro de gastos médicos cuando se ofrecen por parte de un *centro de cuidados de hospicio* a pacientes confinados en su casa o en un *centro de cuidados de hospicio* 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 para la Acreditación de Organizaciones de Atención Sanitaria o está certificado por *Medicare* como *proveedor de servicios hospitalarios*;
- su cometido principal es proporcionar servicios de diagnóstico y terapéuticos para pacientes hospitalizados para el diagnóstico, tratamiento y atención de personas enfermas o lesionadas bajo la supervisión de *médicos* o de *profesionales en salud mental*, 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 titulado*;
- tiene un plan en funcionamiento para la revisión de la utilización del *hospital*.

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*, *proveedor de servicios de salud mental* u *otro proveedor de servicios médicos* 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 significa 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 parte del *hospital* diseñada, operada y con personal especializado para proveer atención aguda a corto plazo en el *hospital* durante 24 horas; el término no incluye el confinamiento en una parte del *hospital* (que no sea un *centro para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias*), diseñada, operada y con personal especializado para brindar atención institucional a largo plazo con un 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 medio de imágenes y que tiene licencia a través del *Manual 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 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 la condición de salud 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 dentro de la red significa los beneficios disponibles conforme a su seguro de gastos médicos para servicios y suministros proporcionados por un *proveedor dentro de la red* o, si corresponde, por un *proveedor de servicios médicos fuera 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 *proveedor de servicios de salud mental* 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 de hospitalización 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 necesaria* en un *centro de tratamiento psiquiátrico durante el día*, un *centro residencial de tratamientos* o un *centro residencial de tratamientos para niños y adolescentes*, en lugar de la hospitalización, se considerarán *gastos de hospitalización*.

Programa intensivo para pacientes ambulatorios 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, abuso de sustancias o alcoholismo coexistentes.

Estos programas ofrecen evaluaciones, tratamiento y servicios de planificación del alta médica

integrados y alineados para el tratamiento de la condición de salud coexistentes grave o complejas, 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 de salud que pueda provocar la muerte, a menos que se interrumpa su curso.

Atención Administrada se refiere a un tipo de atención médica centrada en ayudar a reducir costos mientras se prestan los servicios de calidad adecuados al participante.

Terapia para matrimonios y familias es 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, mentales o relacionales en el contexto del matrimonio o los sistemas familiares.

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

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

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 *proveedor de servicios de salud mental* 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*, *proveedor de servicios de salud mental* u *otro proveedor de servicios médicos* si el servicio o suministro indicado:

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

De necesidad médica o médicamente necesario significa los servicios o suministros con cobertura 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 *proveedor de servicios de salud mental*, el *hospital* u *otro proveedor de servicios médicos*;
- 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 en particular. La decisión con respecto al plan de tratamiento y la recepción de servicios de atención médica en particular es un asunto exclusivamente entre el *participante*, su *médico*, el *proveedor de servicios de salud mental*, el *hospital* u *otro proveedor*.

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

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

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

- el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, trastorno, o condición 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 condición es de naturaleza física, química o mental;
- el diagnóstico o tratamiento de cualquier síntoma, condición, enfermedad o trastorno por parte de un *médico, proveedor de servicios de salud mental* u otro *proveedor de servicios médicos* (o cualquier persona que trabaje bajo la dirección o la supervisión de un *médico, proveedor de servicios de salud mental* u otro *proveedor de servicios médicos*) 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, otro centro 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/metros² o un BMI mayor o igual a 35 kg/metros² con, al menos, dos de las siguientes condiciones de salud 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 and Blue Shield para cualquier cuenta nacional que no se proporcione a través del Programa BlueCard.

Red se refiere a los *médicos, proveedores de salud mental, otros proveedores de servicios médicos, hospitales* y otros centros identificados que hayan firmado acuerdos con BCBSTX (y, en algunos casos, con otros planes de Blue Cross and Blue Shield participantes) para participar en un acuerdo de *atención administrada*.

Proveedor dentro de la red se refiere a un *hospital, médico, proveedor de servicios de salud mental* u otro *proveedor* de servicios médicos que ha firmado un acuerdo con BCBSTX (y, en algunos casos, con otros planes de Blue Cross and Blue Shield participantes) para participar como *proveedor de atención administrada*.

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

Centro sin contrato es un *hospital, otro centro 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, otro centro 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*. Los *otros proveedores* pueden incluir:

- **otro centro 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 de cuidados de hospicio;
 - g. centro de diagnóstico por imágenes;
 - h. laboratorio independiente;
 - i. *proveedor de prótesis/ortótica;*
 - j. centro de tratamiento psiquiátrico durante el día;
 - 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 con licencia;
 - l. profesional con licencia en el ajuste y distribución 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. asociados psicólogos (psychological 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 fuera de la red significa los beneficios disponibles conforme a su seguro de gastos médicos para servicios y suministros proporcionados por un *proveedor de servicios médicos fuera de la red*.

Proveedores de servicios médicos fuera de la red se refiere a los *hospitales, médicos, proveedores de salud mental* u *otros proveedores* de servicios médicos que no hayan firmado un acuerdo con BCBSTX (u otro Plan Blue Cross and Blue Shield participante) como *proveedores de atención administrada*.

Servicios anticonceptivos para pacientes ambulatorios son las consultas, exámenes, procedimientos o servicios médicos que se ofrecen a pacientes ambulatorios y que están relacionados con el uso de un medicamento o dispositivo diseñado para evitar el embarazo.

ParPlan se refiere a un programa abierto para *médicos, profesionales en salud mental, otros proveedores de servicios médicos, hospitales* y otros centros que han hecho 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 *dependiente* 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 de servicios médicos*, e incluye, entre otros:

- fisioterapia;
- 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 reglas 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 efectiva del plan* y la fecha correspondiente en cada año posterior, siempre y cuando este manual de beneficios esté en vigor.

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

Mes del plan significa el período de cada mes calendario subsiguiente, que comienza en la *fecha efectiva* 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 administrada**.

Patrocinador del plan se refiere al Teacher Retirement System of 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.

Revisión de la necesidad médica posterior al servicio se refiere al proceso de determinar la cobertura después de que el tratamiento haya ocurrido y se basa en las guías de *necesidad médica*. También se puede denominar revisión retrospectiva o solicitud de reclamaciones posteriores al servicio.

Copago por atención primaria significa el pago, expresado en dólares, que se debe efectuar por o en representación de un *participante* por cada cargo por visita al consultorio en un consultorio en los que usted incurra cuando se presten servicios por parte de un proveedor para la familia, un obstetra o ginecólogo, un pediatra, un *proveedor de servicios de salud mental*, un especialista en medicina interna, un asistente médico o un enfermero de práctica avanzada que trabaje bajo la supervisión de uno de los siguientes *médicos* enumerados.

Proveedor de atención médica primaria (médico de atención primaria, proveedor o PCP) se refiere a un *médico* u *otro proveedor de servicios médicos* que haya firmado un acuerdo con BCBSTX (y, en algunos casos, con otros planes de Blue Cross and Blue Shield participantes) para participar como *proveedor de atención administrada* de un *proveedor* para la familia, obstetra o ginecólogo, pediatra, *proveedor de servicios de salud mental*, internista, o un Asistente médico (PA) o Enfermero de práctica avanzada (APN) que trabaje bajo la supervisión de uno de estos médicos aquí mencionados.

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.

Prueba de pérdida es 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.

Aparatos prostéticos se refiere a dispositivos 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 *aparatos prostéticos*.

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

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

Incentivo para proveedor significa un monto adicional de compensación pagado a un *proveedor de atención médica* por parte de un plan de Blue Cross and Blue Shield, con base en el cumplimiento del *proveedor* de medidas de procedimiento o resultados acordados para una población en particular de asegurados.

Centro de tratamiento psiquiátrico durante el día es una institución debidamente licenciada y acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica como un *centro de tratamiento psiquiátrico durante el día* para la prestación de *atención 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 durante el día* debe contar con la certificación o escrito del *médico o proveedor de servicios de salud mental* 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, administrador de casos o asesor:

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

Para el paraprofesional o terapeuta de salud mental:

- un miembro del personal con dos años de educación universitaria, con un Analista asistente en salud mental avalado por la junta de su especialidad (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.

Revisión clínica recomendada se refiere a una revisión voluntaria opcional de un procedimiento médico, prueba o tratamiento recomendado por un *proveedor*, que no requiere *autorización previa*, a fin de asegurarse de que cumple con las guías de la póliza médica aprobadas y los requisitos de *necesidad médica* de Blue Cross and Blue Shield.

Cirugía reconstructiva para anomalías craneofaciales se refiere a cirugía para mejorar la función o para intentar crear una apariencia normal de una estructura anormal causada por defectos congénitos, deformidades de 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 para recibir tratamiento se refiere a un centro 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 la autoridad estatal y local pertinente para proporcionar dichos servicios. No incluye centros de reinserción social, vida supervisada, hogares grupos, programas educativos y terapéuticos de salida al campo, pensiones, u otros centros que proporcionan principalmente un entorno de apoyo y traten necesidades sociales a largo plazo, incluso si se proporciona asesoramiento en esos centros.

Los pacientes se encuentran monitoreados médicamente con 24 horas de disponibilidad médica y atención de enfermería en el sitio por, al menos, un turno al día con disponibilidad de guardia de otros turnos para pacientes con enfermedades mentales o *trastornos por consumo de sustancias*. Blue Cross and Blue Shield of TX exige que todo *centro residencial para recibir tratamiento de enfermedades mentales o trastornos por consumo de sustancias* cuente con la debida licencia del estado en donde esté ubicado o la debida acreditación de una organización nacional reconocida por Blue Cross and Blue Shield of TX, según se establece en su póliza de acreditación actual y que, de algún otro modo, cumpla con todos los requisitos de acreditación establecidos en dicha póliza.

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.

Clínicas de salud en comercios locales 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 hospitalizados.

Proveedor de atención médica especializada se refiere a un *médico* u *otro proveedor de servicios médicos* que haya firmado un acuerdo con BCBSTX (y, en algunos casos, con otros planes de Blue Cross and Blue Shield) para participar como *proveedor de atención médica administrada* de servicios especializados, a excepción de un proveedor para la familia, obstetra o ginecólogo, pediatra, *proveedor de servicios de salud mental*, 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 un consultorio en el que usted incurra cuando se presten servicios por parte de un *proveedor 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 *proveedor de servicios de salud mental* y cuyo centro también está:

- afiliado a un *hospital* según un acuerdo contractual con un sistema establecido de *referencia* 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 ambulatorios;
- un centro de terapia de radiación independiente;
- un centro de partos independiente.

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

DISPOSICIONES GENERALES

Agente de seguros

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

Enmiendas

Su seguro de gastos médicos podrá enmendarse o modificarse 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 con cobertura a los *participantes*, o proveedores u otros terceros que proporcionan servicios con cobertura 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, pueden cederse ni transferirse alguna vez a otra persona o entidad, incluido cualquier *proveedor de atención médica*, centro de atención médica, proveedor de servicios de salud 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 *proveedor de atención médica*, centro de atención médica, proveedor de servicios de salud 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 a su discreción de realizar cualquier pago de beneficios conforme al *plan* directamente a: (a) usted, (b) cualquier *centro con contrato o proveedor dentro de la red*, (c) cualquier *proveedor de servicios médicos fuera de la red* u (d) otra persona o entidad designada, incluido cualquier *proveedor de atención médica*, centro de atención médica, proveedor de servicios de salud u otra persona o entidad de atención médica. En tal caso, el pago de los beneficios se realizará en su nombre y no en nombre del receptor, y no constituirá una renuncia a esta disposición en contra de la cesión. El *plan* no es responsable de, ni está sujeto a, ninguna obligación o responsabilidad (por ejemplo, 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 *proveedor de atención médica*, centro de atención médica, proveedor de servicios de salud 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 *proveedor de atención médica*, centro de atención médica, proveedor de servicios de salud 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 *proveedor de atención médica*, 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 *dependientes* 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 personal de la salud 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 reglas especiales se aplican cuando tiene cobertura 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 *proveedor de atención médica* será solamente suya o de sus *dependientes*. 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 *proveedor de atención médica*. BCBSTX no asume responsabilidad en caso de que un *proveedor de atención médica* no les preste servicios o suministros, o se niegue a hacerlo, a usted o a sus *dependientes*. La atención y el tratamiento que se reciban están sujetos a las normativas y regulaciones del *proveedor de atención médica* seleccionado y están disponibles solo para el tratamiento de enfermedades o lesiones aceptable para el *proveedor de atención médica*.

BCBSTX, TRS, los *proveedores de servicios médicos dentro de la red* u otros *proveedores de servicios de 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 *proveedores*. BCBSTX no proporciona servicios ni suministros médicos, quirúrgicos, de hospitalización o similares, no ejerce la medicina ni trata pacientes. Los *proveedores de servicios médicos*, sus empleados, agentes de seguros, presuntos agentes de seguros o sus representantes no actúan en nombre de BCBSTX ni son empleados de BCBSTX.

Los *proveedores de servicios médicos dentro de la red* mantienen una relación de *proveedor-paciente* con los *participantes* y son exclusivamente responsables ante usted por todos los servicios de salud. Si un *proveedor dentro de la red* no puede establecer una relación *proveedor-paciente* satisfactoria, el *profesional dentro de la red* puede enviar una solicitud por escrito a BCBSTX para finalizar la relación *proveedor de la red-paciente*, y esta solicitud puede aplicarse a otros *proveedores de servicios médicos* de la misma especialidad, si corresponde.

Pago en exceso

Si su *plan* o BCBSTX paga beneficios por *los gastos elegibles* incurridos por usted o sus *dependientes* y se descubre que el pago fue mayor de lo que debería haber sido, o se hizo por error (“Pago en exceso”), el *plan* o BCBSTX tiene el derecho de obtener un reembolso del importe del Pago en exceso de: (i) la persona a la que se pagaron dichos beneficios o para la que se pagaron; (ii) cualquier compañía o plan de seguros; o (iii) cualquier otra persona, entidad u organización, incluidos, entre otros, *proveedores de servicios médicos dentro de la red* o *proveedores de servicios médicos fuera 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 manual 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 and Blue Shield, o un programa o póliza con cobertura de seguro administrada por Blue Cross and Blue Shield, si el pago futuro del beneficio se adeuda a un *proveedor dentro 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 and Blue Shield, si el pago futuro del beneficio se adeuda a un *proveedor dentro 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 *proveedores de servicios médicos dentro de la red*.

Además, BCBSTX tiene el derecho de reducir el pago del *plan* a un *proveedor dentro de la red* por el monto necesario para recuperar el pago en exceso de otro plan o póliza de Blue Cross and Blue Shield al mismo *proveedor dentro de la red* y remitir el monto recuperado al otro plan o póliza de Blue Cross and 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 *dependientes*, el *plan* está subrogado a todos los derechos de recuperación que usted o su *dependiente* 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 disposición, una *subrogación* es la sustitución de una persona o entidad (el *plan*) por otra (usted o su *dependiente*) 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 reembolso

En jurisdicciones donde no se reconocen los derechos de subrogación o donde estos se ven impedidos por circunstancias de hecho, el *plan* tiene derecho de reembolso.

Si usted o su *dependiente* recuperan dinero por parte de una persona, organización o aseguradora por una lesión o condición por la cual el *plan* pagó beneficios, usted o su *dependiente* aceptan reembolsar al *plan* el dinero recuperado por el monto de los beneficios pagados o proporcionados por el *plan*. Eso significa que usted o su *dependiente* 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 a la recuperación mediante subrogación o reembolso

Usted o su *dependiente* 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 reembolso y subrogación. Usted, su *dependiente* 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 *dependiente* 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 disposición de COB aplica a este *plan* cuando un *participante* tiene cobertura de atención médica bajo más de un *plan*.

Si se aplica esta disposición de COB, se deberá ver primero el orden de las reglas de determinación de beneficios. Esas reglas 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 con o sin cobertura de seguro médico. 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. cualquier 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 automovilísticos;
- 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 de Seguridad 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 reglas de COB solo a una de las dos, cada una de las partes es un *plan* diferente.

- **este Plan** significa la sección de este manual de beneficios que provee beneficios para gastos de atención médica;
- **plan primario o plan secundario;**
El orden de las reglas 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* cubriendo 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* distintos.

- **gasto permitido** significa un gasto por servicio necesario, razonable y habitual de atención médica cuando el gasto por el servicio tiene cobertura al menos parcialmente por uno o más *planes* que cubren al *participante* por quien está hecha la reclamación;
- **período de la determinación del reclamo** significa un *año del plan*. No obstante, no incluye ninguna parte de un año durante el cual un *participante* no tiene cobertura bajo este *plan*, o cualquier parte de un año antes de la fecha en que esta disposición de COB o una disposición similar entra 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*, a menos que (a) el otro *plan* cuente con reglas que coordinen sus beneficios con aquellos de este *plan* y (b) esas reglas y las reglas de este *plan* requieran que los beneficios de este *plan* sean determinados antes que los del otro *plan*;
- b. si este manual de beneficios contiene beneficios para la vista o dentales, los beneficios provistos por la parte médica de este *plan* será el Plan Secundario.

- **reglas;**

Este *plan* determina su orden de pagos de beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que corresponden:

- a. **no dependiente o dependiente.** Los beneficios del *plan* que cubre al *participante* como *empleado*, *el asegurado* o *asegurado principal* se determinan antes de los del *plan* que cubre al *participante* como *dependiente*. No obstante, si el *participante* también es beneficiario de *Medicare* y, como resultado de la regla establecida por el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las reglamentaciones implementadas, *Medicare* es:
 - (1) secundario al *plan* que cubre al *participante* como *dependiente*;
 - (2) los beneficios primarios para el *plan* que cubren al *participante* como un *dependiente* (por ejemplo, un empleado jubilado), luego, los beneficios del *plan* que cubre al *participante* como *dependiente* se determinan antes de los del *plan* que cubren a ese *participante*, excepto un *dependiente*.
- b. **hijo dependiente 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* que es un *dependiente* de padres diferentes:
 - (1) los beneficios del *plan* del padre cuya fecha de nacimiento cae antes en el *año del plan* se determinan antes de que aquellos del *plan* del padre cuya fecha de nacimiento cae después en ese *año del plan*; pero
 - (2) si ambos padres tienen el mismo día de nacimiento, los beneficios del *plan* que haya incluido 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 dependiente o padres separados o divorciados.** Si dos o más *planes* incluyen a un *participante* como *hijo dependiente* 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 *dependiente* de una persona con cobertura como empleado jubilado y un empleado. Si el otro *plan* no tiene esta regla y, si como resultado, los *planes* se contradicen en cuanto al orden de beneficios, no se aplica este Párrafo e;
- f. **cobertura de continuación.** Si un *participante* a quien se le proporciona esta cobertura bajo un derecho de continuación conforme a la ley federal o estatal también tiene cobertura a través otro *plan*, el orden para determinar los beneficios será el siguiente:

- (1) primero, los beneficios de un *plan* que incluyan al *participante* como *empleado, asegurado o asegurado principal* (o como *dependiente* de ese *participante*);
- (2) segundo, los beneficios bajo la continuación de la cobertura.

Si el otro *plan* no tiene esta regla 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 disposición de COB;
 - b. los beneficios que se pagarían por los gastos permitidos conforme a los otros *planes*, a falta de disposiciones con un propósito como el de esta disposición de COB, tanto si la reclamación excede estos Gastos Permitidos en un Período de la Determinación del Reclamo.

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 reglas 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 cualquier información sobre la existencia de otros *planes*, los beneficios de los mismos y cualquier 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 a la recuperación

Si el monto de pagos que realizamos es más de lo que deberíamos haber pagado conforme a esta disposición 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;
- *hospitales, médicos, u otros proveedores;*
- cualquier otra persona u organización.

Termina la cobertura

Termina la cobertura individual

La cobertura bajo el *plan* para usted o sus *dependientes* se cancelará automáticamente en los siguientes casos:

- su prima 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 manual 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 *dependiente* deje de serlo según la definición en el *plan*.

Sin embargo, cuando se produzca cualquiera de estos sucesos, usted o sus *dependientes* podrán ser elegibles para continuar con la cobertura. Consulte la [Continuación de la cobertura de grupo - Federal](#) en la sección de **DISPOSICIONES GENERALES** de este manual de beneficios.

TRS puede terminar la cobertura en cualquier momento o negarse a renovar la cobertura de un participante elegible en caso de fraude, desperdicio o abuso del plan, o engaño deliberado o declaración errónea intencional de un hecho material. Algunos ejemplos pueden ser, entre otros, los siguientes:

- enviar información falsa o engañosa sobre la elegibilidad de una persona o la elegibilidad continua para participar en el plan;
- no notificar a tiempo la inhabilitación de una persona para continuar con la participación en el plan;
- no notificar a tiempo al plan o a un proveedor de atención médica la existencia de otro seguro de gastos médicos, indemnización laboral, cobertura de responsabilidad civil u otra cobertura que pueda ser responsable de la cobertura de servicios médicos, medicamentos o dispositivos que también puedan ser pagaderos bajo este plan;
- permitir que otra persona use la tarjeta de asegurado del seguro de gastos médicos de un participante o la identidad del participante para permitir que esa persona u otra tenga acceso a servicios médicos, medicamentos o dispositivos pagaderos bajo este plan;
- utilizar el plan para intentar que los proveedores de atención médica receten o den acceso a sustancias controladas, u otros servicios médicos, medicamentos o dispositivos mediante esquemas, engaños o manipulaciones, o utilizar el seguro de gastos médicos para pagar dichas sustancias controladas, servicios médicos, medicamentos o dispositivos adquiridos mediante dichos esquemas, engaños o manipulaciones;
- presentar una reclamación falsa al plan o respaldar una reclamación con documentación falsa, engañosa, alterada o incompleta.

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 una condición física o mental determinable médicamente que impida al *hijo* tener un empleo para su manutención. El niño debe contar con la cobertura del Plan y la discapacidad debe comenzar antes de que el niño 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 *dependiente Discapacitado* después del límite de edad, BCBSTX puede exigir certificación periódica de la condición física 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.

Termina la póliza 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 disposiciones de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, en inglés), los *participantes* pueden tener el 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 disposiciones de COBRA.

Tamaño mínimo del grupo

La cantidad normal de empleados del grupo tiene que ser mayor que 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 con cobertura a través de 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 *dependiente* 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;
- fallecimiento del empleado asegurado;
- el empleado asegurado pasa a ser elegible para *Medicare*;
- un *hijo dependiente* asegurado deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad del *dependiente*.

La continuación de COBRA conforme al *plan* finaliza en el primero de los siguientes eventos:

- 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 evento 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 evento elegible inicial.

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 disposición se limita a los *participantes* discapacitados en cualquier momento durante los primeros sesenta (60) días de la continuación de COBRA y solo si el evento 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 manual de beneficios.

Cancelación

A menos 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

MANUAL DE BENEFICIOS

ENMIENDAS EN LA LEY DE NO SORPRESAS

Fecha efectiva de la Enmienda: esta Enmienda entra en vigor en la Fecha de Aniversario del Contrato del Empleador o en el Año del Seguro de Gastos Médicos Grupal del Empleador a partir del 1.º de enero del 2022.

Los términos de esta Enmienda sustituyen a los que se establecen en el Manual de Beneficios al cual se adjunta esta Enmienda y pasan a formar parte de dicho Manual. Se aplicarán los términos de esta Enmienda, a menos que las leyes Federales o de Texas exijan lo contrario, en caso de conflicto entre los términos de esta Enmienda y los establecidos en el Manual de Beneficios. Sin embargo, las definiciones establecidas en esta Enmienda se utilizan únicamente para los fines de esta. Además, para los efectos de esta Enmienda, las referencias a Usted y Su incluyen a cualquier asegurado, incluidos los Participantes y Dependientes.

El Manual de Beneficios se modifica como se indica a continuación:

I. Continuación de la atención médica

Si Usted está bajo el cuidado de un Proveedor Participante, como se define en este Manual de Beneficios, que deja de participar en la red del Plan, (por razones distintas al incumplimiento de los estándares de calidad aplicables, incluida la incompetencia médica o la conducta profesional, o por fraude), Usted podría continuar con la cobertura de los servicios con cobertura de ese Proveedor en el nivel de beneficio dentro de la red si se cumple una de las siguientes condiciones:

1. usted está recibiendo un tratamiento de una condición grave y compleja;
2. usted está recibiendo atención institucional o como paciente hospitalizado;
3. usted cuenta con una Cirugía no electiva programada por parte del Proveedor (incluida la recepción de atención posoperatoria por parte de dicho Proveedor con respecto a dicha Cirugía);
4. usted está embarazada o se está sometiendo a un tratamiento durante Su embarazo;
5. usted cuenta con un diagnóstico de una enfermedad terminal.

Una condición grave y compleja es aquella que, (1) para una enfermedad aguda, es lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico especializado a fin de evitar la posibilidad razonable de daño permanente o muerte (por ejemplo, si Usted está recibiendo actualmente quimioterapia, terapia de radiación o consultas posoperatorias para una enfermedad o condición aguda grave) y, (2) para una enfermedad o condición crónica, es (i) potencialmente mortal, degenerativa, incapacitante o con la posibilidad de ser incapacitante, o congénita y (ii) requiere atención médica especializada durante un período prolongado.

La continuidad de la cobertura descrita en esta disposición estará vigente hasta que se complete el tratamiento, pero no se extenderá por más de 90 días después de la fecha en que el Plan le notifique la baja del Proveedor, o cualquier período más largo previsto por la ley estatal. Si usted se encuentra en el segundo o tercer trimestre del embarazo cuando la baja del Proveedor entre en vigor, la continuidad de la cobertura puede ampliarse hasta el parto, la atención médica inmediata durante el posparto y los chequeos de seguimiento dentro de las primeras seis (6) semanas desde el parto. Tiene derecho a apelar cualquier decisión adoptada en relación con una solicitud de beneficios en virtud de esta disposición, tal como se explica en el Manual de Beneficios.

II. Ley federal de no sorpresas

1. Definiciones

Las definiciones que figuran a continuación se aplican únicamente a esta Enmienda de la Ley de No Sorpresas. En la medida en que se definan los mismos términos tanto en el Manual de Beneficios como en esta Enmienda, dichos términos se aplicarán solo para su uso en el Manual de Beneficios o en esta Enmienda, respectivamente.

“Servicios de Ambulancia Aérea” significa, únicamente a los efectos de esta Enmienda, el transporte médico por helicóptero o avión para pacientes.

“Condición Médica de Emergencia” significa, únicamente a los efectos de esta Enmienda, una condición médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente gravedad (que incluye dolor fuerte) para que una persona inexperta prudente, con conocimientos promedios sobre la salud y medicina, pueda esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría generar una condición: (i) que ponga la salud de la persona o, en el caso de una mujer embarazada, un feto en grave riesgo; (ii) que cause un deterioro grave de las funciones corporales; o (iii) que provoque una disfunción grave de cualquier órgano del cuerpo o parte de él.

“Servicios de Emergencia” significa, únicamente a los efectos de esta Enmienda:

- un examen médico de detección realizado en el Departamento de Emergencias de un hospital o en un Departamento de Emergencias Independiente;
- un examen o tratamiento médico adicional que Usted recibe en un Hospital, independientemente del departamento del hospital, o en un Departamento de Emergencias Independiente para evaluar y tratar una Condición Médica de Emergencia hasta que Su condición se estabilice;
- Los servicios con cobertura que Usted recibe de un Proveedor No Participante durante la misma consulta después de que su Condición Médica de Emergencia se haya estabilizado, a menos que ocurran las siguientes situaciones:
 1. su Proveedor No Participante determina que Usted puede viajar en transporte no médico o para casos que no sean de emergencia;
 2. su Proveedor No Participante le proporcionó a Usted un formulario de aviso de consentimiento para la facturación de saldo adicional de los servicios; y
 3. usted proporcionó su consentimiento informado.

“Proveedor No Participante” significa, únicamente a los efectos de esta Enmienda, con respecto a un artículo o servicio con cobertura, un médico u otro proveedor de atención médica que no tiene una relación contractual con BCBSTX a fin de suministrar dicho artículo o servicio en virtud del Plan al cual se adjunta esta Enmienda.

“Centro de Emergencias No Participante” significa, únicamente a los efectos de esta Enmienda, con respecto a un artículo o servicio con cobertura, un Departamento de Emergencias de un hospital o un Departamento de Emergencias Independiente que no tiene una relación contractual con BCBSTX a fin de suministrar dicho artículo o servicio en virtud del Plan al cual se adjunta esta Enmienda.

“Proveedor Participante” significa, únicamente a los efectos de esta Enmienda, con respecto a un servicio con cobertura, un médico u otro proveedor de atención médica que tiene una relación contractual con BCBSTX y establece una tarifa (por encima de la cual el proveedor no puede facturar al asegurado) a fin de proporcionar un artículo o servicio en virtud del Plan al que se adjunta esta Enmienda, independientemente de si el proveedor se considera un proveedor preferido o dentro de la red para los fines de los beneficios dentro o fuera de la red en virtud del Plan en cuestión.

“Centro Participante” significa, únicamente a los efectos de esta Enmienda, con respecto al servicio con cobertura, un hospital o centro quirúrgico para pacientes ambulatorios que tiene una relación contractual con BCBSTX y establece una tarifa (por encima de la cual el proveedor no puede facturar al asegurado) a fin de suministrar un artículo o servicio en virtud del Plan al que se adjunta esta Enmienda. Sin importar si el proveedor se considera como uno preferido o dentro de la red para los fines de los beneficios dentro o fuera de la red en virtud del Plan en cuestión.

“Monto de Pago Elegible” significa, únicamente a los efectos de esta Enmienda, una mediana de las tarifas contratadas calculada de acuerdo con las leyes, reglamentos o directrices federales o estatales.

“Monto Reconocido” significa, únicamente a los efectos de esta Enmienda, un monto determinado de conformidad con una ley estatal que proporciona un método para determinar el monto total por pagar por un artículo o servicio (si corresponde); o bien si no existe una ley estatal que proporcione un método para determinar el monto total por pagar por un artículo o servicio, la cantidad más baja del Monto de Pago Elegible o cargos facturados.

2. Protecciones frente a la facturación sorpresa de la Ley federal de no sorpresas

a. La Ley federal de No Sorpresas contiene varias protecciones relacionadas con las facturas médicas sorpresa de servicios prestados por Proveedores No Participantes y Centros de Emergencia No Participantes. Los artículos y Servicios Incluidos en estas protecciones (“Servicios con cobertura”) se enumeran a continuación.

- servicios de emergencia obtenidos de un Proveedor No Participante o de un Centro de Emergencia No Participante;
- servicios con cobertura que No son de Emergencia prestados por un Proveedor No Participante en un Centro Participante (a menos que Usted otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a las protecciones frente a la facturación de saldo adicional);
- servicios de ambulancia aérea recibidos de parte de un Proveedor No Participante si los servicios tienen cobertura por parte de un Proveedor Participante.

b. Pagos de las reclamaciones

Para los Servicios con cobertura, el Plan enviará un pago inicial o un aviso de rechazo del pago directamente al Proveedor.

c. Gastos compartidos

Para los Servicios que No son de Emergencia prestados por Proveedores No Participantes en un Centro Participante y para los Servicios de Emergencia proporcionados por un Proveedor No Participante o un Centro de Emergencia No Participante, el Monto Reconocido se utiliza para calcular Sus requisitos de costos compartidos, incluidos los Deducibles, Montos de Copago y Monto de Coparticipación.

En el caso de los Servicios de Ambulancia Aérea recibidos de un Proveedor No Participante, si los servicios tienen cobertura por parte de un Proveedor Participante, el monto utilizado para calcular Sus requisitos de costo compartido, incluidos los Deducibles, Montos de Copago y Monto de Coparticipación, será la cantidad más baja del Monto de Pago Elegible o los cargos facturados.

Para los Servicios con cobertura, estos requisitos de costos compartidos se contabilizarán para Su Deducible dentro de la red o el Gasto Máximo de Bolsillo, si corresponde.

3. Prohibición de la facturación de saldo adicional

Usted está protegido frente a la facturación de saldo adicional de los Servicios con cobertura, como se establece a continuación.

Si Usted recibe Servicios de Emergencia de un Proveedor No Participante o de un Centro de Emergencia no Participante, lo máximo que puede facturarle el Proveedor No Participante o el Centro de Emergencia no Participante es Su costo compartido dentro de la red. No se le puede facturar el saldo adicional por estos Servicios de Emergencia, a menos que Usted otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a Sus protecciones para que no se le facture el saldo adicional por los servicios que reciba después de que se encuentre en una condición estable.

Cuando recibe Servicios que No son de Emergencia con cobertura a través de un Proveedor No Participante en un Centro Participante, lo máximo que pueden facturarle esos Proveedores No Participantes son los requisitos de costos compartidos dentro de la red de Su Plan. Cuando se le proporcionan servicios de medicina para casos de emergencia, anestesia, servicios de patología, servicios de radiología, análisis de laboratorio, servicios de neonatología, servicios de cirujano asistente, servicios de especialista en servicios hospitalarios o servicios de intensivista en un Centro Participante, los Proveedores No Participantes no pueden facturarle el saldo adicional y no pueden solicitarle que renuncie a Sus protecciones para que no se le facture el saldo adicional. Si usted recibe otros servicios en Centros Participantes, los Proveedores No Participantes no pueden facturarle el saldo adicional, a menos que Usted otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Si Su Plan incluye Servicios de Ambulancia Aérea como un servicio con cobertura, y dichos servicios los proporciona un Proveedor No Participante, lo máximo que puede facturarle el Proveedor No Participante es Su costo compartido dentro de la red. No se le puede facturar el saldo adicional por estos Servicios de Ambulancia Aérea.

NOTA: Las revisiones de Su Plan realizadas en función de esta Enmienda se basan en la Ley de No Sorpresas, una ley federal promulgada en el 2020 y vigente para los años del plan que comienzan el 1 de enero de 2022 o después. En la medida en que se adopten regulaciones federales o se emita una guía adicional por parte de las agencias reguladoras federales que alteren los términos de esta Enmienda, las regulaciones y cualquier guía adicional controlarán el texto en conflicto en esta Enmienda.

AVISOS

AVISOS

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 and 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 para cuentas nacionales 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 and Blue Shield en ese otro lugar geográfico (“licenciataria local de Blue” [Host Blue]). En algunos casos, es posible que obtenga atención de proveedores 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 con cobertura 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, se sancionará al proveedor participante 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 con cobertura 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 con cobertura;
- 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 proveedor de atención médica. 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 con cobertura de acuerdo con las leyes pertinentes.

B. acuerdos negociados para cuentas nacionales (programa externo a BlueCard);

Como alternativa al Programa BlueCard, sus reclamaciones por los servicios de atención médica con cobertura pueden ser procesadas a través de un acuerdo negociado para 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 con cobertura 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 con cobertura fuera del área de servicio del *plan* por parte de proveedores de atención médica no participantes, el (los) monto(s) que usted pague por tales servicios se calculará usando el método descrito en el manual de beneficios para los proveedores de atención médica no participantes ubicados dentro de nuestra área de servicio. Usted puede ser responsable de pagar la diferencia entre el monto que el proveedor de atención médica no participante factura y el pago que el *plan* realizará en concepto de los Servicios con cobertura, según se establece en este párrafo. Las leyes federales o estatales, según corresponda, regirán los pagos por los servicios de emergencia fuera 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 manual de beneficios para proveedores de atención médica 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 de servicios médicos, un monto igual al mayor monto mínimo requerido en la metodología descrita en el manual para proveedores de atención médica no participantes ubicado dentro de su área de servicio; o un monto basado en los datos de reembolso del proveedor, disponibles públicamente para servicios profesionales iguales o similares, ajustados según las diferencias geográficas cuando corresponda;
 2. para proveedores de *hospitales* o centros, un monto igual al mayor monto mínimo requerido en la metodología descrita en el manual de beneficios para proveedores de atención médica no participantes ubicado dentro de su área de servicio; o un monto basado 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 proveedor de atención médica no participante factura y el pago que Blue Cross and Blue Shield of Texas realizará en concepto de los Servicios con cobertura, 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 para proveedores, tarifas de distribución del riesgo 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 la tabla de honorarios.

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 los honorarios del coordinador de servicios médicos.

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 con cobertura. 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 el Programa Blue Cross Blue Shield Global Core le brinda asistencia para obtener acceso a una red de centros para pacientes hospitalizados, para pacientes ambulatorios y proveedores de servicios médicos, 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 usted mismo las reclamaciones para obtener el reembolso 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 prestador de servicios médicos, puede concertar una cita médica u hospitalización, si corresponde.

- **servicios para pacientes hospitalizados;**

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 para pacientes internados con cobertura, excepto 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 reembolso de los servicios con cobertura. **Usted tendrá que comunicarse con el *plan* para obtener la autorización previa de los servicios para pacientes hospitalizados que no sean de emergencia.**

- **servicios para pacientes ambulatorios;**

Los servicios para pacientes ambulatorios están disponibles para la atención médica de emergencia. Por lo general, los médicos, los centros de atención médica inmediata/urgente y demás proveedores de pacientes ambulatorios 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 reembolso de los servicios con cobertura.

- **presentar una reclamación de Blue Cross Blue Shield Global Core;**

Cuando usted paga por Servicios con cobertura fuera del área de servicio de BlueCard, tiene que presentar una reclamación para obtener reembolso. 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 pagos que no aplican

Cuando un *participante* acude a un *proveedor de servicios médicos fuera de la red* o utiliza sus servicios, y esto tiene como resultado una reclamación contra el *plan*, TRS supone que el *proveedor* recaudará el *deducible*, el *copago* o el *coseguro* correspondiente del *participante*. En función de esta suposición, 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 de servicios médicos fuera 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 de servicios médicos fuera 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 de 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 de 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; y
- 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 personal de la salud 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 DENTRO 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 FUERA 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 CONFORME A COBRA

NOTA: Algunos empleadores no se verán afectados por la CONTINUACIÓN DE COBERTURA DESPUÉS DE LA FINALIZACIÓN (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 seguro de gastos médicos *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 COBRA puede estar a su disposición cuando, en otras circunstancias, usted perdería su cobertura médica *grupal*. También puede estar a disposición de otros miembros de su familia que tengan cobertura a través 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 evento de la vida denominado “evento elegible”. Más abajo en este aviso hay una lista de eventos elegibles específicos. Tras un evento elegible, la continuación de la cobertura COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un “beneficiario elegible”. Usted, su cónyuge y sus *hijos dependientes* podrían pasar a ser beneficiarios elegibles si la cobertura del Plan se pierde debido al evento elegible. Conforme al 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 eventos elegibles:

- reducción de sus horas de empleo; o
- finalización de su empleo por cualquier razón que no sea una falta grave de parte suya.

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 eventos elegibles:

- fallecimiento 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 dependientes se convierten en beneficiarios elegibles si pierden la cobertura según el plan por cualquiera de los siguientes eventos elegibles:

- fallecimiento del padre-empleado;
- reducción de horas de empleo del padre-empleado;
- finalización del empleo del progenitor empleado por cualquier razón que no sea una falta grave de su parte;
- inscripción del padre-empleado en los beneficios de *Medicare* (según la Parte A, la Parte B o ambas);
- divorcio o separación legal de los padres; o
- el *hijo* deja de ser elegible conforme a la cobertura del Plan como “*hijo dependiente*”.

Si el Plan proporciona cobertura de atención médica a empleados jubilados, se aplica lo siguiente: A veces, declararse en bancarrota según el Título 11 del Código de Estados Unidos se considera un evento 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 dependientes* 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 evento elegible. Cuando el evento elegible sea el fin del empleo, la reducción de horas o el fallecimiento 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 evento elegible al Administrador del Plan.

TIENE QUE DAR AVISO DE CIERTOS EVENTOS ELEGIBLES

El resto de los eventos elegibles (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de un *hijo dependiente* en calidad de tal), tiene que notificarlos al Administrador del Plan en un plazo de 60 días después de que ocurra un evento elegible. Comuníquese con su *empleador* o con el Administrador de COBRA para saber cómo realizar este aviso 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 el aviso de que ha ocurrido un evento 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 COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden hacer lo mismo en nombre de sus *hijos*.

La continuación de cobertura COBRA es una continuación provisional de cobertura. Cuando el evento elegible es el fallecimiento 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 dependiente*, la continuación de la cobertura COBRA puede durar hasta 36 meses.

Cuando el evento 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 evento elegible, la continuación de la cobertura 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 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 evento elegible (36 meses menos 8 meses). Si no fuera así, cuando el evento 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 del Seguro Social determina que usted o alguien en su familia con cobertura a través del 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

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 este aviso y obtener una descripción de cualquier información o documentación requerida.

SEGUNDA EXTENSIÓN POR EVENTO ELEGIBLE DEL PERÍODO DE 18 MESES DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

Si su familia experimenta otro evento elegible mientras recibe los 18 meses de continuación de la cobertura COBRA, el cónyuge y los *hijos dependientes* de su familia pueden recibir hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, con un total máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan el segundo evento elegible. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los *hijos dependientes* 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 dependiente* deja de ser elegible para la cobertura según el Plan como *hijo dependiente*, pero solo si el evento hubiera hecho que el cónyuge o el *hijo dependiente* pierdan la cobertura según el Plan, si no hubiera ocurrido el primer evento 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 ASEGURADORA INFORMADA 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 DE LA ASEGURADORA

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 COBRA.

**Información
que le brinda su empleador**

LISTA DE EXCLUSIONES DEL PLAN GENERAL

La siguiente lista de medicamentos se excluye tanto en el beneficio del plan médico como en el beneficio del plan de medicamentos con receta:

- a) los beneficios y la cobertura de los tratamientos aprobados por la FDA de EE. UU. bajo aprobación acelerada que están sujetos a beneficios clínicos confirmatorios no cuentan con cobertura de este plan, a menos que se requiera cobertura bajo mandato federal o estatal. Los siguientes medicamentos están excluidos de la cobertura hasta que se reciba la aprobación regulatoria completa que confirme el beneficio clínico;
- b) Acthar® Gel HP (depósito de corticotropina);
- c) Aduhelm (aducanumab);
- d) Amondys-45 (casimersen);
- e) Bylvay® (odevixibat);
- f) Exondys-51 (etepilrsen);
- g) Livmarli™ (vosoritide);
- h) Qalsody (tofersen);
- i) Vittepsa (vitolararsen);
- j) Vyondys-53 (etepilrsen);
- k) Voxzogo™ (vosoritide);
- l) Elevidys (delandistrogen moxeparvovec);
- m) Opzelura;
- n) Vtama;
- o) Zoryve;
- p) Amzeeq;
- q) Divigel;
- r) Tazorac;
- s) Adbry;
- t) Cibingo;
- u) Aprelude;
- v) Juxtapid;
- w) medicamentos surtidos únicamente en envases hospitalarios o envases/kits institucionales;
- x) medicamentos surtidos como muestras de fabricantes, programas puente o programas de medicamentos gratuitos para obtener acceso a superar las modificaciones del plan, como la cobertura de la lista de medicamentos, la autorización previa o los requisitos de terapia por pasos;
- y) medicamentos recetados y surtidos para el tratamiento del exceso de peso corporal y con el único propósito de mantener la reducción de peso, con una indicación de la FDA para la pérdida de peso o para su uso en cualquier programa de reducción de peso, adelgazamiento o control dietético, incluso si el Participante tiene una condición médica que podría mejorarse con una reducción del exceso de peso corporal o el mantenimiento de la reducción de peso e incluso aunque sean recetados por un Médico u Otro Proveedor. Los ejemplos incluyen, pero no están limitados a: Saxenda, Wegovy, y Zepbound;
- z) cualquier servicio *experimental/de investigación*, tratamiento, fármacos, productos biológicos, pruebas biomédicas, dispositivos médicos o suministros;
- aa) otros medicamentos recetados, administrados o utilizados de manera contraria a los criterios de necesidad médica establecidos en las políticas médicas y directrices aplicables de los administradores del plan de TRS;
- bb) cualquier medicamento que aún no haya sido aprobado por la Administración Federal de Medicamentos de los Estados Unidos, incluidos los parámetros de indicación, población o edad del medicamento y las dosis utilizadas.

Su plan de medicamentos con receta

Plan TRS-ActiveCare HD

Medicamentos con receta	Deducible	\$3,200 individual/\$6,400 familiar (integrado con el seguro médico)*	
	Gasto máximo de bolsillo	\$8,050 individual/\$16,100 familiar (integrado con el seguro médico)	
	En locales comerciales a corto plazo (<i>suministro de hasta 31 días</i>) - genérico; - medicamento de marca preferido**; - medicamento de marca no preferido**.	- 20% de coseguro después del deducible; - \$0 para ciertos genéricos antes del deducible; - 25% de coseguro después del deducible; - 50% de coseguro después del deducible.	Si recibe atención fuera de la red, 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 Express Scripts (debe enviar la reclamación a Express Scripts en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de servicio para recibir el reembolso).
	Farmacia con entrega a domicilio (<i>suministro de 90 días</i>) y red de mantenimiento en locales comerciales (<i>suministro de 90 días en farmacias participantes de mantenimiento en locales comerciales</i>) - genérico; - medicamento de marca preferido**; - medicamento de marca no preferido**.	- 20% de coseguro después del deducible; - 25% de coseguro después del deducible; - 50% de coseguro después del deducible.	
	Medicamentos con receta especializados (<i>limitado a un suministro de 31 días</i>) Asistencia de copago no aplicable para el plan TRS-ActiveCare HD. ***	- 20% de coseguro después del deducible;	
	Insulina de la lista de medicamentos	- 25% de coseguro después del deducible;	
Medidor de glucosa de marca preferido	- \$0 de copago;		
Suministros para la diabetes	Agujas, lancetas y jeringas No es necesario procesar los suministros para personas diabéticas el mismo día que la insulina. - suministro de 31 días; - suministro de 90 días. * Fuera de la lista de medicamentos y de marca: se aplica el deducible y los copagos/coseguros.	- \$0 de copago; - \$0 de copago.	

* Se exime el deducible y el coseguro para determinados medicamentos genéricos preventivos.

** 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 de diferencia del costo no cuenta para el deducible.

*** 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.

Plan TRS-ActiveCare 2

Medicamentos con receta	Deducible (<i>por persona, por año del plan</i>)	\$0 para genéricos, \$200 por persona para medicamentos de marca	
	Gasto máximo de bolsillo	\$7,900 individual/\$15,800 familiar (incluido en el servicio médico)	
	En locales comerciales a corto plazo (<i>suministro de hasta 31 días</i>) - 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).	Si recibe servicios fuera de la red, se le reembolsará el monto permitido según lo determine Express Scripts en función del monto que hubiera cobrado una farmacia de la red menos el copago requerido una vez incluido el deducible para los medicamentos (para recibir el reembolso, debe enviar la reclamación a Express Scripts en un plazo de 12 meses a partir de la fecha del servicio).
	Farmacia con entrega a domicilio (<i>suministro de hasta 90 días</i>) y red de mantenimiento en locales comerciales (<i>suministro de hasta 90 días en farmacias participantes de mantenimiento en locales comerciales</i>) - genérico; - medicamento de marca preferido**; - medicamento de marca no preferido**.	- \$45 de copago; - 25% de coseguro (mín. \$105/ máx. \$210); - 50% de coseguro (mín. \$215/ máx. \$430).	
	Medicamentos con receta especializados (<i>limitados a un suministro de 31 días</i>) Determinados medicamentos especializados cobran \$0 de copago si forman parte de la lista de medicamentos SaveOnSP. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Asegurado de SaveOnSP llamando al (800) 683-1074 para revisar si su medicamento especializado tiene cobertura. ***	- 30% de coseguro (mín. \$200/ máx. \$900).	
	Insulina de la lista de medicamentos	- \$25 por un suministro de 31 días; - \$75 por un suministro de 61 a 90 días.	
Medidor de glucosa de marca preferido	- \$0 de copago.		
Suministros para la diabetes	Agujas, lancetas y jeringas No es necesario procesar los suministros para personas diabéticas el mismo día que la insulina. - suministro de 31 días; - suministro de 90 días. * Fuera de la lista de medicamentos y de marca: se aplica el deducible y los copagos/coseguros.	- \$0 de copago; - \$0 de copago.	

** 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 de diferencia del costo no cuenta para el deducible.

*** 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 Express Scripts

Express Scripts es uno de los principales administradores de beneficios farmacéuticos que pone los medicamentos al alcance de decenas de millones de personas. Express Scripts es uno de los proveedores de atención médica de farmacias más grande en Estados Unidos, ya que cuenta con una red contratada que incluye más de 60,000 farmacias a lo largo del país.

A través de las Express Scripts® Pharmacy, puede solicitar medicamentos de mantenimiento y especializados en línea o por teléfono y recibirlos directamente en su hogar. El sitio web de Express Scripts ofrece estos y otros servicios, incluida la información sobre sus medicamentos. Para comenzar a utilizar estos y otros servicios y funciones, inscríbese en express-scripts.com/trsactivecare.

Tarjetas de asegurado de Express Scripts

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 Express Scripts para sus medicamentos con receta. Incluida con la tarjeta de asegurado, recibirá un kit de bienvenida de Express Scripts que refleja el plan de beneficios con cobertura para las recetas médicas seleccionadas. Si necesita obtener una tarjeta de asegurado temporal o solicitar tarjetas adicionales, puede llamar al (844) 367-6108 para hablar con un representante de Express Scripts o en línea en express-scripts.com/trsactivecare. Asegúrese de llevar su tarjeta de asegurado para medicamentos con receta a la farmacia la primera vez que vaya a hacer que le surtan una receta. También cuenta con el acceso a una copia digital de sus tarjetas de asegurado en la aplicación móvil de Express Scripts.

Ejemplo de tarjetas de asegurado

TRS-ActiveCare HD



Prescription ID Card

ID CWK000100002
Name JOHN Q SAMPLE
RxBIN 003858
RxPCN A4
RxGrp TRSACRX
Issuer 9151014609
(80840)



ActiveCare HD

Retail: 31-day supply
Generic: 20% after deductible
\$0 copay for certain preventive generics
Preferred: 25% after deductible
Non-preferred: 50% after deductible

Present this Prescription ID Card to fill your prescription at any participating retail pharmacy or retail-plus pharmacy.

For more information, visit express-scripts.com/trsactivecare or call Express Scripts Customer Service to speak with a prescription plan specialist toll-free at 844-367-6108.

ActiveCare HD

Home Delivery: 90-day supply
Generic: 20% after deductible
Preferred: 25% after deductible
Non-preferred: 50% after deductible

Specialty medications have a 31-day supply maximum
Accredo Specialty Mail Order, 20% after deductible
Deductible: \$3,200 individual / \$6,400 family
Maximum out of pocket (MOOP): \$8,050 individual / \$16,100 family

Pharmacist use only: 800-987-5247

Submit paper claims to:
Express Scripts
ATTN: Commercial Claims
P.O. Box 14711
Lexington, KY 40512-4711

TRS-ActiveCare 2



Prescription ID Card

ID CWK000100002
Name JOHN Q SAMPLE
RxBIN 003858
RxPCN A4
RxGrp TRSACRX
Issuer 9151014609
(80840)



ActiveCare2

Retail: 31-day supply
Generic: \$20 copay
Preferred: 25%-\$40 min/\$80 max after deductible
Non-preferred: 50%-\$100 min/\$200 max after deductible

Present this Prescription ID Card to fill your prescription at any participating retail pharmacy or retail-plus pharmacy.

For more information, visit express-scripts.com/trsactivecare or call Express Scripts Customer Service to speak with a prescription plan specialist toll-free at 844-367-6108.

Pharmacist use only: 800-987-5247

ActiveCare 2

Home Delivery: 90-day supply
Generic: \$45 copay
Preferred: 25%-\$105 min/\$210 max after deductible
Non-preferred: 50%-\$215 min/\$430 max after deductible
Specialty medications have a 31-day supply maximum
Accredo Specialty Mail Order - 30%-\$200 min/\$900 max after deductible
\$200 brand deductible
Maximum out of pocket (MOOP): \$7,900 individual / \$15,800 family

Submit paper claims to:
Express Scripts
ATTN: Commercial Claims
P.O. Box 14711
Lexington, KY 40512-4711

Lista de medicamentos preferidos de Express Scripts

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 con cobertura 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, pagará un copago menor en medicamentos genéricos y de marca que se encuentran en la lista de medicamentos.

Ahorre dinero en medicamentos con receta

Usted pagará:

- el copago más bajo para medicamentos genéricos;
- un copago más alto para los medicamentos de marca preferidos;
- el copago más alto para los medicamentos de marca no preferidos.

Su médico puede ayudarlo a ahorrar dinero recetándole medicamentos genéricos o de marca preferidos, si corresponde. Visite express-scripts.com/trsactivecare para verificar el precio y la cobertura de medicamentos según su plan.

Medicamentos Genéricos y Biosimilares

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) exige que los fabricantes de medicamentos genéricos y biosimilares cumplan guías estrictas, garantizando la seguridad y eficacia de todos los genéricos y biosimilares aprobados. 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 la lista de medicamentos de su plan, visite express-scripts.com/trsactivecare o comuníquese con el Servicio al Cliente de Express Scripts al (844) 367-6108.

Algunos medicamentos de la Lista de terapias farmacológicas preventivas solo genéricas que mantiene el IRS tienen cobertura sin costo para los participantes del plan TRS-ActiveCare HD.

Educación y seguridad

Los medicamentos con receta que puede obtener a través de Express Scripts Pharmacy, así como los que adquiera en una farmacia participante, se revisan para detectar posibles interacciones farmacológicas. Si en algún momento Express Scripts tiene una duda sobre su receta, un farmacéutico de Express Scripts se comunicará con su médico antes de surtir el medicamento. Si su médico decide cambiar la receta médica, Express Scripts les notificará tanto a usted como 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.

Programa de farmacias de la red de Express Scripts

Las farmacias de la red de Express Scripts aceptarán su tarjeta de asegurado de TRS-ActiveCare y le cobrarán el copago correspondiente de acuerdo con el diseño de su plan.

- en el caso del plan TRS-ActiveCare HD, una vez que haya alcanzado el deducible del año del plan, pagará el porcentaje correspondiente del coseguro según el costo de la receta médica 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 con receta de marca, pagará cualquier copago o porcentaje de coseguro aplicable según el costo de la receta médica.

Su servicio preferido de farmacia 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 recetas médicas a corto plazo, puede ahorrar dinero si acude a farmacias que participan en la red Express Scripts.

Farmacias con entrega a domicilio de Express Scripts

La farmacia con entrega a domicilio de Express Scripts 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 Express Scripts;
- la segunda para un suministro de hasta 31 días, que puede surtir en una farmacia de la red para su uso hasta que llegue su medicamento con receta con entrega a domicilio.

Puede solicitar a su médico que presente sus recetas médicas directamente a la farmacia con entrega a domicilio de Express Scripts de forma electrónica o puede comunicarse con el Servicio al Cliente de Express Scripts para obtener ayuda llamando al (844) 367-6108.

El servicio de resurtido automatizado de Express Scripts solo está disponible después de que se haya procesado su primer pedido de receta médica.

Puede esperar recibir su medicamento con receta con entrega a domicilio en un plazo de entre 7 y 14 días a partir de la fecha en que realice su pedido.

Red de farmacias de mantenimiento en locales comerciales

Las farmacias que deciden participar en la red de mantenimiento en locales comerciales pueden surtir medicamentos hasta por 90 días. Puede visitar [express-scripts.com/trsactivecare](https://www.express-scripts.com/trsactivecare) o comunicarse con el Servicio al Cliente de Express Scripts llamando al (844) 367-6108 para obtener más información sobre las farmacias que han optado por participar en la red de mantenimiento en locales comerciales.

Farmacias fuera de la red

Si utiliza una farmacia fuera de la red que no envía reclamaciones electrónicas, debe presentar una reclamación directa ante Express Scripts. Será responsable de cualquier diferencia de costo entre el cargo de la farmacia y el reembolso del plan.

Si obtiene una receta médica fuera de Estados Unidos, envíe una copia por correo una copia y los recibos de compra junto con el formulario de reclamación directa. Si desea obtener este formulario, llame a Servicio al Asegurado al (844) 367-6108 o inicie sesión en su cuenta registrada del asegurado. La dirección postal está en el reverso del formulario.

Programas clínicos: surtimiento de recetas médicas según las instrucciones, terapia por pasos, límites de cantidad y autorización previa

Surtimiento de recetas según las instrucciones del médico

Si surte una receta médica 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 médica que solo debe recibir el medicamento de marca.

Por ejemplo, el médico puede indicar “marca médicamente necesaria” en la receta.

Los 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 genéricos cuestan mucho menos que los medicamentos de marca, tanto para usted como para TRS-ActiveCare.

Terapia por pasos

En un programa de terapia por pasos, es posible que se le solicite probar un fármaco “de primera línea” o un requisito previo antes de que se le apruebe una terapia por pasos o un “medicamento de segunda línea”. Los medicamentos que se exigen como requisito previo y sus correspondientes medicamentos de terapia por pasos están aprobados por la FDA y se utilizan para tratar las mismas condiciones de salud.

Si es médicamente necesarios, puede obtener cobertura para un medicamento de tratamiento de terapia por pasos sin probar primero un medicamento de requisito previo. En este caso, su médico debe solicitar la cobertura del medicamento de terapia por pasos como una excepción médica. Si se aprueba la cobertura, se notificará a su médico. Su médico puede solicitar una revisión de la cobertura llamando al Servicio al Cliente de Express Scripts al (800) 903-8645.

Límites de cantidad

Para promover un tratamiento farmacológico seguro y eficaz, es posible que algunos medicamentos tengan límites de cantidad. Estos límites de cantidad pueden restringir lo que se puede surtir por receta médica o resurtido. Además, estos límites de cantidad se basan en las directrices aprobadas clínicamente o del fabricante y están sujetas a revisiones y cambios periódicos. Para determinar si se ha asignado una cantidad máxima al surtimiento de un medicamento con receta, llame al Servicio al Cliente de Express Scripts al (800) 903-8645.

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

Express Scripts obtenga más información sobre su curso de tratamiento específico a fin de determinar si un medicamento determinado cumple con los requisitos para la cobertura en virtud de TRS-ActiveCare.

Proceso de revisión de cobertura

Puede consultar si su medicamento requiere terapia por pasos, límites de cantidad o autorización previa (revisión de cobertura) llamando al servicio de atención al cliente de Express Scripts al (800) 903-8645. Si está surtiendo una receta en una farmacia en locales comerciales o con entrega a domicilio y es necesaria una revisión de cobertura, Express Scripts notificará automáticamente al farmacéutico, quien, a su vez, le informará que la receta debe revisarse para terapia por pasos, límites de cantidad o autorización previa (revisión de cobertura). Usted o su médico pueden comenzar el proceso llamando a Express Scripts.

- Express Scripts se comunicará con su médico para solicitar información adicional de la que aparece en la receta médica. Después de recibir la información necesaria, Express Scripts notificará a usted y a su médico para confirmar si se autorizó la cobertura;
- 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 tener cobertura.

Programa de farmacia de medicamentos especializados de Accredo

Los medicamentos especializados son aquellos que se usan para tratar condiciones de salud 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.

Accredo es la farmacia especializada de Express Scripts y es el proveedor preferido de farmacia de medicamentos especializados para TRS-ActiveCare. Se puede obtener una lista de medicamentos que Accredo debe surtir llamando al Servicio al Cliente al (800) 596-7701. Los medicamentos especializados que figuran en esta lista están sujetos a cambios.

En general, los medicamentos especializados no tienen cobertura por ninguna farmacia, excepto la de medicamentos especializados de Accredo, independientemente de su necesidad médica, su aprobación o si el asegurado cuenta con una receta médica de un médico u otro proveedor. Sin embargo, en circunstancias limitadas, la cobertura puede permitirse a través de un proveedor alternativo, más comúnmente para medicamentos especializados de distribución limitada, en casos en los que Accredo no tiene acceso al medicamento.

Programa de especialidad de SaveOnSP

TRS se asoció con SaveOnSP para reducir los costos de las especialidades a través de una estrategia de diseño de plan innovadora de copago. SaveOnSP está integrado con Express Scripts Accredo Specialty Pharmacy como tercero para garantizar una experiencia de asegurado premium y fluida para nuestros participantes. No todos los medicamentos especializados están incluidos en el programa de SaveOnSP. SaveOnSP se comunicará con usted y lo ayudará a registrarse para obtener la asistencia de copago del fabricante del medicamento cuando esté disponible para los medicamentos en el programa. Si su medicamento especializado forma parte de la lista de medicamentos de SaveOnSP, su copago de bolsillo será de \$0 si está inscrito en el programa de especialidades de SaveOnSP.

Si actualmente toma uno o más medicamentos incluidos en la lista de medicamentos del programa SaveOnSP, recibirá una carta de bienvenida y una llamada telefónica de SaveOnSP que le proporcionará información específica sobre el programa en relación con sus medicamentos.

Algunos fabricantes requieren que usted se inscriba para aprovechar la asistencia de copago que ellos proveen para sus medicamentos. En ese caso, debe hablar con alguien en SaveOnSP llamando al (800) 683-1074 a fin de proporcionar cualquier información adicional necesaria para inscribirse en el programa de copago.

SaveOnSP también se comunicará con usted si tiene que inscribirse en la asistencia de copago para cualquier medicamento que tome. Si decide no participar en el programa o si no se inscribe afirmativamente en la

asistencia para el copago según lo requerido por el fabricante, será responsable del monto total del 30% de coseguro de los medicamentos especializados que sean elegibles para el programa SaveOnSP.

Si decide no participar en el programa, debe llamar al (800) 683-1074.

Nota importante:

La Lista de medicamentos del programa SaveOnSP puede actualizarse periódicamente. Los montos pagados como beneficio por un medicamento elegible, incluidos los montos pagados por un programa de asistencia de copago del fabricante, no se contarán para ningún deducible del asegurado ni ninguna obligación de gasto de bolsillo máximo (MOOP) del asegurado, a menos que la ley exija lo contrario.

Ventajas fundamentales del uso de Accredo

Accredo le ofrece muchas ventajas, entre las que se incluyen:

- acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a farmacéuticos y enfermeras especializados con amplia experiencia en su condición de salud;
- recordatorios para volver a surtir la receta médica según sus preferencias de comunicación: llamada, mensaje de texto, correo electrónico o aplicación móvil;
- administración de sus medicamentos especializados en accredo.com o en la aplicación móvil de Accredo®: incluso puede volver a surtir varios medicamentos en línea*;
- Accredo le ofrece entrega gratuita para sus medicamentos, de acuerdo con el día que sea adecuado para usted;
- la mayoría de los suministros, como agujas y jeringas, se entregan con los medicamentos especializados sin cargo.

* No disponible para todos los medicamentos especializados.

Administración de servicios médicos y enfermería para infusión de Accredo 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 ambulatorios tienen cobertura por el beneficio de la farmacia y se coordinan y surten mediante la farmacia de medicamentos especializados de Accredo. 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 Accredo trabajará con usted y su proveedor a fin de evaluar su historial clínico y determinar las opciones clínicamente adecuadas (ubicación para la infusión) para los medicamentos especializados que deben ser proporcionados por un profesional médico. Las opciones pueden incluir hogar, centro de infusión para pacientes ambulatorios, consultorio del médico, etc. Las enfermeras del equipo de cuidado Accredo se comunicarán con los asegurados afectados para brindar ayuda 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.

Coordinación de Beneficios (COB, en inglés)

TRS-ActiveCare/Express Scripts ofrece la 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 Express Scripts, junto con una Explicación de beneficios (EOB, en inglés) del pagador principal o un recibo por los gastos de bolsillo. Luego, Express Scripts 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 Express Scripts en tiempo real por el saldo no pagado por el pagador principal. Luego, Express Scripts 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, Express

Scripts le reembolsará \$10 como beneficio secundario. Si su copago principal es de \$15, Express Scripts 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

Express Scripts y TRS revisan periódicamente las opciones de la lista de medicamentos en busca de formas de controlar los costos y, al mismo tiempo, conservar la elección individual y el acceso a medicamentos clínicamente eficaces. Como resultado, las exclusiones de medicamentos de la lista de medicamentos ocurrirán dos veces al año y normalmente entrarán en vigencia el 1 de enero y el 1 de julio, y según sea necesario en respuesta a la dinámica del mercado y la disponibilidad de medicamentos. Antes de los cambios en la exclusión de medicamentos, los pacientes que utilicen medicamentos que se van a excluir pueden recibir una notificación para ayudar a identificar posibles tratamientos sustitutivos. Si desea obtener un listado completo de las exclusiones de la lista de medicamentos de este año, visite express-scripts.com/trsactivecare, seleccione “Explorar planes”, elija su plan correspondiente y abra “Exclusiones de la lista de medicamentos preferidos de TRS del 2024” para ver la lista. Si la no cobertura de algún gasto es contraria a una ley por la que se rige el plan, la disposición se cambia automáticamente para cumplir con el requisito mínimo de la ley. No se realizará ningún pago bajo ninguna parte del plan para las siguientes categorías de exclusión de beneficios:

- medicamentos adquiridos sin receta médica; comúnmente llamados medicamentos de venta libre (OTC);
- dispositivos o aparatos terapéuticos, prendas de apoyo y otros dispositivos no médicos;
- 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 ostomías;
- productos de fluoruro tópicos;
- hormonas de crecimiento, a menos se cuente con autorización previa;
- cargos por la administración o inyección de cualquier medicamento; vacunas exentas;
- productos de plasma o sangre (excepto factores de hemofilia);
- medicamentos con implicaciones cosméticas;
- medicamentos de marca con alternativas genéricas, formas de dosis más bajas o equivalentes de venta libre;
- cualquier medicamento que esté excluido según la Lista de Exclusiones del Plan General.

Para obtener más información sobre la lista de medicamentos de su plan, visite express-scripts.com/trsactivecare o comuníquese con el Servicio al Cliente de Express Scripts al (844) 367-6108. La lista completa de exclusión de beneficios de fármacos se encuentra en el Apéndice: Exclusión de beneficios

Apelación de la determinación adversa 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;
- número del asegurado de Express Scripts;
- 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:

Express Scripts

Attn: Administrative Appeals Department
PO Box 66587
St. Louis, MO 63166-6587
Número de fax: (877) 328-9660

Se le enviará por escrito una decisión sobre su solicitud dentro de los 15 días siguientes a la recepción de su solicitud por escrito para reclamaciones previas al servicio. Tiene derecho a una revisión imparcial y completa de su reclamación. Cuenta con el derecho de revisar su expediente; el derecho de recibir, bajo una petición y sin cargo alguno.

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, puede iniciar una revisión externa. Los detalles sobre el proceso para apelar su reclamación e iniciar una revisión externa se describirán en el aviso 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 urgente (revisión urgente)

Tiene derecho a solicitar una apelación urgente 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 inmediata/urgente 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 condición 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 urgente pueden ser verbales o escritas.

Su médico puede llamar al (800) 946-3979 o enviar una solicitud por escrito a:

Express Scripts
Attn: Administrative Appeals Department
PO Box 66587
St. Louis, MO 63166-6587
Número de fax: (877) 328-9660

En el caso de una apelación urgente de cobertura que involucre atención médica inmediata/urgente, se le notificará la determinación del beneficio en un plazo de 72 horas luego de la recepción de su solicitud de apelación. El aviso incluirá información para identificar la reclamación implicada; los motivos específicos de la decisión; evidencias nuevas o adicionales, si las hubiera, consideradas por Express Scripts en relación con su apelación. Tiene el derecho de revisar su expediente, el derecho de recibir, a petición y sin cargo. La decisión que se tome sobre su apelación urgente será definitiva y vinculante. En la situación de atención médica inmediata/urgente, solo hay un nivel de apelación antes de la revisión externa.

Además, en situaciones urgentes, también tiene el 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 mientras solicita la revisión externa independiente. Los detalles sobre el proceso para apelar su reclamación e iniciar una revisión externa se describirán en el aviso 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

Nota importante: Los servicios o medicamentos excluidos por el beneficio de este plan no están sujetos al proceso de Revisión Externa y por lo tanto, no están sujetos a revisión por una Organización de Revisión Independiente (IRO).

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 urgente. En el caso de una apelación urgente, puede enviar su apelación a Express Scripts, a la vez que solicita una revisión externa independiente, o bien puede enviar su apelación urgente para la revisión externa independiente después de completar el proceso interno de apelación.

Para presentar una revisión externa independiente, Express Scripts debe recibirla dentro de los cuatro meses a partir de la fecha de la determinación adversa de beneficios (si la fecha que es de cuatro meses a partir de esa fecha es sábado, domingo o día feriado, la fecha límite es el siguiente día laborable) en la siguiente dirección:

Texas Department of Insurance
P.O. Box 12030
Austin, TX 78711-2030
Teléfono: 800-252-3439
En línea: www.tdi.texas.gov

Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o necesita ayuda, puede comunicarse con:

Texas Department of Insurance
1601 Congress Ave
Austin, TX 78701
(800) 578-4677

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Llame a:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection (111-1A)
1601 Congress Ave
P.O. Box 12030
Austin, TX 78711-2030
(800) 252-3439

Revisión externa no urgente

Una vez que haya enviado su solicitud de revisión externa, Express Scripts analizará su reclamación en un plazo de 11 días laborables 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, Express Scripts asignará de forma aleatoria la solicitud de revisión a un Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés), recopilará la información de su apelación y la enviará al IRO en un plazo de 11 días laborables. 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 Express Scripts para su reconsideración.

El IRO revisará su reclamación dentro de los siguientes 45 días calendario y le enviará a usted y a Express Scripts 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 médico 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. Hay dos clasificaciones de medicamentos genéricos: los medicamentos genéricos equivalentes están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), contienen los mismos principios activos, y son equivalentes a sus homólogos de marca en cuanto a seguridad, fortaleza, rendimiento, calidad y dosificación. Los medicamentos genéricos alternativos son medicamentos genéricos aprobados por la FDA, cuyos principios 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 condición que su medicamento de marca actual. Los genéricos alternativos no son lo mismo que los genéricos equivalentes.

Medicamentos preventivos de la ACA

El plan cubre los siguientes medicamentos preventivos, tanto de prescripción (Rx) como de venta libre (OTC), a \$0 de copago/coseguro. Para recibir estos medicamentos con \$0 de copago/coseguro, debe tener una receta médica autorizada para el producto, la cual debe surtirse en una farmacia de la red o por correo a través de la Express Scripts Pharmacy. Los medicamentos preventivos pueden estar sujetos a limitaciones de cantidad o de suministro diario. Consulte la siguiente tabla para ver la lista de medicamentos preventivos con cobertura.

Categoría del medicamento	A los Asegurados	Solo genéricos
Aspirina (solo de 81 mg)	Sí	Sí
Suplementos de fluoruro	Sí	Sí
Ácido fólico	Sí	Sí
Dejar de fumar- Rx o (se incluyen formulaciones de reemplazo de nicotina y vareniclina)	Sí	Sí
Anticonceptivos	Sí	No
Medicamentos para la preparación intestinal: solo con receta Marcas que se pueden pagar hasta que esté disponible un genérico	Sí	Sí
Prevención principal del cáncer de mama	Sí*	Sí
Estatinas	Sí	Sí
Profilaxis previa a la exposición (PrEP, en inglés) al VIH	Sí	Sí

* 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 \$0 de copago 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 Express Scripts al (844) 367-6108.

Herramientas y recursos en línea de Express Scripts

El sitio web seguro para los asegurados de Express Scripts

Puede encontrar el sitio web principal de Express Scripts disponible en express-scripts.com/trsactivecare.

Ofrece los siguientes servicios:

- recordatorios de resurtido;
- ver e imprimir su tarjeta provisional de asegurado;
- información de recetas;
- información sobre costos;
- historial de recetas médicas;
- realizar un seguimiento de sus gastos en medicamentos con receta;
- ubicar las farmacias locales.

En este sitio, puede verificar los costos de los medicamentos para las diferentes opciones de plan TRS-ActiveCare, acceda a la lista “Medicamentos preventivos de TRS del 2024: Solo genéricos y estándar” para TRS-ActiveCare HD, y ver si una farmacia está en la red de farmacias de mantenimiento en locales comerciales.

Aplicaciones móviles de Express Scripts

Descargue la aplicación móvil Express Scripts® y administre sus medicamentos con receta médica 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.



TRS | ACTIVECARE
TEACHER RETIREMENT SYSTEM OF TEXAS

www.bcbstx.com/trsactivecare

766046.0624