



Efectivo del 1 de septiembre del 2025
al 31 de agosto del 2026



2025-26 **MANUAL DE BENEFICIOS**



Blue Cross and Blue Shield of Texas, una División de
Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal,
licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

TRS-ActiveCare HD
TRS-ActiveCare 2

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
<i>Beneficios dentro y fuera de la red</i>	1
<i>Información de contacto importante.....</i>	2
<i>Línea de ayuda de Servicio al Cliente</i>	2
<i>Sitio web de BCBSTX</i>	2
PROGRAMA DE COBERTURA.....	3
<i>Plan TRS-ActiveCare HD</i>	3
<i>Plan TRS-ActiveCare 2.....</i>	13
Centros de Designated Blue Distinction Center+ para cirugía bariátrica	22
QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS.....	24
<i>Elegibilidad del empleado</i>	24
<i>¿Quién puede inscribirse en TRS-ActiveCare?.....</i>	24
<i>Dependientes elegibles</i>	25
<i>Eventos especiales de inscripción/realización de cambios</i>	26
<i>Nuevo dependiente</i>	26
<i>Situaciones de elegibilidad especial</i>	27
<i>Pérdida de la cobertura.....</i>	28
<i>Retiro de la cobertura.....</i>	29
<i>Hijos dependientes en custodia por orden judicial.....</i>	29
<i>Otros dependientes en custodia por orden judicial.....</i>	29
<i>Fecha efectiva de la cobertura</i>	30
<i>Cuando termina la cobertura</i>	36
<i>Continuación de la cobertura de grupo (COBRA)</i>	37
CÓMO FUNCIONA EL PLAN	38
<i>Monto permitido</i>	38
<i>Administración de casos clínicos</i>	38
<i>Libertad de elección</i>	38
<i>Tarjeta de asegurado</i>	39
<i>Ejemplo de tarjetas de asegurado</i>	39
<i>Necesidad médica</i>	40
<i>ParPlan</i>	40
<i>Disposición de condiciones de salud preexistentes.....</i>	40
<i>Proveedores de atención médica especializada</i>	41
• <i>si decide consultar a un proveedor 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</i>	41
<i>Uso de proveedores sin contratos</i>	41
DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN.....	41
<i>Determinación de la utilización</i>	41
<i>Opción de revisión clínica recomendada</i>	41
<i>Revisión de la duración de la</i>	
<i>hospitalización/servicio</i>	44
<i>Revisión de la necesidad médica posterior al servicio.....</i>	45
<i>No se ha obtenido una revisión clínica recomendada</i>	46
PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTAR RECLAMACIONES	47
<i>Procedimientos para presentación de reclamaciones</i>	47
<i>Se requiere presentar reclamaciones</i>	47
<i>Quién presenta una reclamación</i>	47
<i>Dónde enviar los formularios de reclamación completos.....</i>	48
<i>Quién recibe el pago</i>	49
<i>Cuando presentar una reclamación</i>	49
<i>Comprobante de reclamaciones por parte de BCBSTX.....</i>	49
<i>Revisión de determinaciones de reclamación</i>	49
<i>Determinaciones de reclamación</i>	49
<i>Procedimientos para apelar decisiones/revisar reclamaciones</i>	53
<i>Criterios de revisión externa</i>	57
<i>Revisión externa estándar</i>	57
<i>Revisión externa inmediata.....</i>	60
<i>Agotamiento</i>	61
<i>Interpretación de las disposiciones del plan del empleador</i>	61
GASTOS ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS	62
<i>Gastos elegibles</i>	62
<i>Copagos.....</i>	62
<i>Deductibles</i>	64
<i>Gasto máximo de bolsillo.....</i>	64
<i>Cambios en los beneficios</i>	65
SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA.....	66
<i>Gastos de hospitalización</i>	66
<i>Gastos médico-quirúrgicos</i>	66
<i>Gastos de atención médica a largo plazo</i>	68
<i>Gastos de disposiciones especiales</i>	70
<i>Servicios de salud mental.....</i>	86
<i>Blue Distinction® y el Programa Blue Distinction Specialty Care (atención especializada)</i>	86
<i>Blue Distinction Centers</i>	88
<i>Diferencia de beneficios de BDC y BDC+</i>	88
<i>Producto obligatorio de atención médica especializada de Blue Distinction Centers y Blue Distinction Centers+</i>	88
LIMITACIONES MÉDICAS Y EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DEL PLAN	89
DEFINICIONES.....	96

DISPOSICIONES GENERALES	113
Agente de seguros.....	113
Enmiendas.....	113
Intereses de propiedad del administrador de reclamaciones.....	113
Anti-asignación y pago de beneficios	113
Responsabilidad de reclamaciones	113
Autorización de divulgación.....	113
Protección contra robo de identidad	114
Medicare.....	114
La relación participante/proveedor.....	114
Pago en exceso	114
Rescisión	115
Subrogación.....	115
Coordinación de Beneficios.....	116
Termina la cobertura	119
Continuación de la cobertura de grupo - Federal	120
Cancelación	121
Género.....	121
ENMIENDAS.....	125
ENMIENDAS EN LA LEY DE NO SORPRESAS	117
AVISO.....	122
Otros acuerdos financieros independientes de los Planes Blue Cross and Blue Shield con proveedores.....	122
AVISO.....	125
Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998.....	126
CONTINUACIÓN DE LOS DERECHOS DE COBERTURA CONFORME A COBRA	128
LISTA DE EXCLUSIONES DEL PLAN GENERAL	131
Su plan de medicamentos con receta	132
Plan TRS-ActiveCare HD.....	132
Plan TRS-ActiveCare 2.....	133
Cómo funciona su plan de medicamentos con receta	134
Acerca de Express Scripts	134
Tarjetas de asegurado de Express Scripts.....	134
Ejemplo de tarjetas de asegurado	134
Lista de medicamentos preferidos de Express Scripts.....	135
Ahorre dinero en medicamentos con receta	135
Medicamentos genéricos y biosimilares	135
Educación y seguridad.....	135
Programa de farmacias locales de la red de Express Scripts.....	136
Farmacias con entrega a domicilio de Express Scripts.....	136
Cómo surtir un medicamento con receta con entrega a domicilio.....	136
Red de farmacias de mantenimiento en comercios locales.....	136
Farmacias fuera de la red.....	136
Programas clínicos: recetas médicas para surtir según las instrucciones, terapia por pasos, límites de cantidad y autorización previa.....	137
Recetas médicas para surtir según las instrucciones	137
Terapia por pasos	137
Límites de cantidad	137
Autorización previa.....	137
Proceso de revisión de cobertura	137
Programa de farmacia especializada de Accredo	138
Programa de especialidad de SaveOnSP.....	138
Beneficios fundamentales del uso de Accredo	139
Coordinación de Beneficios (COB)	139
Envío de reclamación en papel.....	139
Envío de reclamación electrónica (solo comercios locales)	139
Exclusiones del plan para medicamentos con receta.....	140
Medicamentos preventivos de la ACA.....	144
Herramientas y recursos en línea de Express Scripts	145
El sitio web seguro para los asegurados de Express Scripts	145
Aplicaciones móviles de Express Scripts.....	145

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 de beneficios para conocer los beneficios y requisitos de su seguro médico.

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 itálicas 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**, debe elegir proveedores que formen parte 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 debe 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 actualizado que lo ayudará a encontrar un *proveedor*.

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

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 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 dentro de la red;
- distribuir formularios de reclamación;
- responder a sus preguntas sobre reclamaciones;
- ayudarlo a identificar un proveedor dentro de la red (pero no le recomendarán proveedores dentro de la red específicos);
- brindar información sobre las características de su seguro médico;
- registrar comentarios sobre proveedores.

Sitio web de BCBSTX

Visite el sitio web de BCBSTX en www.bcbstx.com/trsactivecare para obtener información sobre BCBSTX, 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	\$3,300	\$6,600
Por familia	\$6,600	\$13,200
Gasto máximo de bolsillo por año del plan		
Por persona	\$8,300	\$20,500
Por familia	\$16,600	\$41,000
Servicios profesionales		
Proveedor de atención primaria (PCP): visita al consultorio o consulta a domicilio		
Médico especialista (“Especialista”): visita al consultorio o consulta a domicilio	30% de coseguro después del <i>deductible</i>	50% de coseguro después del <i>deductible</i>
Visita/consulta de telemedicina/telesalud		
Servicios para pacientes hospitalizados		
Servicios para pacientes hospitalizados	30% de coseguro después del <i>deductible</i>	50% de coseguro después del <i>deductible</i> , cantidad aprobada máxima de \$500 por día*
Servicios para pacientes ambulatorios		
Cirugía para pacientes ambulatorios	30% de coseguro después del <i>deductible</i>	50% de coseguro después del <i>deductible</i>
Terapia de radiación y quimioterapia	30% de coseguro después del <i>deductible</i>	50% de coseguro después del <i>deductible</i>
Diálisis	30% de coseguro después del <i>deductible</i>	50% de coseguro después del <i>deductible</i>
Servicios de terapia de infusión para pacientes ambulatorios		
Terapia de infusión: hospital	\$500 de copago después del <i>deductible</i>	\$1,000 de copago después del <i>deductible</i>
Terapia de infusión: hogar, consultorio, sala de infusiones	\$30 de copago después del <i>deductible</i>	\$250 de copago después del <i>deductible</i>
Terapia de infusión en el hogar	\$30 de copago después del <i>deductible</i>	50% de coseguro después del <i>deductible</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 *deductible* 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 coseguro después del deductible	50% de coseguro después del deductible
Otros servicios de radiografía	30% de coseguro después del deductible	50% de coseguro después del deductible
Otros análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios	30% de coseguro después del deductible	50% de coseguro después del deductible
Laboratorios: entorno hospitalario para pacientes ambulatorios	30% de coseguro después del deductible	50% de coseguro después del deductible
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 deductible	50% de coseguro después del deductible
Servicios de rehabilitación*		
Terapias y servicios de rehabilitación; todos los servicios facturados por un quiropráctico se aplicarán a un máximo de visitas de 35	30% de coseguro después del deductible	50% de coseguro después del deductible
Atención en maternidad y servicios de planificación familiar		
Atención en maternidad		
Prenatal Posnatal Servicios para pacientes hospitalizados** , por cada admisión	30% de coseguro después del deductible	50% de coseguro después del deductible
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 coseguro después del deductible, a menos que tenga cobertura de otro modo en los Servicios anticonceptivos descritos en Servicios de atención médica preventiva .	50% de coseguro después del deductible
Servicios para la infertilidad		
<ul style="list-style-type: none"> • tratamiento de las condiciones de salud subyacentes 	30% de coseguro después del deductible	50% de coseguro después del deductible

* Los beneficios para el *trastorno del espectro autista* no se aplicarán ni estarán sujetos a ningún máximo de visitas 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 *deductible* 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 ambulatoria de salud mental, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD) - consultorio	30% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
Atención ambulatoria de salud mental, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD) - otros servicios para pacientes ambulatorios	30% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible, cantidad aprobada máxima de \$500 por día*
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD) - servicios en centros	30% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD) - servicios profesionales	30% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
Servicios de atención médica de emergencia		
Centro (Si es admitido, se aplicarán los cargos descritos en <i>Servicios para pacientes Ambulatorios</i>).	30% de coseguro después del deducible	
Médico	30% de coseguro después del deducible	
	\$500 de copago, más 30% de coseguro después del deducible por servicios prestados en una sala de emergencias independiente.	\$500 de copago, más 50% de coseguro después del deducible por servicios prestados en una sala de emergencias independiente.
Servicios de atención médica inmediata/urgente		
Atención médica <i>inmediata/urgente</i>	30% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
Clínicas de salud en comercios locales		
Clínicas de salud en comercios locales	30% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
Servicios de ambulancia		
Servicios de ambulancia , por servicio	30% de coseguro después del deducible	

* Se aplica un máximo de \$500 por día a todos los servicios facturados por un centro para pacientes 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 año del plan	30% de coseguro después del <i>deductible</i>	50% de coseguro después del <i>deductible</i> *
Cuidados de hospicio , por consulta	30% de coseguro después del <i>deductible</i> , a menos que tenga cobertura de otro modo en <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i> .	50% de coseguro después del <i>deductible</i> *
Atención médica en el hogar , por consulta, hasta 60 consultas por año del plan	30% de coseguro después del <i>deductible</i>	50% de coseguro después del <i>deductible</i>
Enfermería de servicio privado	30% de coseguro después del <i>deductible</i>	50% de coseguro después del <i>deductible</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 *deductible* 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 niños hasta los 17 años	El plan paga el 100%	50% de coseguro después del deducible
Evaluaciones médicas periódicas para los <i>participantes</i> de 18 años de edad o más	El plan paga el 100%	50% de coseguro después del deducible
Vacunas <ul style="list-style-type: none"> • vacunas de la infancia requeridas por ley para <i>participantes</i> hasta los 6 años; • vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, en inglés) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en inglés) para <i>participantes</i> mayores de 6 años. 	El plan paga el 100% El plan paga el 100%	50% de coseguro después del deducible 50% de coseguro después del deducible
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 coseguro después del deducible
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 coseguro después del deducible
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% El plan paga el 100%	50% de coseguro después del deducible 50% de coseguro después del deducible
Servicios y suministros anticonceptivos <ul style="list-style-type: none"> • educación sobre anticonceptivos; • asesoramiento; • ciertos métodos anticonceptivos femeninos aprobados por la FDA; • dispositivos y procedimientos de esterilización femenina. 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>. <p>(Los extractores de leche de calidad hospitalaria tienen cobertura hasta un máximo de \$150)</p> 	El plan paga el 100% El plan paga el 100%	50% de coseguro después del deducible 50% de coseguro después del deducible
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% El plan paga el 100%	50% de coseguro después del deducible 50% de coseguro después del deducible

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare HD

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de prevención (continuación)		
Exámenes 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% El plan paga el 100% El plan paga el 100% El plan paga el 100%	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i> 50% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i> 50% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i> 50% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>
Exámenes de la vista y la audición, una vez por <i>año del plan</i>	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</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>deductible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</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>deductible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>
Examen de detección de cáncer de próstata para <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>deductible</i>
Procedimientos quirúrgicos dentales		
Procedimientos quirúrgicos dentales (servicios con cobertura limitados)	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>
Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética		
Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética (servicios con cobertura limitados)	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>
Cuidado de las alergias		
Exámenes y evaluación	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>
Inyecciones	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>
Suero	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</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 coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
Equipo para la diabetes		
Suministros para la diabetes		
Aparatos protésicos y aparatos ortóticos		
Aparatos protésicos 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 coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
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 coseguro después del deducible También se podría aplicar cualquier cargo adicional según se describe en Cirugía para pacientes ambulatorios.	50% de coseguro después del deducible
Equipo médico duradero		
Equipo médico duradero	30% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
Aparatos auditivos		
Aparatos auditivos Máximo de \$1,000 por 36 meses para audífonos (se aplica a los <i>participantes</i> de 19 años o más)	30% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
Servicios para la audición y el habla		
Servicios para la audición y el habla	30% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

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*:		
• Teladoc	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , el arancel por consulta médica de \$42 se aplica al <i>deducible</i>	No aplicable
• RediMD	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , el arancel por consulta médica de \$30 se aplica al <i>deducible</i>	No aplicable
Salud mental: solo Teladoc (para participantes de 13 años o más)	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , las tarifas por consulta de salud mental se aplican al <i>deducible</i> : <ul style="list-style-type: none"> • psiquiatra (consulta inicial) \$185.00; • psiquiatra (consultas continuadas) \$95.00; • psicólogo, trabajador social clínico profesional \$85.00. 	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 visita.
- Los miembros de la familia sin cobertura a través de RediMD de todas las edades pueden recibir una consulta; uno de los padres debe estar presente en la cita para un hijo menor. El costo es de \$35 por visita.

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare HD

	Blue Distinction Plus Designated Center	Blue Distinction Designated Center	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<i>Blue Distinction Centers</i>				
Cirugía bariátrica	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Trasplantes	0% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i> por servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios	0% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i> por servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i> por servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios	50% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i> por servicios hospitalarios para pacientes internados* y pacientes ambulatorios

* 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 *deductible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

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, *deductibles* y el *gasto máximo de bolsillo* se pueden ajustar por varios motivos, según lo permita la ley vigente.

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Deductibles por año del plan		
Por persona	\$1,000	\$2,000
Por familia	\$3,000	\$6,000
Gasto máximo de bolsillo por año del plan		
Por persona	\$7,900	\$23,700
Por familia	\$15,800	\$47,400
Servicios profesionales		
Proveedor de atención primaria (PCP): visita al consultorio o consulta a domicilio	\$30 de copago	
Médico especialista (“Especialista”): visita al consultorio o consulta a domicilio	\$70 de copago	40% de coseguro después del deductible
Visita/consulta de telemedicina/telesalud	\$30 de copago por el PCP o \$70 de copago por un especialista	
Servicios para pacientes hospitalizados		
Servicios para pacientes hospitalizados \$2,250 máximo de copago por año del plan para los beneficios dentro y fuera de la red combinados	20% de coseguro después del deductible y después de \$150 de copago por día (máximo de \$750 de copago por admisión)	40% de coseguro después del deductible, cantidad aprobada máxima de \$500 por día*
Servicios para pacientes ambulatorios		
Cirugía para pacientes ambulatorios	20% de coseguro después del deductible, \$150 de copago por incidente	40% de coseguro después del deductible, \$150 de copago por incidente
Terapia de radiación y quimioterapia	20% de coseguro después del deductible	40% de coseguro después del deductible
Diálisis	20% de coseguro después del deductible	40% de coseguro después del deductible
Servicios de terapia de infusión para pacientes ambulatorios		
Terapia de infusión: hospital	\$500 de copago	\$1,000 de copago
Terapia de infusión: hogar, consultorio, sala de infusiones	\$30 de copago	\$250 de copago
Terapia de infusión en el hogar	20% de coseguro después del deductible	40% de coseguro después del deductible

* 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 deductible 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 coseguro después del <i>deductible</i> y \$100 de copago por procedimiento (no se aplica el copago si se realiza en la sala de emergencias o si el paciente es admitido) 0% de coseguro	40% de coseguro después del <i>deductible</i> y \$100 de copago por procedimiento (no se aplica el copago si se realiza en la sala de emergencias o si el paciente es admitido) 40% de coseguro después del <i>deductible</i>
Servicios de laboratorio y radiografías, en consultorio o en centros independientes	0% de coseguro	40% de coseguro después del <i>deductible</i>
Análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios	20% de coseguro después del <i>deductible</i>	40% de coseguro después del <i>deductible</i>
Radiografías para pacientes ambulatorios	20% de coseguro después del <i>deductible</i>	40% de coseguro después del <i>deductible</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 coseguro después del <i>deductible</i>
Servicios de rehabilitación*		
Terapias y servicios de rehabilitación; todos los servicios facturados por un quiropráctico se aplicarán a un máximo de visitas de 35	\$70 de copago en el consultorio 20% de coseguro después del <i>deductible</i> por servicios para pacientes ambulatorios, según corresponda.	40% de coseguro después del <i>deductible</i>
Atención en maternidad y servicios de planificación familiar		
Atención en maternidad		
Prenatal	\$30 de copago	40% de coseguro después del <i>deductible</i>
Posnatal	\$30 de copago	40% de coseguro después del <i>deductible</i>
Servicios para pacientes hospitalizados** , por cada admisión	20% de coseguro después del <i>deductible</i>	40% de coseguro después del <i>deductible</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 coseguro después del <i>deductible</i> , a menos que tenga cobertura de otro modo en los Servicios anticonceptivos descritos en Servicios de atención médica preventiva .	40% de coseguro después del <i>deductible</i>

* Los beneficios para el *trastorno del espectro autista* no se aplicarán ni estarán sujetos a ningún máximo de visitas 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 *deductible* 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">• tratamiento de las condiciones de salud subyacentes	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Servicios de salud mental		
Atención ambulatoria de salud mental, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD) - consultorio	\$30 de copago	40% de coseguro después del deducible
Atención ambulatoria de salud mental, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD) - otros servicios para pacientes ambulatorios	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD) - servicios en centros	20% de coseguro después del deducible y después de \$150 de copago por día (máximo de \$750 de copago por admisión)	40% de coseguro después del deducible, cantidad aprobada máxima de \$500 por día*
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD) - servicios profesionales	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Servicios de atención médica de emergencia		
Centro (si es admitido, se aplicarán los cargos descritos en <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i>)	\$250 de copago y 20% de coseguro después del deducible	
Médico	20% de coseguro después del deducible	
	\$500 de copago, más 20% de coseguro después del deducible por servicios prestados en una sala de emergencias independiente.	\$500 de copago, más 40% de coseguro después del deducible por servicios prestados en una sala de emergencias independiente.
Servicios de atención médica inmediata/urgente		
Atención médica inmediata/urgente	\$50 de copago	40% de coseguro después del deducible
Clínicas de salud en comercios locales		
Clínicas de salud en comercios locales	\$30 de copago	40% de coseguro después del deducible
Servicios de ambulancia		
Servicios de ambulancia , por servicio	20% de coseguro después del deducible	

* Se aplica un máximo de \$500 por día a todos los servicios facturados por un centro para pacientes 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 año del plan	20% de coseguro después del deductible	40% de coseguro después del deductible*
Cuidados de hospicio , por consulta	20% de coseguro después del deductible, a menos que tenga cobertura de otro modo en <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i> .	40% de coseguro después del deductible*
Atención médica en el hogar , por consulta hasta 60 consultas por año del plan	20% de coseguro después del deductible	40% de coseguro después del deductible
Enfermería de servicio privado	20% de coseguro después del deductible	40% de coseguro después del deductible

* 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 coseguro después del deductible
Evaluaciones médicas periódicas para <i>participantes</i> de 18 años de edad o más	El plan paga el 100%	40% de coseguro después del deductible
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) para <i>participantes</i> mayores de 6 años. 	El plan paga el 100% El plan paga el 100%	40% de coseguro después del deductible 40% de coseguro después del deductible
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%	40% de coseguro después del deductible
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%	40% de coseguro después del deductible
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% El plan paga el 100%	40% de coseguro después del deductible 40% de coseguro después del deductible
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 coseguro después del deductible
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 coseguro después del deductible
Pérdida auditiva <ul style="list-style-type: none"> • exámenes de detección desde el nacimiento hasta los 30 días; • atención de seguimiento desde el nacimiento hasta los 24 meses. 	El plan paga el 100% El plan paga el 100%	40% de coseguro después del deductible 40% de coseguro después del deductible

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% El plan paga el 100% El plan paga el 100% El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i> 40% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i> 40% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i> 40% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</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>deductible</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>deductible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</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>deductible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>
Examen de cáncer de próstata para <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>deductible</i>
Procedimientos quirúrgicos dentales		
Procedimientos quirúrgicos dentales (servicios con cobertura limitados)	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>
Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética		
Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética (servicios con cobertura limitados)	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>
Cuidado de las alergias		
Exámenes y evaluación	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>
Inyecciones	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>
Suero	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deductible</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 visita	20% de coseguro después del deductible	40% de coseguro después del deductible
Equipo para la diabetes		
Suministros para la diabetes		
Aparatos protésicos y aparatos ortóticos		
Aparatos protésicos 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 coseguro después del deductible	40% de coseguro después del deductible
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 sea audiológica o <i>médicamente necesario</i> .	20% de coseguro después del deductible También se podría aplicar cualquier cargo adicional según se describe en Cirugía para pacientes ambulatorios.	40% de coseguro después del deductible
Equipo médico duradero		
Equipo médico duradero	20% de coseguro después del deductible	40% de coseguro después del deductible
Aparatos auditivos		
Aparatos auditivos Máximo de \$1,000 por 36 meses para audífonos (se aplica a los <i>participantes</i> de 19 años o más)	20% de coseguro después del deductible	40% de coseguro después del deductible
Servicios para la audición y el habla		
Servicios para la audición y el habla	20% de coseguro después del deductible	40% de coseguro después del deductible
Terapia del habla y auditiva: consultorio	\$70 de copago	40% de coseguro después del deductible

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare 2

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de telesalud a través de TRS Virtual Health		
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 visita.
- Los miembros de la familia sin cobertura a través de RediMD de todas las edades pueden recibir una consulta; uno de los padres debe estar presente en la cita para un hijo menor. El costo es de \$35 por visita.

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare 2

	Blue Distinction Plus Designated Center	Blue Distinction Designated Center	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> y después de \$150 de <i>copago</i> por día** en servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios	0% 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	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> en servicios hospitalarios para pacientes internados*** y pacientes ambulatorios

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

BAPTIST BEAUMONT HOSPITAL	MEDICAL CENTER HOSPITAL
BS&W MEDICAL CENTER TEMPLE	MEM HERMANN THE WOODLANDS MED CTR
BSA HOSPITAL LLC	MEMORIAL HERMANN MEMORIAL CITY
CEDAR PARK REGIONAL MEDICAL CTR	MEMORIAL HERMANN SE HOSPITAL
CHI ST JOSEPH HLTH REGIONL HOS	METHODIST SPEC & TRANSPLANT HOSP
CHRISTUS GOOD SHEPHERD MED CTR	SHANNON MEDICAL CENTER
CHRISTUS MOTHER FRANCES TYLER	SOUTH TEXAS HEALTH SYSTEM
CITIZENS MEDICAL CENTER	ST JOSEPH MEDICAL CENTER
CORPUS CHRISTI MEDICAL CENTER	TEXOMA MEDICAL CENTER
DOCTORS HOSPITAL AT RENAISSANCE	TX HEALTH PRESBY HOSP ROCKWALL
FOUNDATION SURGICAL SAN ANTONIO	TX HLTH PRESBY HOSP FLOWER MOUND
HCA HOUSTON HEALTHCARE CLEAR LAKE	TX HLTH PRESBYTERIAN HOSP DALLAS
HOSPS PROVIDENCE MEMORIAL CAMPUS	TX HLTH PRESBYTERIAN HOSP DENTON
HOUSTON METHODIST CLEAR LAKE HOSP	TX HLTH PRESBYTERIAN HOSP PLANO
HOUSTON METHODIST HOSPITAL	UNIVERSITY MEDICAL CENTER
HOUSTON METHODIST WILLOWBROOK	USMD HOSPITAL AT ARLINGTON LP
LAREDO MEDICAL CENTER	UTHEALTH TYLER
MCALLEN HEART HOSPITAL	WHITE ROCK MEDICAL CENTER

Con el fin de obtener información adicional sobre los centros de Designated 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 de salud preexistentes tienen cobertura de manera inmediata.

QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS

Elegibilidad del empleado

¿Quién puede inscribirse en TRS-ActiveCare?

Para ser elegible para TRS-ActiveCare, usted:

- debe (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* actual y después durante el *año del plan* actual 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 negó la inscripción en TRS-ActiveCare durante el *año del plan* actual.

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, el propósito 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 esté incluido como empleado de un distrito/entidad participante, si podría estar incluido como *dependiente* de un empleado elegible. Los empleados incluidos como *dependientes* por una entidad de educación superior o un programa estatal también podrían estar asegurados en TRS-ActiveCare como empleados.

¿Quién es elegible para la cobertura de TRS-ActiveCare?

Los maestros, el personal administrativo, los sustitutos, los conductores de autobuses, los bibliotecarios, los guardias de cruces peatonales, los trabajadores de cafetería y los estudiantes de escuela secundaria o universidad, entre otros, son elegibles para la cobertura (siempre y cuando no se apliquen excepciones) si son empleados del distrito/entidad (no voluntarios) y son ya sea asegurados de

TRS activos y contribuyentes o empleados de un distrito/entidad participante que trabajan 10 o más horas programadas regularmente cada semana.

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

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 que termine el año escolar. TRS-ActiveCare aplicará la Sección §41.38 de las Normas de TRS del Código Administrativo de Texas para determinar la fecha apropiada de terminación de la cobertura de TRS-ActiveCare.

Nota: A los participantes que tienen derecho al aplazamiento de verano se les debe dar la oportunidad de aceptar o negar 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;
 - e. un hijo bajo la tutela legal del empleado.
- Un *nieto** menor de 26 años de edad cuya residencia principal es el hogar del empleado y que es *dependiente* del empleado para propósitos del impuesto federal sobre los ingresos para el año reportado en el que la cobertura del nieto es válida.
* El propósito 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 parentesco 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 con cobertura 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 *dependiente* elegible.

Nota: Es ilegal elegir cobertura para una persona inelegible. Las infracciones pueden ocasionar un proceso judicial y/o la expulsión del programa TRS-ActiveCare 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 solicitar 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 aplicable. Los cambios en su cobertura o en la de sus *dependientes* deben solicitarlo 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 aplicable, 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 *hijo dependiente* o si usted o un *dependiente* pierden la 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 especiales de inscripción, cuándo comienza la cobertura y cuándo se debe pagar la prima.

¿Qué es un evento especial de inscripción?

Un evento, 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 la adopción y matrimonio).

Nuevo dependiente

Es posible que usted tenga un evento especial de inscripción cuando un nuevo *dependiente* se agrega a su familia como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la 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 de plan debido a un matrimonio legal deben ir acompañadas de documentación oficial que indique la fecha real de matrimonio de acuerdo con las reglas del plan existentes para eventos especiales de inscripción.

Nota: El período de elección de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) es independiente de los *períodos 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 debe solicitar la cobertura de 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 la adopción de un hijo, o la pérdida de la cobertura de otro plan *grupal*. El costo de la cobertura puede cambiar según la categoría de cobertura seleccionada.

Situaciones de elegibilidad especial

- Si el empleado y 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 dependientes* 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 actual 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, el propósito 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 terminar 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 evento 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; debe haber una pérdida de otra cobertura. El empleado puede inscribir al cónyuge dentro de los 31 días a partir de la fecha del evento 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 especial de inscripción 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 evento 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 debe notificar al Administrador de beneficios en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la notificación de terminación 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 calificar para un evento especial de inscripción, la pérdida de la cobertura debe ser por parte de 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 terminación 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 *deductible* 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* pierden otra cobertura médica, usted o su *dependiente* deben haber tenido otra cobertura médica cuando la cobertura en TRS-ActiveCare fue previamente negada 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* pierden 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 negación (Enrollment, Change and Declination Form)* debido a la “pérdida de otra cobertura”, se revisará su solicitud original para verificar que la cobertura se negó debido a otra cobertura. Si no se completó una negación, se debe entregar a su Administrador de beneficios una prueba de pérdida de la cobertura en lugar de una negación para tener un evento especial de inscripción. Si no se proporciona documentación, su solicitud de agregar cobertura será negada.

Retiro de la cobertura

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

Si usted se retira de la cobertura durante el *año del plan*, no podrá volver a inscribirse en TRS-ActiveCare hasta el próximo *período de inscripción* del plan, a menos que exista un 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 de 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 de asistencia médica nacional que le ordena a un empleado proporcionar cobertura médica para un *hijo dependiente*, se inscribirá automáticamente al *hijo dependiente* en custodia por orden judicial a partir de la fecha en que el distrito/entidad participante recibe la orden judicial o el aviso de asistencia médica nacional.

Una orden judicial o un aviso de asistencia médica nacional que le ordene a cualquier persona que no sea el empleado proporcionar cobertura médica a un *hijo dependiente* no requiere 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 de asistencia médica nacional dirigido 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 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 de asistencia médica nacional, se aplican las reglas habituales de elegibilidad y eventos especiales de inscripción (por ejemplo, una solicitud, junto con documentación de apoyo, para inscribir a esas personas, debe ser recibida dentro de los 31 días al recibir la orden judicial o el aviso nacional de manutención médica en el distrito/entidad participante).

Si un distrito/entidad participante recibe una orden judicial o un aviso de asistencia médica nacional con la finalidad de agregar cobertura para sus *hijos dependientes*, es posible que sus *hijos* se agreguen a su plan actual de TRS-ActiveCare si usted ya está inscrito en TRS-ActiveCare, y puede seleccionar un plan diferente en ese 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* de menor edad 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 de asistencia médica nacional que le ordena a un empleado proporcionar cobertura médica para un excónyuge u otros *dependientes* que no sean *hijos* elegibles bajo las normas de elegibilidad de TRS-ActiveCare no requiere que TRS-ActiveCare proporcione cobertura de *dependiente* como resultado de la orden judicial o el aviso de asistencia médica nacional.

Además, este tipo de orden judicial o aviso de asistencia médica nacional 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 esté incluido 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>
Negación		
El empleado se inscribe para la cobertura durante el <i>período de inscripción</i> y originalmente había negado 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 de trabajo activo se inscribe para recibir cobertura dentro de los 31 días posteriores a la fecha de trabajo activo.	La elección del empleado entre: su fecha de trabajo activo, o el primer día del mes posterior a la fecha de trabajo activo. <i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. Los nuevos empleados deben elegir la fecha efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha de trabajo 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>
Un nuevo empleado en un puesto sin cobertura a través de TRS que regularmente tiene programado trabajar 10 horas o más por semana en la fecha de trabajo activo se inscribe para la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha de trabajo 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 del empleado</i> . <i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado debe elegir la fecha efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha de trabajo 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...
Empleo sin cobertura a través de TRS 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. Nota: Si un empleado actual fuera un empleado de tiempo parcial elegible durante una oportunidad de inscripción para el <i>año del plan</i> actual y después, durante el <i>año del plan</i> actual, 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 negó la inscripción en TRS-ActiveCare durante el <i>año del plan</i> actual.	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> . <i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado debe elegir la fecha efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha de elegibilidad.</i>	La misma fecha que la <i>fecha efectiva</i> de la cobertura. <i>En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.</i>
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.	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> . <i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado debe elegir la fecha efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha de elegibilidad.</i>	La misma fecha que la <i>fecha efectiva</i> de la cobertura. <i>En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.</i>
Pérdida de elegibilidad debido a un cambio de dirección El empleado está inscrito en un HMO aprobado y pierde la elegibilidad debido a que ya no vive, trabaja ni reside en el área de servicio de ese HMO, el empleado puede inscribirse en otro HMO aprobado (si corresponde) o plan de TRS-ActiveCare en un plazo de 31 días después de perder la elegibilidad.	El primer día del mes posterior a la fecha del evento. <i>En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.</i>	La misma fecha que la <i>fecha efectiva</i> de la cobertura del empleado.

Si...	Su fecha efectiva es...	La fecha efectiva de su dependiente elegible es...
Fuerzas armadas	<p>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 de trabajo activo.</p> <p><i>Si el empleado regresa al empleo activo dentro del mismo año del plan y decide volver a inscribirse en TRS-ActiveCare, debe seleccionar la misma opción de plan en la que se inscribió anteriormente.</i></p>	<p>La elección del empleado entre:</p> <p>(1) la fecha de trabajo activo;</p> <p>(2) el primer día del mes posterior a la fecha de trabajo activo del empleado.</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado debe elegir la fecha efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha de trabajo activo.</i></p>
Licencia sin sueldo	<p>El empleado regresa del estado de licencia sin sueldo y se inscribe (o se vuelve a inscribir) para la cobertura en un plazo de 31 días posteriores a la fecha de trabajo activo.</p> <p><i>Si el empleado regresa al empleo activo dentro del mismo año del plan y decide volver a inscribirse en TRS-ActiveCare, debe seleccionar la misma opción de plan en la que se inscribió anteriormente.</i></p>	<p>La elección del empleado entre:</p> <p>(1) la fecha de trabajo activo;</p> <p>(2) el primer día del mes posterior a la fecha de trabajo activo del empleado.</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado debe elegir la fecha efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha de trabajo activo.</i></p>

Si...	Su fecha efectiva es...	La fecha efectiva de su dependiente elegible es...
Recién nacido/adopción/tutor legal		
<p>Si un empleado con cobertura tiene un <i>hijo</i> recién nacido, el empleado puede inscribir: (1) solo al recién nacido, (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 aplicable, 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 actual. El cambio de plan y la nueva prima son efectivos el 1 de abril. 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 efectiva desde el 5 de marzo hasta el 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)		
Un empleado elegible, pero sin cobertura, adopta a un <i>hijo</i> y decide inscribirse en un plazo de 31 días posteriores a la fecha de adopción o la fecha en que el <i>hijo</i> que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado, el empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • solo empleado; • empleado y cónyuge; • empleado e <i>hijo</i> adoptivo; • empleado, cónyuge e <i>hijo</i> adoptivo. 	La fecha de adopción o la fecha en la que el <i>hijo</i> que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado. <i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura.</i>	La fecha de adopción o la fecha en la que el <i>hijo</i> que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado. <i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura.</i>
Un empleado elegible, pero sin cobertura, tiene un <i>hijo</i> recién nacido, el empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • solo empleado; • solo empleado y cónyuge; • empleado y recién nacido; • empleado, cónyuge y recién nacido. 	La fecha de nacimiento del recién nacido. <i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura.</i>	La fecha de nacimiento del recién nacido. <i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura.</i>
Un empleado con cobertura adopta a un <i>hijo</i> y decide inscribirse en un plazo de 31 días posteriores a la fecha de adopción o la fecha en que el <i>hijo</i> que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado, el empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • solo el <i>hijo</i> adoptivo; • solo el cónyuge; • el cónyuge o el <i>hijo</i> adoptivo. 		La fecha de adopción o la fecha en la que el <i>hijo</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>
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. <i>También puede agregar en este momento a otros dependientes elegibles.</i> <i>El otorgamiento de tutela legal no es un evento especial de inscripción para un empleado sin cobertura ni para sus dependientes.</i>		La fecha en que se otorga la tutela. <i>No se aplica la prima el primer mes calendario si la fecha de notificación es distinta del primer día del mes.</i>
Un empleado con cobertura agrega un <i>hijo dependiente</i> elegible en custodia por orden judicial después de que el distrito/entidad participante recibe un aviso de la orden judicial o el aviso de asistencia médica nacional. <i>También puede agregar en este momento a otros dependientes elegibles.</i> <i>Una orden judicial para un cónyuge (o excónyuge) de un empleado con cobertura no requiere que TRS-ActiveCare proporcione cobertura al dependiente.</i>		La fecha en que el distrito/entidad participante recibe la notificación de la orden judicial o el aviso de asistencia médica nacional. <i>No se aplica la prima el primer mes calendario si la fecha de notificación es distinta del primer día del mes.</i>

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

Si...	Su fecha efectiva es...	La fecha efectiva de su dependiente elegible es...
<p>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:</p> <p>(1) solo empleado; (2) empleado y cónyuge; (3) empleado e hijos elegibles del cónyuge; (4) empleado, cónyuge e hijos elegibles del cónyuge.</p> <p><i>También puede agregar en este momento a otros dependientes elegibles.</i></p>	El primer día del mes posterior a la fecha del matrimonio.	El primer día del mes posterior a la fecha del matrimonio.
<p>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.</p>	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.
<p>El empleado realiza cambios en la cobertura debido a otros eventos especiales de inscripción en un plazo de 31 días posteriores al evento elegible.</p>	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:

- terminar la cobertura de TRS-ActiveCare para un cónyuge tras un divorcio;
- terminar 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 terminación no estarán disponibles. Si usted recibe beneficios a los que no tiene derecho, se pedirán los reembolsos.

También recuerde notificar al Administrador de beneficios si usted o sus *dependientes* con cobertura cambian de dirección.

Cuando termina la cobertura

Su cobertura para empleados de TRS-ActiveCare terminará:

- 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 Norma 41.38 de TRS);
- cuando deje de realizar los pagos de contribución de primas requeridos;
- el último día del mes en el que usted ingresa en el servicio militar, naval o aéreo activo a tiempo completo, excepto según se establece en la Ley de los Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA, en inglés) u otra ley aplicable;
- 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* terminará:

- cuando termine 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 terminará 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) u otra ley aplicable;
- 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 especial de inscripción.

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 el *hijo* está discapacitado física o mentalmente hasta tal punto que dependa de usted de manera regular y si el *hijo* cumple con otros requisitos según lo determine TRS.

Usted (y el *médico tratante* de su *dependiente*) debe completar un formulario de *Autorización de dependiente discapacitado (Disabled Dependent Authorization)* para presentar pruebas satisfactorias de discapacidad y dependencia. El formulario se debe 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 el *hijo* cumple 26 años. Para evitar cualquier interrupción en la cobertura, se debe enviar y aprobar el formulario antes de que termine el mes en el que el *hijo* cumple 26 años o antes de la fecha en que el *hijo* 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 hermano o una hermana 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 *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 médico. 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 médico, y todo *deductible, coseguro y copagos* correspondientes.

Sin embargo, si recibe servicios de un *proveedor fuera de la red* cuando se encuentra en un centro u *hospital dentro de la red*, es posible que esté protegido de la factura con saldo adicional de acuerdo con la ley aplicable.

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 médico le permite a BCBSTX la flexibilidad de ofrecer beneficios para 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 proporcionarle los 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

Cada vez que necesite atención médica, usted puede elegir entre:		
Consultar a un Proveedor dentro de la red	Consultar a un Proveedor fuera de la red	
<ul style="list-style-type: none">• Usted recibe el nivel más alto de beneficios (<i>beneficios dentro de la red</i>).• No es necesario que presente formularios de reclamación.• No se le factura el saldo adicional; los <i>proveedores 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 recomendada</i> opcional en su nombre.	<p>Proveedor de ParPlan (para obtener más información, consulte ParPlan a continuación)</p> <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 tiene la obligación de presentar 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.	<p>Proveedor fuera de la red (no un proveedor con contrato)</p> <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 <i>monto permitido</i> de BCBSTX para los servicios con cobertura.• Debe enviar una <i>revisión clínica recomendada</i> opcional en su nombre.

	<ul style="list-style-type: none"> En la mayoría de los casos, los <i>proveedores de ParPlan</i> pueden presentar una <i>revisión clínica recomendada</i> opcional 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;**

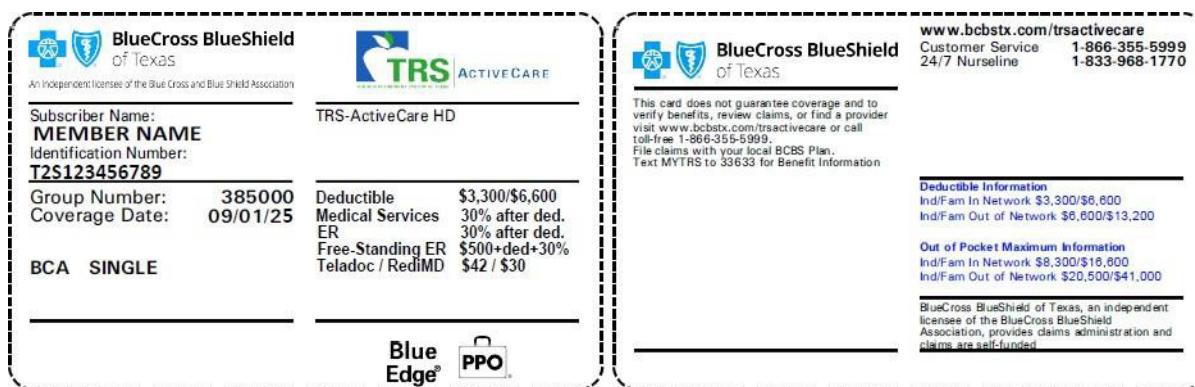
- números de teléfono importantes.**

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

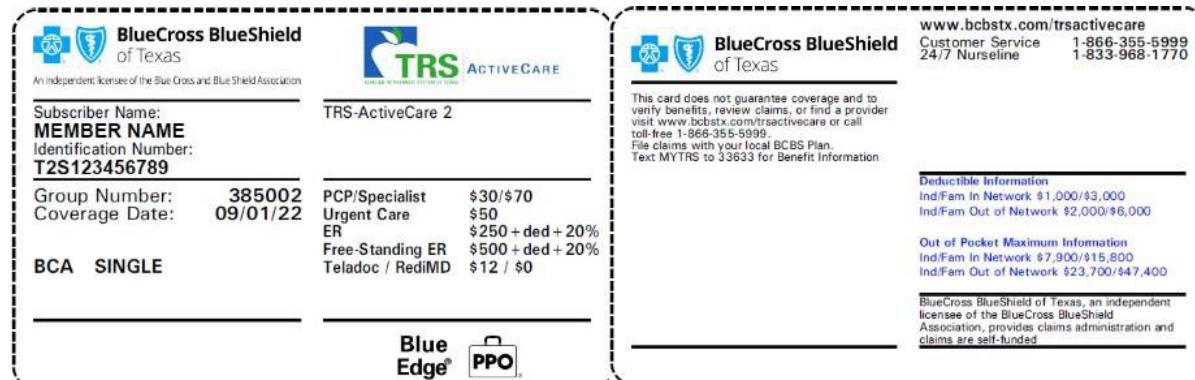
Por favor, recuerde que cada vez que ocurra un cambio en su familia, puede ser necesario emitirle una nueva tarjeta de asegurado (consulte la sección [QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS](#) para obtener instrucciones sobre qué hacer cuando hay cambios). Al recibir el cambio en la información, BCBSTX proporcionará una nueva tarjeta de asegurado.

Ejemplo de tarjetas de asegurado

TRS-ActiveCare HD



TRS-ActiveCare 2



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

- El uso no autorizado, fraudulento, inapropiado o abusivo de las tarjetas de asegurado emitidas para usted y para sus *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*;
 - b. uso de la tarjeta de asegurado después de su fecha de terminación de la cobertura conforme a su seguro médico;
 - c. obtener beneficios para personas sin cobertura en su seguro médico;
 - d. obtener beneficios sin cobertura en su seguro médico.
- El uso fraudulento o intencionalmente no autorizado, abusivo o, de otra manera, inapropiado de las tarjetas de asegurado por parte de cualquier *participante* puede dar como resultado, entre otras cosas, la aplicación de las siguientes sanciones para todos los *participantes* incluidos en su cobertura:
 - a. negación de beneficios;
 - b. cancelación de la cobertura en su seguro médico 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. negación 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

Todos los servicios y suministros para los que hay beneficios disponibles bajo su plan de salud deben ser *médicamente necesarios* según lo determine BCBSTX. Los cargos por servicios y suministros que BCBSTX decide que no son *médicamente necesarios* no serán elegibles como beneficios y no pueden usarse para cumplir con los *deductibles* ni contabilizarse para el *gasto máximo de bolsillo*. Hay exclusiones de beneficios del plan selecto que son únicas para su plan y que son separadas de lo que es de *médicamente necesario*.

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 *frente a la red* y será responsable de lo siguiente:

- todo *deductible*;
- coseguro;
- servicios limitados o sin cobertura en su seguro médico.

Nota: Si tiene alguna pregunta sobre 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 para los *gastos elegibles* del tratamiento de una condición de salud preexistente estarán disponibles de manera inmediata sin el *periodo de espera* para condiciones de salud preexistentes.

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*.

Sin embargo, 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 dentro de la red* y BCBSTX autoriza su consulta a un *proveedor fuera de la red* antes de la visita, se proporcionarán *beneficios dentro de la red*.
- si decide consultar a un *proveedor 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

Uso de proveedores sin contratos

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 para los servicios con cobertura serán rembolsados en función del *monto permitido* sin contrato de BCBSTX, que es, en la mayoría de los casos, menor que el *monto permitido* aplicable para los *proveedores* que tienen contrato con BCBSTX. Consulte la definición de *monto permitido* sin contrato en la sección **DEFINICIONES** de este 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 (a menos que 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 médico, y todo deducible, coseguro y copagos correspondientes.

DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN

Determinación de la utilización

La determinación de la utilización puede denominarse como revisión de la *necesidad médica*, revisión de la utilización (UR, en inglés) o revisión de la administración médica. Una revisión de la *necesidad médica* para un procedimiento/servicio, tratamiento con medicamentos, admisión 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 lo que es *médicamente necesario* ocurren 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 de su seguro médico tiene prioridad sobre las revisiones de lo que es de necesidad médica.

Las revisiones de lo que es de lo que es *médicamente necesario* 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, para 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 están incluidos en el plan. Existe una opción para 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 [BCBSTX & Utilization Management | Blue Cross and Blue Shield of Texas](#) 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 de una *revisión clínica recomendada*, el *proveedor* o farmacéutico puede estar obligado a incluir documentación pertinente que explique los servicios propuestos, los aspectos funcionales del tratamiento, el resultado proyectado, el plan de tratamiento y cualquier otra documentación de apoyo como parte del plan de atención, terapias con medicamentos, estados detallados de los costos de reparación y sustitución, fotografías, radiografías, etc., según lo requiera 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 médicaamente necesarios, usted tiene el derecho de presentar una apelación como se describe en la sección PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTAR RECLAMACIONES. Todos los requisitos de apelación y revisión relacionados con lo que es médicaamente necesario 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 internados
- 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 ambulatorio para servicios *frente a 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 – mandíbula;
 - (2) cirugía para pacientes ambulatorios – mama;
 - (3) desactivación quirúrgica de los sitios desencadenantes de dolor de cabeza.
 - j. **Farmacia de medicamentos especializados:**
 - (1) medicamentos de farmacia especializados con cobertura por beneficios médicos, entre los que se incluyen los siguientes:

- lugar de infusión en el que se vaya a administrar;
 - oncología médica y cuidados médicos de apoyo;
 - terapias con medicamentos administradas por el proveedor.
- k. Cuidado de heridas:**
- (1) terapia sistémica de oxígeno hiperbárico (HBO2).
- todo tratamiento para pacientes hospitalizados de *servicios de salud mental/enfermedad mental grave* incluidos los programas de hospitalización parcial y el tratamiento recibido en *centros residenciales para recibir tratamiento*;
 - todo tratamiento para pacientes hospitalizados para el *trastorno por consumo de sustancias (SUD)* incluidos los programas de hospitalización parcial y el tratamiento recibido en *centros residenciales para recibir tratamiento*;
 - 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 de comportamiento aplicado (consulte 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 solicitar una revisión clínica para las admisiones hospitalarias de emergencia o no planificadas.

Servicios de salud mental

Para una *admisión hospitalaria de pacientes internados de emergencia*, consulte la sección a continuación titulada *Revisión clínica recomendada para admisiones hospitalarias de emergencia como 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 *servicios de salud mental/enfermedad mental grave, centros residenciales para recibir 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 salud mental*.

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

- todos los tratamientos de servicios de salud mental/enfermedades mentales graves y trastorno por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados, incluidos los programas de hospitalización parcial y el tratamiento recibido en centros residenciales para recibir 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, servicios 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 a la admisión, 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 debe realizarse entre las 7:00 a. m. y las 6:00 p. m., hora central, los días hábiles y entre las 9:00 a. m. y las 12:00 p. m., hora central, 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*.

Después de las horas de trabajo o durante los fines de semana, llame a su **guía personal de la salud** al número que se encuentra atrás de su tarjeta de asegurado. Su llamada será grabada y se devolverá el próximo día hábil. Una enfermera de administración de beneficios hará un seguimiento con el consultorio de su **proveedor**.

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

Sin embargo, si la atención médica no está disponible por parte de *proveedores dentro de la red* según lo determina BCBSTX, y BCBSTX autoriza que su visita a un *proveedor fuera de la red* esté asegurada al nivel de **beneficio dentro de la red antes de la visita**, 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 pacientes internados de emergencia, se le asigna una duración de la estadía. Si usted requiere una hospitalización más larga, su *proveedor* puede solicitar una extensión para los días adicionales. Los beneficios no estarán disponibles para los cargos por alojamiento y comida de los días que no sean *médicamente necesarios*. 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 duración de la hospitalización o la revisión del 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 de la preadmisión o de la admisión 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 ampliación 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 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** de este manual de beneficios.

Una revisión de la duración de la hospitalización o el servicio, también conocida como una revisión concurrente *médicamente necesaria*, 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 los requerimientos médicos), 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 de la hospitalización mínima solicitado 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 una duración de la 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 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 el centro confirmando la *necesidad médica*. Si BCBSTX le ha notificado que los beneficios para el plan de tratamiento solicitados serán negados basándose en la información presentada, toda reclamación será negada.

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

Sin embargo, si la atención médica no está disponible por parte de *proveedores dentro de la red* según lo determina BCBSTX, y BCBSTX autoriza que su visita a un *proveedor fuera de la red* esté asegurada al nivel de *beneficio dentro de la red antes de la visita*, 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

- **Póliza de tratamiento más económica**

TRS proporciona cobertura para tratamientos y servicios médicamente necesarios que se consideran la opción más económica disponible para una condición específica. Económico en este contexto significa la opción de menor costo que es clínicamente apropiada para tratar una condición. Si su proveedor recomienda un tratamiento o servicio que difiere de la opción más económica, puede que se le pida presentar documentación explicando el motivo de la alternativa. Esto puede incluir documentación médica cuando el tratamiento económico se intentó anteriormente y se encontró ineficaz, no es clínicamente apropiado o contraindicado, o no es razonablemente accesible de manera oportuna. Ejemplos de tratamiento económico incluyen: I) la receta de un medicamento genérico o biosimilar en lugar de uno de marca; II) realizar fisioterapia antes de la cirugía; III) realizar procedimientos diagnósticos seguros y rutinarios en centros quirúrgicos en lugar de hospitales; o IV) recibir medicamentos administrados por un proveedor de atención médica en el consultorio de un médico o una infusión en el hogar en vez de un entorno hospitalario.

- **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 su cobertura de beneficios puede 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 escrita para que se lleve a cabo una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio*, se puede requerir al proveedor 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 reemplazos, 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, gastos de gastos de atención prolongada/ terapia de infusión en el hogar, servicios médicos para pacientes ambulatorios*, todos los tratamientos de pacientes ambulatorios y hospitalizados especificados anteriormente para *servicios 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 necesario* 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 médico, debe recibir la reclamación preparada y presentada de forma y manera correctas, en el plazo requerido y con la información requerida.

Quién presenta una reclamación

Los *proveedores* que tienen un contrato con BCBSTX y, si corresponde, algunos otros *proveedores de atención médica* (como los proveedores de *ParPlan*) presentarán sus reclamaciones 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 requerirá 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. Sin embargo, 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 todos los copagos, deducibles, beneficios máximos y otras disposiciones se aplican a cada participante individualmente. Incluya facturas detalladas del proveedor de atención médica, laboratorios, etc., impresas en su papel membreteado 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 ASEGUROADO 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.

A menos que sea lo estipulado en la subsección **Asignación y pago de beneficios**, los derechos y beneficios en su *seguro* médico 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 para 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 *hijo*;
- 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 *hijo*, 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 médico 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 médico.

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

Cuando 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 requerida. Es posible que la reclamación sea negada si no está completa, o BCBSTX puede comunicarse ya sea con usted o con el *proveedor* para solicitar la información adicional.

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

Revisión de determinaciones de reclamación

Determinaciones de reclamación

Cuando BCBSTX recibe una reclamación correctamente presentada, tiene la autoridad y discreción según su seguro médico de interpretar y determinar los beneficios de acuerdo con las disposiciones del *plan*. BCBSTX recibirá y revisará las reclamaciones de beneficios y procesará con precisión las reclamaciones en acuerdo 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* médico.

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 para la atención o el 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 de salud del reclamante, lo sometería a un dolor grave 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 recibir el beneficio al aprobarlo antes de obtener atención médica.
- **Reclamación 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 termina la cobertura para los tratamientos (por un método que no sea la enmienda o la terminación 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 debe estar en un formato aceptable para BCBSTX. Esta reclamación debe 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 urgente	Reclamaciones previas al servicio	Reclamaciones posteriores al servicio	Reclamaciones de cuidado concurrente
¿Cuál es la fecha límite general para la determinación inicial?	No más tardar de 72 horas desde la recepción después de recibir la reclamación.	15 días calendario desde la recepción de la reclamación.	30 días calendario desde la recepción después de recibir 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 terminado. 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 sobre la extensión dentro del plazo inicial de 30 días calendario.	No.

	Reclamaciones de atención médica urgente	Reclamaciones previas al servicio	Reclamaciones posteriores al servicio	Reclamaciones de cuidado concurrente
¿Qué sucede si se necesita información adicional?	En un plazo de 24 horas, se le debe notificar sobre la necesidad de información adicional para decidir el resultado de una reclamación. Se le debe 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 debe especificar la información necesaria. Se le debe 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 debe especificar la información necesaria. Se le debe 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 de la información solicitada por parte de BCBSTX o 2) el final del período de respuesta establecido.	Si hay una extensión, deben 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, deben 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 reclamante, una condición de salud y un servicio o suministro específicos, para los cuales se solicite 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 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 también puede solicitar un aviso escrito.

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

En ocasiones, BCBSTX puede negar 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 pida una revisión de la decisión tal como se describe en la siguiente sección **Procedimientos para apelar reclamaciones**.

Si se niega 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 negación 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 médico;
- en ciertos casos, se incluirá una declaración en uno o más idiomas distintos al inglés que indique que el aviso escrito de negación de reclamaciones y otra información de beneficios pueden estar disponibles (si lo 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 la negación 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 negación de una reclamación de atención médica inmediata/urgente, se incluirá una descripción de los procedimientos de revisión interna y externa urgente 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 reclamaciones - Definiciones

Una “**Determinación adversa de beneficios**” se refiere a la negación, la reducción, el término de un beneficio o la falta de proporcionarle o de realizar el pago (parcialmente o en su totalidad) de un beneficio, incluido cualquier negación, reducción, término o falta de proporcionarle 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 aprobó un tratamiento en curso y reduce o termina tal tratamiento (por un método que no sea la enmienda o la terminación 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 terminar 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 inmediata de reclamaciones de atención médica inmediata/urgente

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

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. Excepto por de situaciones de reclamación de atención médica urgente, su designación de un representante debe hacerse por escrito, ya que es necesaria la protección contra la divulgación de información sobre usted, a menos que sea 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 negó incorrectamente todos o parte de sus beneficios, puede solicitar la revisión de su reclamación. BCBSTX revisará su decisión de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- Dentro de los 180 días después de que usted reciba el aviso de negación o negación parcial de su reclamación, debe llamar o escribir en la Oficina administrativa de BCBSTX. BCBSTX necesitará conocer los motivos por los cuales usted no está de acuerdo con la negación o la negación 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 realizados 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, sin tener en cuenta si la información fue considerada en la determinación inicial. No habrá consideraciones para la Determinación Adversa de Beneficios inicial. La 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 realice una Determinación adversa de beneficios interna en la apelación para darle la oportunidad de responder antes de que se haga la determinación final. Si se recibe la información tarde que sería imposible proporcionarla a tiempo para que usted tenga la oportunidad razonable de responder, los períodos a continuación 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 los requerimientos médicos.

La resolución de la apelación será tomada por BCBSTX basado en la revisión por un médico asociado o contratado con BCBSTX, que no participó en la negación inicial. Antes de que usted o su representante autorizado inicien cualquier acción para recuperar beneficios, debe agotar el proceso de apelación y debe presentar todos los problemas con respecto a una reclamación y debe presentar una apelación o apelaciones y las apelaciones deben ser finalmente decididas por BCBSTX.

- 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 apela a tiempo, pierde su derecho a oponerse después 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
Plazo para notificar a un reclamante sobre una decisión de apelación.	<p>Lo antes posible considerando los requerimientos médicos, pero no más de 72 horas después de recibir la solicitud de revisión.</p> <p>Nota: La solicitud se puede presentar por escrito o de manera oral.</p>	A más tardar 30 días después de recibir la solicitud de revisión.	A más tardar 60 días después de recibir la solicitud de revisión.

Aviso sobre la determinación de la apelación

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, mediante un aviso escrito de la decisión.

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

- el motivo de la determinación;
- referencia a las disposiciones del *plan* de beneficios en las que se basa la determinación, así como al contrato contractual, administrativo o de protocolo correspondiente a 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 negación 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 lo solicita;

- 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 una negación final en cuanto a la revisión interna y el período en el que se debe 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 negación de reclamaciones y otra información de beneficios pueden estar disponibles (si lo 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 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 en el que se haya basado la determinación, o una declaración de una copia de dicha regla, guía, protocolo u otro criterio similar, se proporcionará sin cargo alguno, si lo solicita;
- una explicación del criterio clínico o científico en el que se basó la determinación, o una declaración de que se proporcionará la explicación, sin cargo alguno, si lo solicita
- una descripción del estándar que fue empleado para negar 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 negando 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 la negación 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 hacer 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 este beneficio del 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 una revisión externa estándar o urgente 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 recibir el aviso de una Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios interna final por parte de BCBSTX, usted o su representante autorizado deben presentar su solicitud para una revisión externa estándar.

- **Revisión preliminar**

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

- a. usted tiene o tuvo cobertura con su plan de salud en el momento en que se solicitó el artículo o servicio de atención médica fue solicitado o, en caso de una revisión retrospectiva, tuvo cobertura con su plan de salud 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 el incumplimiento de los requisitos de elegibilidad según los términos de su plan de salud según lo determinado por su empleador o el plan (por ejemplo, clasificación del empleado o determinación similar);
- c. usted ha agotado el proceso de apelación interno de BCBSTX, a menos que no esté obligado a agotar el proceso de apelación interno bajo las regulaciones finales provisionales. Lea la subsección **Agotamiento** más adelante para obtener información adicional acerca del agotamiento del proceso de apelación interna;
- 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 la solicitud de revisión externa de cuatro meses (o 48 horas tras recibir el 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 a una Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés)**

Cuando se haga una solicitud elegible de revisión externa dentro del período indicado, BCBSTX asignará el asunto a un IRO. El IRO asignado será acreditado 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 el IRO sea imparcial e independiente. Por lo tanto, BCBSTX debe contratar al menos tres IRO's para las asignaciones conforme a su seguro médico y rotar las asignaciones de las reclamaciones entre ellos (o incorporar otros métodos imparciales e independientes para la selección del IRO, como una selección aleatoria). Además, el IRO no puede ser elegible para ningún incentivo financiero en base a la probabilidad de que el IRO respalde la negación de beneficios.

El IRO debe proporcionar lo siguiente:

- a. la utilización de expertos legales, si procede, para tomar una determinación de cobertura conforme a su seguro médico;
- 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 él IRO asignado, en el transcurso de 10 días hábiles después de la fecha al recibir el aviso, información adicional que el IRO tendrá que considerar cuando lleve a cabo la revisión externa. El IRO no está obligado 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 el IRO, BCBSTX debe proporcionar al IRO asignado 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, el IRO asignado puede dar por terminado 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, el IRO debe notificárselo a BCBSTX y a usted o a su representante autorizado;

- d. tras recibir cualquier información presentada por usted o su representante autorizado, el IRO asignado debe, 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 terminada 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 debe proporcionar un aviso escrito de su decisión a usted y al IRO asignado. El IRO asignado debe dar por terminado la revisión externa al recibir el aviso de BCBSTX;
- e. revisión de toda la información y documentos recibidos oportunamente. Al tomar una decisión, el IRO asignado no estará sujeto 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 el IRO lo considere apropiado, el IRO asignado 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 atención médica;
 - (4) los términos y la cobertura de beneficios de su plan para garantizar que la decisión del IRO no sea contrario a los términos de su seguro médico, 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 médico o con la ley vigente;
 - (7) la opinión del revisor o los revisores clínicos del 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 el IRO reciba la solicitud para una revisión externa. El IRO debe 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 de la negación anterior);
 - (2) la fecha en que el IRO recibió la asignación para llevar a cabo la revisión externa y la fecha de la decisión del 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, a menos 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, el IRO debe conservar durante seis años los expedientes de todas las reclamaciones y avisos asociados con el proceso de revisión externa. Un IRO debe facilitar dichos expedientes para que puedan ser analizados por BCBSTX, por la agencia de supervisión estatal o federal, si lo solicita, a menos que tal divulgación infrinja las leyes de privacidad estatales o federales, y por usted o su representante autorizado.

- **Revocación de la decisión del plan**

Al recibir un aviso de una revisión externa, una decisión que revoca la Determinación adversa de beneficios o Determinación final interna de beneficios adversos, BCBSTX debe proporcionar de manera inmediata la cobertura o el pago (incluyendo autorización inmediata o pago inmediato de los beneficios) para la reclamación.

Revisión externa inmediata

- **Solicitud para una revisión externa inmediata**

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

- a. una Determinación adversa de beneficios, si la Determinación adversa de beneficios involucró una condición de salud suya por la cual el período para completar una apelación interna inmediata conforme a las regulaciones finales provisionales pondría en grave peligro su vida o pondría en peligro su capacidad para recuperar la función máxima, y usted ha presentado una solicitud para una apelación interna inmediata;
- b. una Determinación adversa de beneficios interna final, si la determinación implica una condición de salud suya por la cual el período para completar una revisión externa estándar pondría seriamente en riesgo su vida o su salud o pondría en peligro 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 el cual usted recibió servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de un centro.

- **Revisión preliminar**

Inmediatamente después de recibir la solicitud de revisión externa inmediata, BCBSTX debe determinar si la solicitud cumple con los requisitos de revisión establecidos en la subsección **Revisión externa estándar** descrita anteriormente. BCBSTX debe enviarle de manera inmediata a usted 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)**

Cuando se determine que una solicitud es elegible para una revisión externa después de la revisión preliminar, BCBSTX asignará un IRO de acuerdo con los requisitos establecidos en la subsección anterior **Revisión externa estándar**. BCBSTX debe proporcionar o transmitir al IRO asignado 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 inmediato disponible.

El IRO asignado, en la medida en que la información y la documentación estén disponibles y el IRO los considere apropiados, debe considerar la información o documentos descritos anteriormente conforme a los procedimientos para una revisión estándar. Al tomar una decisión, el IRO asignado no está sujeto a las decisiones o conclusiones de BCBSTX.

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

El IRO asignado avisará la decisión de revisión externa final, de acuerdo con los requisitos establecidos en la subsección anterior **Revisión externa estándar**, tan rápido como su condición de salud o las circunstancias lo requieran, pero en ningún caso en un plazo superior a 72 horas después de que el IRO reciba la solicitud de revisión externa inmediata urgente. 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, el IRO asignado debe 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 urgente, usted puede solicitar una revisión externa en forma simultánea con la solicitud de revisión interna urgente. El IRO determinará si su solicitud es apropiada para una revisión externa inmediata o si el proceso de revisión interna urgente debe 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 no aplica 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 para 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.

Interpretación de las disposiciones del plan del empleador

TRS ha dado a BCBSTX la autoridad final para establecer o interpretar los términos y condiciones del *plan* y 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 administrar el funcionamiento y la administración del *plan*, incluyendo, pero no limitado a, la elegibilidad de una persona para que cuente con cobertura del plan y cualquier exclusión de beneficios del plan.

Todas los poderes 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 médico proporciona cobertura para las siguientes categorías de *gastos elegibles*:

- *gastos de hospitalización*;
- *gastos médico-quirúrgicos*;
- *gastos de atención médica a largo plazo*;
- *gastos de disposiciones especiales*.

Siempre que se mencione **PROGRAMA DE COBERTURA**, consulte 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 a su seguro médico requerirán 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 a 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 *deductible* 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 visita en un Centro de Atención Médica Inmediata/Urgente. Si los servicios prestados requieren que usted vuelve a realizar una visita al consultorio (por ejemplo, servicios de laboratorio) otro día, se requerirá un nuevo *copago*. Los servicios mencionados a continuación no son pagaderos bajo esta disposición de *copago*, pero se consideran como *gasto médico-quirúrgico*, indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**:

- cirugía realizada en un centro de *atención médica inmediata/urgente*;
- terapia física 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.

Se requerirá un *copago*, si se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, por los cargos del centro para cada visita a la sala de emergencias de un *hospital* como paciente ambulatorio. Si es admitido en el *hospital* como consecuencia directa de la condición de salud de emergencia o un accidente, el

copago no se aplicará.

Se requerirá un *copago*, si se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, por los cargos del centro por cada visita para pacientes hospitalizados.

Se requerirá un *copago*, si se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, por cada incidente de cirugía para pacientes ambulatorios.

Se requerirá un *copago*, si se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, por cada *procedimiento de diagnóstico determinado*.

Se requerirá un *copago*, si se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, por cada visita a la sala de emergencias independiente.

Se requerirá un *copago*, si se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, por cada visita a una *clínica de salud en comercios locales*.

Deductibles

Los beneficios de su seguro médico estarán disponibles después del pago de los *deductibles* aplicables como muestra su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Los *deductibles* se explican de la siguiente manera:

- El monto de *deductible* individual mostrado en la sección “Deductibles” de su **PROGRAMA DE COBERTURA** deberá ser alcanzado por cada *participante* bajo su cobertura en cada *año del plan*. Este *deductible*, a menos que se indique lo contrario, se aplicará a todas las categorías de *gastos elegibles* antes de que los beneficios estén disponibles conforme a su seguro médico.

Nota: Solo debe cumplir con su propio deductible 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 *deductible* “individual” se aplicarán al monto de *deductible* “familiar” que se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Cuando se alcanza ese monto de *deductible* familiar, no se tendrá que cumplir con más *deductibles* individuales por el resto de ese *año del plan*. Ningún *participante* contribuirá al monto de *deductible* “familiar” una cantidad mayor que el monto de *deductible* individual.

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

- Los **servicios de atención médica preventiva** dentro de la red no están sujetos a *deductibles*.
- Los *gastos elegibles* aplicados para cubrir el *deductible* “individual” y “familiar” *dentro de la red* solo se aplicarán al *deductible dentro de la red*. Los *gastos elegibles* aplicados para cubrir el *deductible fuera de la red* “individual” y “familiar” no se aplicarán al *deductible 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 médico;
- 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 médico es el Plan secundario para el propósito 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 médico 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 médico 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 una cantidad mayor que el *gasto máximo de bolsillo* individual al “gasto máximo de bolsillo” familiar.

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

- Existen gastos *máximos* de bolsillo distintos para los beneficios dentro y fuera de la red.
- Los gastos elegibles aplicados 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 para cubrir el *gasto máximo de bolsillo fuera de la red* “individual” y “familiar” 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* incluido en su seguro médico. Los beneficios para los *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 efectivos el día de la admisión.

SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA

Gastos de hospitalización

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

En el caso de los *gastos de hospitalización* elegibles, usted debe pagar un porcentaje de los *gastos elegibles* después de haber alcanzado su *deducible*. Esto se muestra en la sección **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 visitas* del beneficio, si hubiera. 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 de un *proveedor dentro de la red*, comuníquese con BCBSTX antes de optar por utilizar un *proveedor de servicios médicos fuera de la red*, y BCBSTX determinará cómo maximizar sus beneficios.

Consulte su **PROGRAMA DE COBERTURA** para obtener información sobre *deducibles, coseguros y porcentajes* que pueden aplicarse a su cobertura.

Gastos médico-quirúrgicos

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

Los *copagos* aplicables deben 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 debe pagar un porcentaje de los *gastos elegibles* después de haber alcanzado su *deducible*. Esto se muestra en la sección **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 *visitas* del beneficio, si hubiera. 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 una enfermera anestesióloga titulada (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 médico 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 sin 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 transportación 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 servicio de transporte en 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 asistentes de ambulancia capacitados para monitorear el estado clínico del *participante* (p. ej., signos vitales y oxigenación), o proporcionar tratamiento como, por ejemplo, oxígeno, líquidos intravenosos o medicamentos para poder transportar de forma segura al *participante*;
- b. el *participante* está confinado a la cama y no puede ser transportado de manera segura por ningún otro medio.

Los servicios de transporte en ambulancia terrestre que no son de emergencia prestados principalmente para la conveniencia del *participante*, la familia/encargados de los cuidados 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 afecciones agudas, puede considerarse *médicamente necesario* cuando el *participante* requiere atención médica aguda para pacientes hospitalizados 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 en ambulancia aérea que no es de emergencia prestados principalmente para la conveniencia del *participante*, la familia o los encargados de los cuidados, el *médico del participante* o el centro médico que lo traslada no se consideran *médicamente necesarios*.

- Anestesia y su administración, cuando la coloque una persona que no sea el *médico cirujano* u *otro proveedor profesional*.
- El oxígeno y su administración, siempre que se use el oxígeno.
- La sangre, incluido su costo, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma sanguíneo, que no es reemplazada por o para el *participante*.
- *Aparatos protésicos*, incluidos los remplazos que se necesitan por razones de crecimiento del *participante*.
- Los soportes ortopédicos (es decir, un aparato ortopédico que se utiliza para apoyar, alinear o mantener las partes del cuerpo en una posición correcta) y muletas, incluyendo lo siguiente:
 - a. aparatos ortopédicos rígidos para la espalda, las piernas o el cuello;
 - 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. El propósito 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 para el tratamiento del 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 y anticonceptivos femeninos de venta libre específicos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) 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 sin receta. 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 condición de salud, como neuropatía periférica, insuficiencia venosa crónica y diabetes, entre otras.
- Esterilizaciones masculinas y femeninas opcionales.
- Fórmulas alimenticias necesarias para el tratamiento de la 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 médico también proporciona beneficios para *gastos de atención médica a largo plazo* tanto para usted como para sus *dependientes* asegurados. Consulte la sección **DETERMINACION DE LA UTILIZACIÓN** 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 conforme a *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 médico, ya sea a nivel de *beneficios dentro* o fuera de la red (si corresponde), se aplicarán para el máximo de consultas de los beneficios, si hubiera, en ambos niveles de beneficios.

Lo máximo de las consultas de beneficios también incluirán los beneficios proporcionados a un *participante* por *gastos de atención médica a largo plazo* en un seguro médico del *empleador* con BCBSTX de manera inmediata antes de la *fecha efectiva* de la cobertura del *participante* en su seguro médico.

Cualquier *gasto de atención médica a largo plazo* no pagado que supere los límites de visitas de los beneficios que se muestran en su **PROGRAMA DE COBERTURA** no se aplicará a ningún *gasto máximo de bolsillo*.

Los cargos incurridos como *atención médica en el hogar* o *cuidados de hospicio* en el hogar por medicamentos (incluyendo terapia con antibióticos) y servicios de laboratorio no será un *gasto de atención médica a largo plazo*, pero se considerará como *gasto médico-quirúrgico*.

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

- para un *centro de enfermería especializada*:
 - a. toda atención de enfermería habitual que brinde una enfermera titulada (RN, en inglés), enfermera de práctica avanzada (APN, en inglés) o una enfermera 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 una enfermera titulada (RN, en inglés), enfermera de práctica avanzada (APN, en inglés) o una enfermera vocacional con licencia (LVN, en inglés);
 - b. 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 en el hogar* 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 con asistencia;
 - d. servicios de transporte;
 - 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 una enfermera titulada (RN, en inglés), enfermera de práctica avanzada (APN, en inglés) o una enfermera vocacional con licencia (LVN, en inglés);
 - (2) asistencia médica en el hogar de tiempo parcial o intermitente que consiste principalmente en el cuidado del paciente;
 - (3) servicios de fisioterapia, terapia 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 cuidados de hospicio, que incluye asesoramiento por duelo para la familia.
 - b. *cuidados de hospicio* en un centro:

- (1) toda atención de enfermería habitual que brinde una enfermera titulada (RN, en inglés), enfermera de práctica avanzada (APN, en inglés) o una enfermera 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 fisioterapia, terapia del habla y para la respiración por parte de terapeutas con licencia.

Gastos de disposiciones especiales

Los beneficios disponibles en esta subsección **Gastos de disposiciones especiales** normalmente están definidos sobre los mismos fundamentos que otros *gastos de hospitalización, gastos médico-quirúrgicos y gastos de atención médica a largo plazo*, a menos que sean lo que se detalla en cada uno. Los beneficios para los gastos *médicamente necesarios* se determinarán según lo indicado en su(s) Programa(s) de Cobertura. Recuerde que también se aplicarán los *copagos, coseguros y deducibles* que se muestran en su Programa de cobertura. Consulte la sección **DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN** de este manual de beneficios para obtener más información sobre la *revisión clínica recomendada* opcional.

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. *Los hijos dependientes* solo serán elegibles para el tratamiento de *complicaciones en el embarazo*.

Beneficios para la atención en maternidad

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

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

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

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

Su seguro médico 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 médico 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 maternales y neonatales aceptadas. El término incluye:

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

Los cargos de atención preventiva para bebés, 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 *deductible* 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 atención médica 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 en adelante hasta el 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 al 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 atención de emergencia y tratamiento de lesiones accidentales

Los beneficios están disponibles para emergencias médicas de urgencia, 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 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 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*, incluidas las *lesiones accidentales* o la *atención médica de emergencia* para *servicios de salud mental*, se determinarán según lo indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Se requerirán *copagos* por los cargos del centro por cada visita a la sala de tratamiento/emergencias de un *hospital* para pacientes ambulatorios, como muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Si se admite para la condición de salud de emergencia de manera inmediata después de la consulta, no se aplicará ningún *copago* y se deberá presentar una revisión clínica de la *admisión hospitalaria de paciente internado* de emergencia 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 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 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/urgente de una condición de salud 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 inmediata/urgente*.

Atención médica inmediata/urgente se refiere a la prestación de atención médica en un centro dedicado a brindar atención sin cita previa (*walk-in care*) programada o no programada fuera de la sala de emergencias/tratamiento de un *hospital* o del consultorio de un *médico*. La atención médica necesaria es para una condición de salud que no pone en riesgo la vida.

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 de salud en comercios locales proporcionan diagnóstico y tratamiento para afecciones menores sin complicaciones en situaciones que pueden controlarse sin una visita al consultorio de atención primaria tradicional, 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 ateroesclerosis y de la estructura y funcionamiento anormal de las arterias cada cinco años cuando se realicen en un laboratorio certificado por una organización nacional reconocida:

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

Las pruebas están disponibles para 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. La persona debe ser diabética 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 termine 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 incluido, la reparación, el ajuste o la sustitución de los componentes y accesorios necesarios para un funcionamiento efectivo y la sustitución de todo el artículo de DME incluido se incluyen si se determina que el artículo de DME incluido 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
- Cómودas
- Máquinas de succión, etc.

Los artículos excluidos se encuentran en la sección **LIMITACIONES MÉDICAS Y EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DEL PLAN**.

Suministros para ostomías

Los beneficios para 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 apóstitos proporcionados por un *proveedor* durante el tratamiento para los servicios de atención médica con cobertura.
- Medias de compresión de calidad médica cuando se consideren médicalemente necesarias.

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 la diabetes 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 reemplazarse según sea *audiológica o médica mente necesario*, cada tres años, hasta los 19 años; esto incluye todos los componentes externos.

Beneficios para ciertas terapias para hijos con retrasos en el desarrollo

Los beneficios de *gastos médico-quirúrgicos* están disponibles para un *hijo 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* debe 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 de edad, cuando se han completado los servicios según la *cobertura de servicios familiares personalizados*, los *gastos elegibles*, que de otro modo tengan cobertura en 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.

Cobertura de servicios familiar individualizada 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

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

Las personas que proporcionan el tratamiento recetado conforme a ese plan deben 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* 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. Una persona que actúe bajo la supervisión de un *proveedor de atención médica* descrito en el punto 1 anterior.

El propósito de esta sección, los servicios generalmente reconocidos pueden incluir servicios como:

- 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 sobre cómo se aplican los máximos de visitas 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** en este manual de beneficios para obtener información más específica sobre la *revisión clínica recomendada* opcional.

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 hijo cumple 30 días de edad;
- atención de seguimiento de diagnóstico necesaria, relacionada con las pruebas de detección, desde el nacimiento hasta que el hijo 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 hijo 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 un problema en las mamas;
- servicios y suministros para la mamoplastia de reducción cuando sea médicaamente necesario y de acuerdo 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 hijo 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 de salud que afecte a un diente natural sano no arreglado y a los tejidos de apoyo.

Los servicios deben 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, a menos que sean los que se consideren excluidos en la sección **LIMITACIONES MÉDICAS Y EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DEL PLAN** de este manual de beneficios, para el cual un *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**.

Cobertura para anestesia general

Un plan de beneficios de salud que proporciona cobertura para anestesia general no puede excluir de la cobertura los servicios de anestesia general médicaamente necesarios en relación con los servicios dentales proporcionados a una persona asegurada en los siguientes casos:

- (1) la persona es:
 - a. menor de 13 años; e
 - b. incapaz de recibir el servicio dental sin anestesia general debido a una razón física, mental o médica documentada; y
- (2) la anestesia es realizada por un proveedor calificado de servicios de anestesia.

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* conforme a su seguro médico;
 - d. el *participante* cumple con todos los criterios establecidos por BCBSTX en las políticas médicas escritas correspondientes;
 - e. el *participante* cumple con todos los protocolos que establece el *hospital* en el que se realizó 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** 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 de salud 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 de la persona;
- 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 al día 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 otras personas;
- 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 neorretroalimentación: servicios que utilizan procedimientos de acondicionamiento operante basados en parámetros electroencefalográficos (EEG) y que están diseñados para mejorar el rendimiento mental y la conducta y estabilizar el estado de ánimo;
- pruebas neuropsicológicas: evaluación de las funciones del sistema nervioso;
- tratamiento neurofisiológico: intervenciones que se centran en las funciones del sistema nervioso;
- pruebas neuropsicológicas: administración de un conjunto integral de pruebas para evaluar las fortalezas y debilidades neurocognitivas, conductuales y emocionales, así como sus relaciones con el funcionamiento normal y anormal del sistema nervioso central;
- tratamiento neuropsicológico: intervenciones diseñadas para mejorar o minimizar los déficits en los procesos cognitivos y del comportamiento;
- servicios de transición posaguda: servicios que facilitan la continuidad de la atención después de un traumatismo neurológico inicial mediante la rehabilitación y reintegración, incluidos los servicios de tratamiento al día 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 la persona para mejorar una condición de salud 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 centro de vida asistida o en cualquier otro centro en el que se puedan ofrecer los servicios o terapias adecuados.

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

Beneficios para el tratamiento de la diabetes

Los beneficios se determinarán según los mismos criterios que se usan para cualquier otra enfermedad y están disponibles para los artículos *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 específicas para usar con un monitor de glucosa en sangre correspondiente;
 - b. tiras reactivas de lectura visual y de orina y tabletas que miden el nivel de glucosa, cetonas y proteína;
 - c. lancetas y aparatos para lancetas;
 - d. insulina y preparados de insulina análoga;
 - e. aparatos de asistencia para inyecciones, incluidos aparatos que se usan para ayudar a inyectar la insulina y sistemas sin aguja;
 - f. contenedores desechables de residuos biológicos;
 - g. jeringas de insulina;
 - h. agentes orales con y sin receta médica para controlar los niveles de azúcar en sangre;
 - i. kits de emergencia de glucagón.

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

Instrucción inicial y de seguimiento relativa a lo siguiente:

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

La *capacitación para el manejo personal de la diabetes* para el *participante elegible* incluirá el desarrollo de un plan de manejo individualizado creado para y en colaboración con el *participante elegible* (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 de salud 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 para *servicios quiroprácticos* para todas las consultas no se proporcionarán para una cantidad mayor que el número máximo de consultas (combinación de visitas 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 visitas.

Beneficios para costos de rutina para pacientes 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, la detección o el tratamiento del cáncer o de otra enfermedad o condición de salud que pone en riesgo la vida y si está reconocido por las leyes estatales o federales.

Costos de atención de rutina para pacientes significa los costos de los servicios de atención médica *necesarios médicamente* para los que se ofrecen beneficios bajo el seguro médico, independientemente de si el *participante* forma parte de un estudio clínico.

Los costos de rutina para pacientes no incluyen lo siguiente:

- el artículo, medicamento, dispositivo o servicio en sí que se encuentra en investigación;
- 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 es 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 médica 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 inscrito en el su seguro médico, 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 respaldadas por 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.

El propósito de este beneficio, las recomendaciones actuales de USPSTF sobre mamografías y exámenes de cáncer de mama y prevención se considerarán las más actuales (a menos que sean 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 visitas por *año del plan* para participantes mayores de 22 años de edad; se pueden utilizar hasta 10 visitas para el asesoramiento sobre alimentación saludable; los participantes de 0 a 22 años de edad tienen cobertura al 100% 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 sea requerida por la ley para un *hijo*.

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 especificados y 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 bajo el beneficio de medicamentos recetados 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. Sin embargo, 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 *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 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 sin cobertura en los puntos "a" a "d" anteriores o en 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*.

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 a usted que pague el monto completo y presente 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 acude a 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 prueba de detección por mamografía de baja dosis para ver si hay presencia de cáncer de mama oculto para *participantes* de 35 años o más, según se indica en la sección **Servicios de atención médica preventiva** de su **PROGRAMA DE COBERTURA**, excepto que los beneficios no estarán disponibles para más de una mamografía de 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 mamografías de diagnóstico y otras imágenes de la mama

El diagnóstico por imágenes de la mama puede estar cubierto en la misma medida que los beneficios para mamografía de detección, tal como se describe en la sección Servicios de atención médica preventiva del manual de beneficios, pero sin restricciones de edad para los participantes.

Se aplicarán los beneficios que se muestran en su Programa de cobertura para el diagnóstico por imágenes de la mama. Debido a las regulaciones del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) el deducible debe aplicarse primero para el diagnóstico por imágenes de la mama en el plan HD.

Además de los términos aplicables proporcionados en la sección DEFINICIONES del manual de beneficios, el siguiente término se aplicará específicamente a esta disposición.

Diagnóstico por imágenes significa un examen por imágenes mediante mamografía, ecografía o resonancia magnética diseñado para evaluar lo siguiente:

- una anomalía subjetiva u objetiva detectada por un médico o paciente en una mama;
- una anomalía observada por un médico en una mamografía de detección;
- una anomalía que fue identificada con anterioridad por un médico como probablemente benigna en una mama para la que un médico recomienda la obtención de imágenes de seguimiento; o
- una persona con antecedentes personales de cáncer de mama o tejido mamario denso.

Beneficios para la detección y la prevención de la osteoporosis

Si un *participante* es una *Persona elegible*, los beneficios están disponibles para la medición médica aceptada de la masa ósea para detectar una masa ósea baja y 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 médica reconocida que permite la detección de cáncer colorrectal para *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 10 años;
- una prueba de detección con Cologuard cada tres años.

Se proporcionarán beneficios 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 médico para una prueba anual de diagnóstico médica 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 un examen de detección 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 están incluidos para participantes menores de 30 años.
- La prueba de detección del VPH de alto riesgo por sí sola, se cubre una vez cada 5 años para mujeres de 30 años o más. Los servicios no están incluidos 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 requiera la ley para un *hijo*.

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 la detección/asesoramiento sobre 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 los beneficios mencionados en **Beneficios para los exámenes 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 *servicios de salud mental*, el tratamiento de una *enfermedad mental grave* y el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias serán los mismos que los beneficios para el tratamiento de cualquier otra enfermedad. Consulte la sección **DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN** para obtener más información sobre la opción de *revisión clínica recomendada*.

Todos *gastos elegibles* incurridos por los servicios de un *centro de tratamiento psiquiátrico durante el día*, un *centro o unidad de estabilización de crisis*, un *centro residencial para recibir tratamiento* o un *centro residencial de tratamiento para niños y adolescentes* para los *servicios de salud mental* *médicamente necesarios* o el tratamiento de una *enfermedad mental grave* en lugar de servicios para pacientes *hospitalizados* se considerarán, con el propósito de este beneficio, **gastos de hospitalización**.

El tratamiento hospitalario del trastorno por consumo de sustancias debe realizarse en un centro de tratamiento o hospital para el trastorno por consumo de sustancias. Los beneficios para el manejo médico de la intoxicación aguda que pone en riesgo la vida (toxicidad) en un *hospital* estarán disponibles de la misma manera que para una enfermedad general, como se describe en la sección **Gastos de hospitalización**.

Los *servicios de salud mental* proporcionada como parte del tratamiento *médicamente necesario* del trastorno por uso de sustancias se considerará con el propósito de los beneficios, como tratamiento del trastorno por consumo de sustancias hasta que se completen los tratamientos del trastorno por uso de sustancias (tratamientos para el trastorno por consumo de sustancias se considerara *atención de salud mental*).

Blue Distinction® y el Programa Blue Distinction Specialty Care (atención 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 se destacan por proporcionar un tratamiento seguro y efectivo

para las necesidades de atención médica especializada.

Blue Distinction Centers

La designación de Blue Distinction utiliza criterios consistentes 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 readmisión 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+* para obtener los máximos beneficios. Si elige 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 determinen lo contrario.

Para obtener información adicional sobre los Blue Distinction Centers para la atención 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 de Blue Distinction Center+ (BDC+). Consulte la sección [Centros de Designated Blue Distinction Center+ para cirugía bariátrica](#) 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, problema, condición de salud o disfunción corporal;
- servicios y suministros *experimentales/investigativos*;
- cualquier parte de un cargo por un servicio o suministro que supere el *monto permitido* según lo determine por 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, a menos que sean 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 visita 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 una *admisión hospitalaria* para procedimientos de diagnóstico o de evaluación que se pudieron haber realizado como pacientes ambulatorios sin afectar negativamente la condición de salud física del *participante* o la calidad de la atención médica proporcionada;
- cualquier servicio o suministro proporcionado antes de que el paciente esté cubierto como participante antes de este caso, o cualquier servicio o suministro proporcionado tras la finalización de la cobertura del participante
- servicios o suministros proporcionados para los *servicios de nutrición*, a menos que sean los que puedan estar estipulados conforme a su seguro médico 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 disposiciones especiales**;
- d. **beneficios para el tratamiento de la diabetes**, según se describe en la sección **Gastos de disposiciones especiales**;
- e. **beneficios para ciertas terapias para hijos con retrasos en el desarrollo** según se describe en la sección **Gastos de disposiciones 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 o aparatos dentales, a menos que sean los que se establezca en la disposición **Beneficios para servicios dentales** en la sección **Gastos de disposiciones especiales** del presente manual de beneficios;
- todo servicio o suministro proporcionado para la mamoplastia de reducción, excepto los servicios con cobertura en la disposición **Beneficios para cirugía plástica, cosmética o reconstructiva** de la sección **Gastos de disposiciones especiales** de este 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, a menos que sean lentes intraoculares cuando son *médicamente necesarios*;
 - d. exámenes para la receta 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 de la audición y el habla** y de **Beneficios para el trastorno del espectro autista** en la sección **Gastos de disposiciones 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 multidisciplinaria diseñado para recuperar las funciones corporales perdidas o deterioradas, excepto 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 disposiciones 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 proporcionado, en preparación 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;
- excepto por los medicamentos con receta y de venta libre para dejar de consumir tabaco y el asesoramiento para dejar de consumir tabaco con cobertura en este *plan*, los suministros para los programas para dejar de fumar y el tratamiento de adicción a la nicotina están excluidos;
- servicios o suministros relacionados con tratamientos alternativos, tales como los siguientes:
 - a. digitopuntura;
 - b. hipnotismo;
 - c. terapia de masajes;
 - d. aromaterapia.
- servicios o suministros proporcionados para las siguientes modalidades de tratamiento:
 - a. tracción intersegmental;
 - b. electromiografías (EMG) de superficie;
 - c. manipulación de la columna bajo anestesia;
 - d. prueba muscular mediante máquinas de kinesiología computarizadas como, por ejemplo, Isostation, Digital Myograph y Dynatron.
- artículos que incluyen, entre otros:
 - a. un aparato de ortodoncia u otro aparato dental;
 - b. férulas o vendajes provistos por un médico en un entorno no hospitalario o comprados como artículo de venta libre para el apoyo de esguinces y torceduras;
 - c. zapatos ortopédicos que sean una pieza separable de un aparato de soporte con cobertura; zapatos ordenados especialmente, personalizados o con elevación;
 - d. zapatos para yeso;
 - e. plantillas diseñadas para dar soporte al arco o producir cambios en el pie o en su alineación;
 - f. soportes para el arco;
 - g. medias elásticas;
 - h. portaligas.

Nota: Esta exclusión no se aplica a los aparatos de podiatría cuando se suministran como *equipos*

para la diabetes.

- suministros desechables o fungibles para pacientes ambulatorios, tales como los siguientes:
 - a. jeringas;
 - b. agujas;
 - c. suministros para análisis de sangre u orina (a menos que sean los que se usan en el tratamiento de la diabetes);
 - d. fundas;
 - e. bolsas;
 - f. prendas elásticas;
 - g. vendajes;
 - h. portaligas.
- los suministros excluidos incluyen, entre otros, medias de compresión, vendas elásticas, suministros para el cuidado de heridas o apósticos, 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 efectivo 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 apósticos 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 la diabetes 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 visitas/días y del *año del plan* especificados;
- servicios y suministros que reciba un *participante* fuera de los Estados Unidos si el *participante* viajó a dicho destino con el objeto de recibir servicios médicos, suministros o medicamentos;
- *aparatos protésicos* de repuesto cuando se necesitan debido a una pérdida o uso indebido por parte del *participante*;
- medicamentos con receta o sin receta para pacientes ambulatorios (a menos que sean 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 los medicamentos inyectables no aprobados por la FDA para la autoadministración que son administrados por o bajo la supervisión directa de un *médico u otro proveedor profesional*;
- servicios o suministros no 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 (a menos que sean para el diagnóstico de *daño cerebral adquirido*) u otros servicios de modificación del comportamiento;
- cualquier servicio relacionado 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 los mismos días, 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 para los servicios con cobertura proporcionados por *proveedores* adecuados, tal como se describe en este manual de beneficios.
- los siguientes servicios de análisis del comportamiento aplicado (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, 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, a menos que sean los que se describen 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 definen 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 inmediata que están sujetos a beneficios clínicos confirmatorios no están cubiertos por este plan a menos que la cobertura sea requerida por 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. Elevidys (deleandistrogen moxeparvovec);
- d. Exondys-51 (eteplirsen);
- e. Qalsody (tofersen);
- f. Viltepso (vitrolersen);
- g. Vyondys-53 (eteplirsen).

- 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;
- medicamentos surtidos como muestras de fabricantes, programas puente o programas de medicamentos gratuitos con el fin de obtener acceso para superar las modificaciones del plan, como la cobertura de la lista de medicamentos, la autorización previa o los requisitos de terapia por pasos;
- cualquier medicamento experimental/en fase de investigación;
- cualquier medicamento excluido en la Lista de Exclusiones del Plan General (consulte el enlace del sitio web en la página 131 para ver la Lista de Exclusiones del Plan General).

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 resulte, directa e independientemente de todas las otras causas, en atención médica necesaria inicial proporcionada por un *médico u otro proveedor profesional*.

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

Enfermera de Práctica Avanzada (Advanced Practice Nurse, APN) se refiere a una enfermera titulada aprobada por Texas Board of Nursing para ejercer como enfermera *de práctica avanzada*, basado en completar un programa educativo avanzado aceptable para la Junta. El término incluye a enfermeras profesionales, enfermeras parteras, enfermeras anestesistas y enfermeras especialistas profesionales. Una *enfermera de práctica avanzada* está preparada para ejercer un rol más amplio para proporcionarle 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. Una *enfermera 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 específico. 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, centros especiales de atención médica, médicos y otros proveedores profesionales que tengan contrato con BCBSTX en Texas u otro Plan de Blue Cross and Blue Shield:** el *monto permitido* depende de las condiciones del contrato con el *proveedor* y de la metodología de pago efectiva 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, centros especiales 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.

Sin embargo 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 específico. 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 acuerdo 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*.

Periodo Anual de Inscripción significa el periodo designado por el grupo antes de la fecha del próximo aniversario del plan durante el cual los participantes pueden inscribirse para 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 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.

Tarifa de 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 de 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 establecida por el *patrocinador del plan* 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 alergénicos en la boca).

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

Complicaciones en el embarazo significa lo siguiente:

- condiciones médicas (cuando el embarazo no es terminado) los diagnósticos difieren del de un embarazo, pero que el embarazo afecta de manera adversa o son condiciones causadas por el embarazo, tales como:
 - a. nefritis aguda;
 - b. nefrosis;
 - c. descompensación cardíaca;
 - d. aborto retenido;
 - e. condiciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, pero *no deberán incluir*:
 - (1) parto falso;
 - (2) sangrado ocasional;
 - (3) descanso durante la gestación recetado por el médico;
 - (4) náuseas matutinas;
 - (5) hiperemesis gravídica;
 - (6) preeclampsia;
 - (7) condiciones de salud similares asociadas con el control de un embarazo difícil 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*, un *centro especial de atención médica* o cualquier otro centro o institución con el que BCBSTX haya suscrito un contrato por escrito para brindar atención, servicios o suministros médicos dentro del alcance de su licencia para los beneficios disponibles conforme a su seguro médico.

Un *centro con contrato* también incluirá un *hospital* o un *centro especial de atención médica* ubicado fuera del Estado de Texas y con el que cualquier otro Plan de Blue Cross haya 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 médico, será considerado un *centro sin contrato*, independientemente de si existe o no un contrato escrito con otro Plan de Blue Cross.

Mes del Contrato significa el periodo de cada mes siguiente que comienza en la fecha 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 la cantidad en dólares que debe ser pagada por o en nombre de un *participante* por determinados servicios en el momento en que se prestan.

Cirugía plástica, cosmética o reconstructiva significa cirugía que:

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

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

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

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

Cuidado personal no médico son los servicios que se brindan principalmente para la comodidad o conveniencia personal, que brindan una atención general de mantenimiento, preventiva o de protección, pero sin una probabilidad clínica de mejora de la condición de salud. 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.).

Deductible significa el monto en dólares de *gastos elegibles* en los que un *participante* debe incurrir antes de que los beneficios conforme a su seguro médico estén disponibles.

Dependiente significa su cónyuge según lo definido por la ley aplicable o cualquier hijo cubierto por su seguro médico.

- 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 médicaamente 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 *hijo* en proceso de adopción en donde el *participante* es una de las partes de ese proceso de adopción de ese *hijo*;
- c. su hijastro;
- d. un *menor* bajo custodia provisional (foster child);
- e. un *hijo* de su *hijo* que es su dependiente, para propósitos del impuesto federal sobre los ingresos, en el momento en que se realiza la solicitud de cobertura para el *hijo* de su *hijo*;
- f. un *hijo* 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 cumplen con la definición de *dependiente*, pero que son beneficiarios bajo la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés).

Servicios dietéticos y de nutrición significa la educación, asesoramiento o capacitación para un *participante* (inclusive el material impreso) respecto a:

- dieta;
- regulación o control de la dieta;
- evaluación o manejo 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 propósitos 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 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 médico, 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 disposiciones especiales*, tal como se describen en este manual de beneficios.

Atención médica de emergencia se refiere a servicios de asistencia de salud prestados en un *hospital* (sala de emergencias), centro médico de emergencias independiente o centro comparable para evaluar y estabilizar condiciones médicas o atención de salud mental, graves trastornos de salud mental y consumo de sustancias de reciente aparición y gravedad, incluyendo, 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 el no recibir atención médica de emergencia 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 Teacher Retirement System of Texas.

Sensibilidad ambiental 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 de salud 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 de salud 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* o *centro especial de atención médica* en donde se utilizaron;
- el *médico u otro proveedor profesional* ha tenido la capacitación y la experiencia adecuadas para proporcionarle el tratamiento o procedimiento.

BCBSTX, para su seguro médico, 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 atención médica* 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 se refiere al Teacher Retirement System of Texas (TRS) que ha hecho un Acuerdo de Servicios Administrativos con BCBSTX, bajo el cual BCBSTX proporcionará o organizará servicios de salud para los participantes elegibles del grupo que se inscriban.

Proveedor de atención médica significa una Enfermera 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 médico cuando dichos servicios se proporcionan durante una consulta 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 compuestos y de distribución;
- todo el equipo y suministros auxiliares necesarios por la terapia definida
- servicios de entrega;
- educación 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 atención médica*, 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 proporcionarle *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 médico cuando un hospicio proporciona 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 centros 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 una enfermera titulada;
- tiene un plan en funcionamiento para la revisión de la utilización del hospital.

Admisión hospitalaria significa el período desde que un *participante* ingresa en un *hospital* o en un *centro de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias* como *Paciente* en cama hasta el momento de la interrupción del cuidado en la cama o al ser dado de alta por parte del *médico, salud mental u otro proveedor de atención médica* que lo admitió 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 en cama 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 proporcionarle 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) es la tarjeta que BCBSTX emite al *participante* de su seguro médico 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 presumiblemente sano que no puede concebir tras un año de relaciones sexuales heterosexuales frecuentes y no protegidas. Esto no incluye condiciones para participantes masculinos cuando la causa es vasectomía u orquiectomía, ni para participantes femeninas cuando la causa es una ligadura de trompas o una hysterectomy.

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 proveedor de atención médica para que la administración del medicamento sea segura y eficaz.

Beneficios dentro de la red significa los beneficios disponibles conforme a su seguro médico para servicios y suministros proporcionados por un *proveedor de servicios médicos 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 salud mental* u otro *proveedor*;
- se proporcionen en un *hospital* o en un *centro para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias*;
- se receten 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 medicamentos, que sean *médicamente necesarios* y coherentes con la condición de salud 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* médica *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 abuso 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 problemas de salud coexistentes severos o complejos, que hacen que sea muy poco probable que los *participantes* se beneficien de programas que se centran exclusivamente en enfermedades mentales.

Enfermedad o condición de salud que pone en riesgo la vida con el propósito de un ensayo clínico, cualquier enfermedad o condición de salud que pueda causar el fallecimiento, a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o condición.

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 *deductible* del *año calendario*, que realiza un *participante* durante un *año calendario*.

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 salud mental* u otro *proveedor*,

- no se incluyan como *gasto de hospitalización* o *gasto de atención médica a largo plazo* en su seguro médico.

Un servicio o suministro se receta bajo la dirección de un *médico, proveedor de salud mental u otro proveedor de atención médica* si el servicio o suministro indicado:

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

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

Médicamente necesario o de necesidad médica significa los servicios o suministros con cobertura en su seguro médico que:

- sean esenciales, coherentes y suministrados para el diagnóstico o el cuidado y tratamiento directos de la condición de salud, la enfermedad, el trastorno, la lesión o la disfunción corporal;
- sean provistos de acuerdo 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 salud mental, el hospital u otro proveedor de atención médica*;
- 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 de salud del *participante*, y que el *participante* no puede recibir una atención adecuada y segura como paciente ambulatorio. BCBSTX no determina el plan de tratamiento ni si se reciben servicios de atención médica específicos. La decisión con respecto al plan de tratamiento y al recibir ciertos servicios de atención médica es un asunto exclusivamente entre el *participante*, su *médico, el profesional en 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 médico 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 salud mental u otro proveedor profesional* recetaron un tratamiento, es posible que dicho tratamiento no sea *médicamente necesario* según 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:

1. el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, trastorno, o condición de salud 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 de salud es de naturaleza física, química o mental;
2. el diagnóstico o tratamiento de cualquier síntoma, condición de salud, enfermedad o trastorno por parte de un *médico, proveedor de salud mental u otro proveedor de atención médica* (o cualquier persona que trabaje bajo la dirección o la supervisión de un *médico, proveedor de salud mental u otro proveedor de atención médica*) 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.
- 3. tratamiento electroconvulsivo;
- 4. medicamentos psicotrópicos;
- 5. cualquiera de los servicios indicados en los puntos 1 a 4 anteriores, que se lleven a cabo en o por un *hospital*, un *centro especial de atención médica*, u otro centro o unidad autorizada que proporcione dicha atención médica;

Obesidad mórbida significa un índice de masa corporal (BMI, en inglés) mayor o igual a 40 kg/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.

Proveedores de servicios médicos dentro de la red es un *hospital, médico, proveedor de servicios de salud mental u otro proveedor* 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 médica administrada.

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

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

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

- **centro de otros proveedores:** 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. Enfermera de Práctica Avanzada (APN);
 - b. práctica avanzada en ciencias cristianas;
 - 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 licencia, otros *proveedores* deben estar autorizados por 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 médico para servicios y suministros proporcionados por un *proveedor de servicios médicos fuera de la red*.

Proveedor de servicios médicos fuera de la red se refiere a los *hospitales, médicos, profesionales en salud mental u otros proveedores* que no hayan firmado un acuerdo con BCBSTX (o con otro plan de Blue Cross and Blue Shield participante) como *proveedor* de atención médica 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 de salud mental, otros proveedores de servicios médicos, hospitales* y otros centros que han celebrado un acuerdo con BCBSTX para aceptar el *monto permitido* (que se paga directamente a ellos) y no facturar a los *participantes* por encima del *monto permitido*.

Participante significa un jubilado, cónyuge o *dependiente* cuya cobertura haya entrado en vigencia bajo este *plan*.

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

- 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 médico 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 efectivo.

Fecha efectiva del plan se refiere a la fecha en la que la cobertura para el *plan del patrocinador* comienza con BCBSTX.

Mes del plan significa cada periodo de mes calendario siguiente, comenzando en la fecha efectiva del plan.

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

Patrocinador del plan se refiere al Teacher Retirement System of Texas como fideicomisario del Programa de beneficios grupales para empleados jubilados de Texas.

Año del Plan significa el periodo de TRS-ActiveCare que comienza el 1 de septiembre y termina 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 de atención primaria significa el pago en dólares, que debe hacerse por o en nombre de un participante por cada cargo de visita a la oficina en que incurra cuando los servicios son prestados por un proveedor familiar, un obstetra/ginecólogo, un pediatra, un proveedor de salud mental, un internista y un asistente médico o enfermera de práctica avanzada que trabaja bajo la supervisión de uno de estos médicos.

Proveedor de atención primaria (Médico/proveedor de atención primaria o PCP) se refiere a un médico u otro proveedor de atención médica 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 médica administrada de un proveedor para la familia, obstetra o ginecólogo, pediatra, proveedor de salud mental, internista, o un Asistente médico (PA) o Enfermera de práctica avanzada (APN) que trabaje bajo la supervisión de uno de estos médicos aquí mencionados.

Autorización previa significa el proceso que determina antemano la necesidad médica o la naturaleza experimental/investigativa de ciertos cuidados y servicios bajo 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 (a menos que sean 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 salud mental, otro proveedor de atención médica, 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 de medidas de procedimiento o resultados acordados para una población específica 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 servicios de salud mental y servicios para enfermedades mentales graves a participantes durante períodos que no superen las ocho horas en un período de 24 horas. Todo tratamiento en un centro de tratamiento psiquiátrico durante el día debe contar con la certificación por escrito del médico o proveedor 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 [BCBA, en inglés] o un Analista con doctorado en salud mental 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 Asistente de Analista de Conducta Certificado (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), efectivo 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*, para asegurarse de que cumple con las guías aprobadas de la política médica y los requisitos de *necesidad médica* de Blue Cross and Blue Shield.

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

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

Institución de Investigación significa una institución o proveedor (persona o entidad) que lleva a cabo un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV.

Centro Residencial para Recibir Tratamientos 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 médica necesarias para satisfacer las necesidades de los pacientes atendidos o que se atenderán en dicho centro. Los Centros Residenciales para Recibir Tratamiento deben contar con una licencia de la autoridad estatal y local correspondiente como Centro Residencial para Recibir Tratamientos o su equivalente bajo las leyes o regulaciones de dicha localidad o deben estar acreditados por un organismo nacional de acreditación como un Centro Residencial para Recibir Tratamientos o su equivalente.

Los organismos de acreditación aceptados son:

- la Comisión Conjunta;
- Comisión de Acreditación de Centros de Rehabilitación (CARF);
- Asociación de Acreditación para la Atención Ambulatoria de la Salud (AAAHC);
- Consejo de Acreditación de Servicios para Familias e Hijos Inc. (COA);
- National Integrated Accreditation of Healthcare Organizations (NIAHOSM).

Esto incluye cualquier licencia especializada que pueda ser aplicable dado los servicios que se prestarán o la población que se servirá. Como no proporcionan el nivel de cuidado, seguridad o supervisión apropiado de un Centro Residencial para Recibir Tratamientos, los siguientes no se incluirán en la definición de Centro Residencial para Recibir Tratamientos: centros de reinserción social, vida supervisada, residencias de grupos, programas educativos y terapéuticos de salida al campo, pensiones u otros centros que ofrezcan un entorno principalmente de apoyo/custodia o aborden principalmente las necesidades sociales a largo plazo, aunque se brinde asesoramiento en tales centros. Para ser elegible como un Centro Residencial para Recibir Tratamientos, se debe monitorear médica a los pacientes con profesional médico disponible las 24 horas y estar bajo cuidado y supervisión de enfermería en el sitio, por lo menos, un turno al día con disponibilidad de guardia para los otros turnos.

Centro residencial de tratamiento para niños y adolescentes significa una institución dedicada al cuidado de los niños y adolescentes 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 y Adolescentes como un centro residencial para recibir tratamiento para la prestación de servicios de *atención de salud mental* y de *enfermedades mentales graves* para niños y adolescentes con trastornos emocionales.

Clínica de salud en comercios locales se refiere a una clínica ubicada en comercios locales, que normalmente cuenta con Enfermeras 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 (hipomaníaco, maníaco, 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 atención médica* que ha 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 salud mental*, internista, o un Asistente Médico o Enfermera de Práctica Avanzada que trabaje bajo la supervisión de uno de estos médicos listados.

Copago especializado significa el pago en dólares, que debe hacerse por o en nombre de un participante por cada cargo de consulta a la oficina en que incurra cuando los servicios son prestados por un proveedor de atención especializada

Asegurado principal significa una persona que cumple con todos los requisitos de inscripción y elegibilidad de este *plan*, y la 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 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 emergencia que normalmente se proporciona en un entorno como el consultorio de un *proveedor de atención médica de 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 de salud, 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*.

Periodo de espera significa un período establecido por un empleador que debe superar antes de que una persona que este inscrito en un plan de salud sea elegible para recibir beneficios.

DISPOSICIONES GENERALES

Agente de seguros

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

Enmiendas

Su seguro médico 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*.

Anti-asignación 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, prestador de atención médica o cualquier otra persona o entidad de atención médica. Tampoco los beneficios bajo este *plan* están sujetos a un gravamen de una persona o entidad, incluido cualquier *proveedor de atención médica*, centro de atención médica, prestador de atención médica u otra persona o entidad de atención médica, ya sea antes o después de recibir los beneficios, servicios o suministros. BCBSTX se reserva el derecho 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 fuera de la red* u (d) otra persona o entidad designada, incluido cualquier *proveedor de atención médica*, centro de atención médica, prestador de atención médica u otra persona o entidad de atención médica. En tal caso, el pago de los beneficios se realizará 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 por la que usted, el tercero o cualquier otra persona pueda ser responsable en concepto de 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, prestador de atención médica u otra persona o entidad de atención médica, su derecho a solicitar o recibir documentos del *plan* o requerir y recuperar una multa relacionada con una demora o incumplimiento en la entrega de 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, prestador de atención médica u otra persona o entidad de atención médica, una reclamación o el derecho a entablar una demanda, incluida una reclamación relacionada con un incumplimiento del deber fiduciario o de hacer cumplir de otro modo una ley estatal o federal.

Responsabilidad de reclamaciones

BCBSTX, en calidad de administrador de reclamaciones, presta únicamente servicios administrativos de pagos de reclamaciones 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* renunciaron a todos los requisitos que prohíben la divulgación de esta información y registros.

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 negar estos servicios en forma opcional. Los participantes que deseen aceptar esos 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 terminar 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

Se aplican reglas especiales 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.

La relación 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 ninguna responsabilidad en caso de que un *proveedor de atención médica* no les preste servicios o suministros, o se los deniege, a usted o a sus *dependientes*. La atención y el tratamiento que se reciban están sujetos a las reglas 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 dentro de la red* u otros *proveedores* con contrato son contratistas independientes entre sí. 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*, 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 dentro de la red* mantienen una relación *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 *proveedor dentro de la red* puede enviar la solicitud por escrito a BCBSTX para terminar la relación *proveedor-paciente*, y esta solicitud puede aplicarse a otros *proveedores* de la misma especialidad, si corresponde.

Pago en exceso

Si su *plan* o BCBSTX paga beneficios para 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 rembolso del monto del Pago en exceso de: (i) la persona que recibió el pago por dichos beneficios o para la cual se pagaron dichos beneficios; (ii) cualquier compañía o plan de seguros; o (iii) cualquier otra persona, entidad u organización, incluidos, entre otros, *proveedores dentro de la red* o *proveedores fuera de la red*.

Si no se recibe ningún rembolso, su *plan* o BCBSTX (en su calidad de asegurador o administrador) tienen derecho a deducir cualquier rembolso 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 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.

El propósito 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 rembolso

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

Si usted o su *dependiente* recuperan dinero por parte de una persona, organización o aseguradora por una lesión o condición de salud por la cual el *plan* pagó beneficios, usted o su *dependiente* aceptan rembolsar al *plan* el dinero recuperado por el monto de los beneficios pagados o proporcionados por el *plan*. Eso significa que usted o su *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 rembolso

Usted o su *dependiente* aceptan entregarle de manera inmediata al *plan* toda la información sobre sus derechos a la 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 al rembolso y

la subrogación. Usted, su *dependiente* o su abogado notificarán al *plan* antes de la resolución de un juicio o una reclamación, para permitirnos hacer cumplir 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 rembolso 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 se 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 deberán consultar primero las reglas de orden de determinación de los 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 termina cuando cesa 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 del manejo laboral, acuerdos de sindicatos o acuerdos de organizaciones *empleadoras*;
- e. planes gubernamentales o cobertura requerida o provista por la ley.

El *plan* no incluye:

- 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;
- b. cobertura tipo accidente escolar;
- c. un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX, Grants to States for Medical Assistance Programs, 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* es un *plan* cuyos beneficios se determinan antes que aquellos de otro *plan* y sin considerar los beneficios del otro *plan*. Un *Plan Secundario* es 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 necesario, razonable y habitual de atención médica cuando el gasto tiene cobertura al menos parcialmente por uno o más *planes* que cubren al *participante* por quien está hecha la reclamación.

- **Período de la determinación de la reclamación** significa un *año del plan*. Sin embargo, no incluye ninguna parte de un año durante el cual un *participante* no tiene cobertura bajo Este *plan*, ni ninguna parte de un año antes de la fecha en que esta disposición de COB o una disposición similar se haga efectiva.
- **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* serán 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, asegurado o asegurado principal* se determinan antes que los del *plan* que cubre al *participante* como *dependiente*. Sin embargo, 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 para el *plan* que cubre al *participante* como *dependiente*;
 - (2) primario para el *plan* que cubre al *participante* como *no dependiente* (por ejemplo, un *empleado jubilado*), en ese caso, los beneficios del *plan* que cubre al *participante* como *dependiente* se determinan antes de los del *plan* que cubre a ese *participante* como *no 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* como *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 que los 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 cubierto por un período más largo a uno de los padres se determinan antes que aquellos del *plan* que cubrió al otro parent por un período más corto.

Sin embargo, 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 parent 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* cubren 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 parent con la custodia del *hijo*;
 - (2) después, el *plan* del cónyuge del parent con la custodia del *hijo*, si corresponde;
 - (3) finalmente, el *plan* del parent que no tiene la custodia del *hijo*.

Sin embargo, 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 parente 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 proporciona 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 las reglas de orden de determinación de beneficios que se mencionan en el Párrafo 'b'.
- e. **Empleado 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 válido 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 de otro *plan*, el orden para determinar los beneficios será el siguiente:
 - (1) primero, los beneficios de un *plan* que cubre 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, asegurado o asegurado principal por más tiempo se determinan antes que aquellos del *plan* que cubrieron a dicho *participante* durante el período más corto.

Efecto sobre los beneficios de este plan

- **Cuándo se aplica esta sección**

Esta sección aplica cuando este *plan* es el Plan Secundario de acuerdo con el orden de determinación de los 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 de la reclamación.

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. Despues, se descuenta de cualquier límite de beneficio aplicable de 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* debe proporcionarnos 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 según este *plan*. Si esto ocurre, podemos pagar este monto a la organización que hizo el pago. Entonces, este 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 a través de uno o más de los siguientes:

- 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 es recibida a tiempo por el administrador del plan;
- ya no cumple con la definición de empleado que se describe en este manual de beneficios, incluida la terminación del empleo;
- el *plan* termina o se modifica, según las indicaciones del administrador del plan, para terminar la cobertura de la clase de empleados a la que pertenece;
- un *dependiente* deja de serlo según la definición en el *plan*.

Sin embargo, cuando se produzca cualquiera de estos eventos, usted o sus *dependientes* podrán ser elegibles para continuar con la cobertura. Consulte [Continuación de la Cobertura de Grupo - Federal](#) en la sección **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, malversación o abuso del plan, o engaño deliberado o declaración errónea intencional de un hecho importante. 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 médico, 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 médico 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 médico 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 médica certificado como *discapacitado* y que dependa del padre no terminará 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 de salud física o mental determinable médica que impida al *hijo* tener un empleo para su manutención. El hijo debe contar con la cobertura del Plan y la discapacidad debe comenzar antes de que el hijo alcance el límite de edad. Debe presentar pruebas satisfactorias de discapacidad y dependencia a través de su administrador del plan ante BCBSTX dentro de los 31 días posteriores a la fecha 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 requerir la certificación periódica de la condición de salud física o mental del *hijo*, pero no con mayor frecuencia que una vez al año después del período de dos años posterior a la fecha en que el *hijo* alcance el límite de edad.

Termina la póliza de grupo

La cobertura de todos los *participantes* terminará si la póliza de *grupo* termina según los términos del *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), 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 debe ser mayor que veinte (20) empleados en un día hábil 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 médico.

Pérdida de la cobertura

Si la cobertura termina (por un motivo distinto de la falta de pago de las primas) como resultado de la terminación (que no sea por 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 termina como resultado de lo siguiente:

- divorcio del empleado con cobertura;
- fallecimiento del empleado con cobertura;
- el empleado con cobertura 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* termina en el primero de los siguientes eventos:

- el último día del período de dieciocho (18) meses para eventos que tengan un período de continuación máximo de dieciocho (18) meses;
- el último día del período de treinta y seis (36) meses para eventos 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 médico *grupal* en caso de que tenga una condición de salud preexistente y se le deniegue la cobertura en el nuevo seguro médico para una condición de salud 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 de salud preexistente en el nuevo seguro médico, 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 el *participante* lo notifique al *empleador* antes del final del período inicial de dieciocho (18) meses, la 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 proporcionarles la notificación necesaria a los *participantes*, tal y como se estipula en la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985 y la Ley de Reforma Fiscal de 1986.

Para obtener información adicional acerca de sus derechos bajo la continuación de COBRA, consulte el Aviso de derechos de continuación de la cobertura en la sección **AVISOS** de este manual de beneficios.

Cancelación

Excepto 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 en efecto, y mientras dicho *asegurado principal* permanezca en la clase elegible de empleados del grupo, y sus contribuciones se paguen de acuerdo 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.

Error administrativo

Un error administrativo, ya sea por parte del *grupo* o de BCBSTX, al mantener registros de acuerdo con la presente cobertura no invalidará la cobertura que hubiese sido efectiva de forma válida ni continuará la cobertura que hubiese terminado de forma válida.

Plan completo

Este *plan*, los anexos, las enmiendas, el Acuerdo de servicios administrativos y las aplicaciones individuales, si las hubiera, de los *asegurados principales* constituyen el contrato completo entre las partes y, a partir de la fecha efectiva, reemplazan todos los demás contratos entre las partes.

Fuerza mayor

En el caso de que, debido a circunstancias que no estén bajo el control comercialmente razonable de BCBSTX, la prestación de servicios profesionales u *hospitalarios* provistos conforme a este *plan* se demore o se vuelva poco práctica, BCBSTX hará un esfuerzo para disponer de un método alternativo para proporcionar cobertura. Estas circunstancias pueden incluir, entre otras, una catástrofe, una epidemia, la destrucción total o parcial de centros, disturbios, levantamientos civiles, incapacidad de una parte significativa del personal de los *proveedores dentro de la red* o causas similares. En tal caso, los *proveedores dentro de la red* prestarán los servicios *hospitalarios* y profesionales previstos en el seguro médico en la medida de lo posible y según su mejor criterio; pero BCBSTX y los *proveedores dentro de la red* no incurrirán en ninguna responsabilidad u obligación por retrasar o por no proporcionarle o coordinar los servicios si tal incumplimiento o retraso fuera causado por dicho evento.

Formulario o contenido del plan

Ningún agente de seguros o empleado de BCBSTX está autorizado a cambiar el formulario o el contenido de este *plan*, excepto para hacer las inserciones necesarias y apropiadas en los espacios en blanco. Los cambios solo se pueden realizar a través de aprobaciones autorizadas y firmadas por un agente de BCBSTX. Ningún agente de seguros ni ninguna otra persona, excepto un funcionario autorizado de BCBSTX, tiene autoridad para no aplicar condiciones o restricciones de este *plan*, para ampliar el tiempo para hacer un pago, ni para obligar a BCBSTX por medio de promesas o declaraciones o dando o recibiendo cualquier información.

Incontestabilidad

Todas las afirmaciones que usted haga se consideran declaraciones y no garantías. Una declaración no puede usarse para anular, cancelar o evitar renovar su cobertura o para reducir beneficios, a menos que se encuentre en una solicitud de inscripción escrita y firmada por el *asegurado principal* y se haya proporcionado una copia firmada de la solicitud de inscripción al *asegurado principal* o al representante personal del *asegurado principal*. La cobertura solo puede ser impugnada debido a fraude o a una declaración falsa intencional de un hecho esencial en la solicitud de inscripción.

Limitación de la responsabilidad legal

La responsabilidad legal por cualquier error u omisión de BCBSTX (o de sus funcionarios, directores, empleados, agentes de seguros o contratistas independientes) en la administración de este *plan* o en el desempeño de cualquier deber de responsabilidad contemplado en este *plan* se limitará a los beneficios máximos que tendrían que haberse pagado bajo su seguro médico si los errores u omisiones no hubieran tenido lugar, a menos que tales errores u omisiones se consideren resultado de una mala conducta intencionada o negligencia grave de BCBSTX.

Modificaciones

Este *plan* estará sujeto a enmienda, modificación y terminación de acuerdo con cualquier disposición de este documento o por mutuo acuerdo entre BCBSTX y el *grupo* sin el consentimiento o la concurrencia de los *participantes*. Al optar por cobertura médica y *hospitalaria* de BCBSTX o al aceptar los beneficios de BCBSTX, todos los *participantes* que tienen legalmente poder de contratación, y los representantes legales de todos los *participantes* que no tienen poder de contratación, aceptan todos los términos, condiciones y disposiciones del presente.

Aviso

Puede enviar un aviso a BCBSTX a través del correo prioritario prepagado del Servicio de Correos de Estados Unidos a la dirección de la portada de este *plan*.

BCBSTX, o el *grupo*, según el contrato entre BCBSTX y el *grupo*, puede enviarle avisos conforme a este *plan*. Estos avisos se pueden entregar de las siguientes formas:

- a través del Servicio Postal de los Estados Unidos, en la última dirección conocida por BCBSTX;
- electrónicamente, si lo permite la ley aplicable.

Uso compartido de los datos del participante

En determinados casos, conforme se indica a continuación, usted podría solicitar y obtener, con sujeción a los términos y condiciones aplicables, una cobertura de reemplazo. La cobertura de remplazo será aquella que ofrezca Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, o bien, si usted no reside dentro del área de servicio de Blue Cross and Blue Shield of Texas, la cobertura que ofrezca la licenciataria local de Blue cuya área de servicio cubra el área geográfica donde usted resida. Las circunstancias mencionadas anteriormente pueden tener lugar en diversos casos como, por ejemplo, la terminación involuntaria de su cobertura médica patrocinada por el *grupo* o el *empleador*. Como parte del plan de beneficios que le ofrece Blue Cross and Blue Shield of Texas, si usted no reside dentro del área de servicio de Blue Cross and Blue Shield of Texas, es posible que Blue Cross and Blue Shield of Texas facilite su derecho a solicitar y obtener una cobertura de remplazo, sujeto a los requisitos de elegibilidad aplicables, de la licenciataria local de Blue del lugar donde usted reside. Para ello, podremos (1) comunicarnos directamente con usted o (2) proporcionarle a la licenciataria local de Blue cuya área de servicio cubre el área geográfica donde usted reside su información personal y demás información general sobre la cobertura conforme a este seguro médico que el *grupo* o *empleador* haya adquirido de Blue Cross and Blue Shield of Texas, en la medida en que sea razonablemente necesario para permitir que la licenciataria local de Blue pertinente le ofrezca a usted la continuación de la cobertura a través de la cobertura de remplazo.

Relación de las partes

La relación entre BCBSTX y los *proveedores dentro de la red* es la relación de un contratista independiente. Los *proveedores dentro de la red* no son agentes ni empleados de BCBSTX; ni BCBSTX ni ningún empleado de BCBSTX es empleado o agente de seguros de los *proveedores dentro de la red*. BCBSTX no será responsable de ninguna reclamación ni demanda respecto de los daños y perjuicios que surjan de las lesiones que usted sufra al recibir atención de algún *proveedor dentro de la red*, o bien que se relacionen con dichas lesiones. BCBSTX no hace declaraciones ni otorga garantías, ni expresas ni implícitas, respecto a las calificaciones, la participación continua o la calidad de los servicios de ningún *médico, hospital* u otro *proveedor dentro de la red*.

Información y registros

BCBSTX tiene derecho a recibir de cualquier *proveedor* de servicios a los *participantes* la información razonablemente necesaria para administrar este *plan*, sujeto a todos los requisitos de confidencialidad aplicables descritos a continuación. Al aceptar la cobertura conforme a este *plan*, el *asegurado principal*, para sí mismo y para todos los *dependientes* asegurados por este documento, autoriza a todos y cada uno de los *proveedores* que le prestan servicios a usted a:

- divulgar todos los datos relacionados con su atención médica, tratamiento y condición de salud física a BCBSTX o a un profesional médico, dental o de salud mental que BCBSTX pueda contratar para ayudar en la revisión de un tratamiento o una reclamación;
- brindar informes relacionados con su atención médica, tratamiento y condición de salud física a BCBSTX o a un profesional médico, dental o de salud mental que BCBSTX pueda contratar para ayudar en la revisión de un tratamiento o reclamación;
- permitir que BCBSTX copie sus expedientes.

La información en sus expedientes médicos y la información recibida de *médicos*, cirujanos, *hospitales* y otros profesionales de la salud que tengan que ver con las relaciones *médico-paciente* u *hospital-paciente* deberá permanecer confidencial, de acuerdo con las leyes aplicables.

Subtítulos

Los subtítulos incluidos en este *plan* se proveen con el propósito de identificación y conveniencia y no forman parte del *plan* completo, como se describe en el **Plan completo**.

ENMIENDAS

MANUAL DE BENEFICIOS

ENMIENDAS EN LA LEY DE NO SORPRESAS

Fecha efectiva de la Enmienda: Esta enmienda es efectiva en la Fecha de Aniversario del Contrato del Empleador o en el Año del Plan correspondiente al Seguro Médico Grupal del Empleador a partir del 1 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 requieran 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 el propósito de esta Enmienda. 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 por parte 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 de salud grave y compleja;
2. usted está recibiendo atención institucional o como paciente hospitalizado;
3. usted está programada para someterse a una cirugía no electiva por parte del Proveedor (incluyendo recibir 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 de salud grave y compleja es aquella que, (1) para una enfermedad aguda, es lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad razonable de daño permanente o fallecimiento (por ejemplo, si Usted está recibiendo actualmente quimioterapia, terapia de radiación o consultas posoperatorias para una enfermedad o condición de salud aguda grave) y, (2) para una enfermedad o condición de salud crónica, (i) pone en riesgo la vida, es 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 será efectiva 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 se haga efectiva, la continuidad de la cobertura puede ampliarse hasta el parto, la atención médica posparto inmediata y los chequeos de seguimiento dentro de las primeras seis (6) semanas desde el parto. Tiene derecho a apelar cualquier decisión tomada en relación con una solicitud de beneficios bajo 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 definen 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 de Salud de Emergencia” significa, únicamente a los efectos de esta Enmienda, una condición de salud que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente gravedad (que incluye dolor fuerte) para que una persona para que una persona inexperta, con conocimientos promedios sobre salud y medicina, pueda esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata urgente podría generar una condición de salud: (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 de Salud de Emergencia hasta que Su condición de salud se estabilice;
- los servicios con cobertura que Usted recibe de un Proveedor No Participante durante la misma consulta después de que su Condición de Salud 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 factura con 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 para el suministro de dicho artículo o servicio bajo el 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 incluido, un Departamento de Emergencias de un hospital o un Departamento de Emergencias Independiente que no tiene una relación contractual con BCBSTX para el suministro de dicho artículo o servicio bajo el 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 lo cual el proveedor no puede facturar al asegurado) para proporcionar un artículo o servicio bajo el Plan al que se adjunta esta Enmienda, independientemente de si el proveedor se considera un proveedor preferido o dentro de la red con el propósito de los beneficios dentro o fuera de la red bajo el 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) para el suministro de un artículo o servicio bajo el Plan al que se adjunta esta Enmienda. Sin importar si el proveedor se considera como uno preferido o dentro de la red con el propósito de los beneficios dentro o fuera de la red bajo el 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 acuerdo 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 federales contra la Facturación Sorpresa de la Ley 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 con Cobertura 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 negación del pago directamente al Proveedor.

c. Costos 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 de salud 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 pedirle 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 efectiva para los años del plan que comienzan el 1 de enero del 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

AVISO

Otros acuerdos financieros independientes de los Planes Blue Cross and Blue Shield con proveedores

Servicios fuera del área

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) mantiene varios acuerdos con otras licenciatarias de Blue Cross 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 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 servicios médicos 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 hospitalizados recibidos en un *hospital*, se requiere que el proveedor participante de la licenciataria local de Blue obtenga una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, el proveedor participante será sancionado según el acuerdo contractual de la licenciataria local de Blue con el proveedor, y el participante será exonerado de la sanción del proveedor.

Siempre que reciba servicios de atención médica 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 incluidos 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 consideran 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 requieran que la licenciataria local de Blue agregue un cargo adicional a su cálculo. Si la ley federal o cualquier ley estatal requiere 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 las 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 incluidos bajo este acuerdo se calculará con base en el monto menor ya sea de los cargos incluidos 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, los montos que usted pague por tales servicios se calcularán 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 profesionales, un monto igual al mayor monto mínimo requerido en la metodología descrita en el manual de beneficios para proveedores de atención médica no participantes ubicados dentro de su área de servicio; o un monto basado en los datos de rembolso del proveedor, disponibles públicamente, para servicios profesionales iguales o similares, ajustados según las diferencias geográficas, cuando corresponda; o
 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 ubicados 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 con cobertura de acuerdo con un programa basado en el valor 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 tarifaria.

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, ambulatorios y proveedores profesionales, la red no es administrada por una licenciataria local de Blue. Por este motivo, cuando recibe atención de proveedores fuera del área de servicio de BlueCard, por lo general, deberá pagar a los proveedores y presentar él mismo las reclamaciones para obtener el rembolso de estos servicios.

En el caso de que necesite servicios de asistencia médica (incluida la información sobre cómo encontrar a un médico u *hospital*) fuera del área de servicio BlueCard, deberá llamar al centro de servicio al 1-800-810-BLUE (2583) o al 1-804-673-1177 para las llamadas con cobro revertido, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Un coordinador de asistencia, que trabaja con un 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 requerirán el pago de los servicios para pacientes hospitalizados 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 rembolso 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 requerirán que el asegurado pague la totalidad de los servicios al momento de su prestación. Usted tendrá que presentar una reclamación para obtener el rembolso de los servicios con cobertura.

- **Presentación de una reclamación de Blue Cross Blue Shield Global Core**

Cuando usted paga por Servicios con cobertura fuera del área de servicio de BlueCard, debe presentar una reclamación para obtener rembolso. Para las reclamaciones institucionales y profesionales, debe completar un formulario de reclamación internacional a Blue Cross Blue Shield Global Core International y enviarlo, junto con las facturas 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. Podrá obtener el formulario de reclamación a través del *plan*, el centro de servicio o en línea en www.bcbstx.com/trsactivecare. 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 Suspendidos

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 del *gasto máximo de bolsillo*, 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 de los *proveedores 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 renuncias o incumplimientos en los cobros no se deben contabilizar en los acumuladores del *participante*. Además, esto puede indicar que un *proveedor 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 el 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 MÉDICO, 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 MÉDICO 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 TERMINACIÓN (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 médico *grupal* de su *empleador* (el Plan) ha comenzado a cubrirlo. Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura COBRA, que es una extensión provisional de cobertura conforme al Plan. **Este aviso generalmente explica la continuación de la cobertura COBRA, cuándo estaría a su disposición y a la de su familia, y qué necesita hacer para proteger el derecho a recibirla.**

El derecho a la continuación de la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar a su disposición cuando, en otras circunstancias, usted perdería su cobertura médica *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 COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación de 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 evento elegible específicos. Tras un evento elegible, la cobertura de continuación de 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 cobertura de continuación de COBRA deben 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
- terminación 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;
- terminación 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 (en la Parte A, la Parte B o ambas); o
- 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;
- terminación del empleo del padre-empleado por cualquier razón que no sea una falta grave de su parte;
- inscripción del padre-empleado en Medicare (Parte A, 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 COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

El Plan ofrece la cobertura de continuación de 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 del 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* debe notificar tal evento elegible al Administrador del Plan.

DEBE DAR AVISO DE CIERTOS EVENTOS ELEGIBLES

Para el resto de los eventos elegibles (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de un *hijo dependiente* en calidad de tal), debe notificar al Administrador del Plan en un plazo de 60 días después de que ocurra el 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 PROPORCIONA LA COBERTURA DE COBRA?

Una vez que el Administrador del plan recibe el aviso de que ha ocurrido un evento elegible, se ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios elegibles. Cada beneficiario elegible tendrá el derecho independiente de elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados con cobertura pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden hacer lo mismo en nombre de sus *hijos*.

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación provisional de cobertura. Cuando el evento elegible es el fallecimiento del empleado, 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 de un *hijo dependiente*, la cobertura de continuación de 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 empleado adquirió el derecho a beneficios de *Medicare* menos de 18 meses antes del evento elegible, la cobertura de continuación de COBRA para beneficiarios elegibles, aparte 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 termina su empleo, la cobertura de continuación de COBRA para su cónyuge e *hijos* puede durar hasta 36 meses a partir de la fecha de adquisición del derecho a *Medicare*, que equivale a 28 meses después de la fecha del 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 cobertura de continuación de COBRA solo dura un total de 18 meses. Hay dos formas en que se puede extender este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

EXTENSIÓN POR DISCAPACIDAD DEL PERÍODO DE CONTINUACIÓN DE 18 MESES DE COBERTURA

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

COBRA, por un total máximo de 29 meses. La discapacidad debería haber empezado en algún momento anterior al día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe 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 DEL EVENTO ELEGIBLE DEL PERÍODO DE 18 MESES DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN

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, por un total máximo de 36 meses, si se avisa 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 fallece, 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 ERISA, incluidas la Ley COBRA, la Ley HIPAA y otras leyes que afecten los seguros de gastos médicos *grupales*, comuníquese con la oficina regional o de distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos más cercana a su área o visite el sitio web de la EBSA www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA).

MANTENGA A SU PLAN INFORMADO DE CAMBIOS EN SU DIRECCIÓN

Con el fin de proteger los derechos de su familia, debería mantener informado al Administrador del Plan de cualquier cambio en las direcciones de los miembros de su familia. Usted también debería mantener una copia, para que conserve como constancia, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Comuníquese con su *empleador* para obtener el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte

responsable de la administración de su continuación de la cobertura de COBRA.

Información proporcionada por su empleador

LISTA DE EXCLUSIONES DEL PLAN GENERAL

La Lista de Exclusiones del Plan General es una lista de medicamentos que están excluidos tanto en el beneficio del plan médico como en el beneficio del plan de medicamentos recetados. Puede encontrarla en el siguiente enlace para ActiveCare HD y ActiveCare2.

https://www.express-scripts.com/art/open_enrollment/CRP1460401A_TRSActiveCareGeneralExclusionList.pdf

Su plan de medicamentos con receta

Plan TRS-ActiveCare HD

Medicamentos con receta	Deductible	\$3,300 individual/\$6,600 familiar (integrado con el seguro médico)*	Si usted va a una farmacia fuera de la red, paga el 100% del costo total en el momento de la compra. Una vez cubierto el deducible, 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 cubierto el deducible (para recibir el rembolso, debe enviar la reclamación a Express Scripts en un plazo de 12 meses a partir de la fecha del servicio).	
	Gasto máximo de bolsillo	\$8,300 individual/\$16,600 familiar (integrado con el seguro médico)		
	En comercios locales a corto plazo (<i>suministro de hasta 31 días</i>) <ul style="list-style-type: none"> - Medicamento genérico - Medicamento de marca preferido** - Medicamento de marca no preferido** 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 		
	Farmacia con entrega a domicilio (<i>suministro de hasta 90 días</i>) y red de mantenimiento en comercios locales (<i>suministro de hasta 90 días en farmacias participantes de mantenimiento en comercios locales</i>) <ul style="list-style-type: none"> - Medicamento genérico - Medicamento de marca preferido** - Medicamento de marca no preferido** 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 		
	Medicamentos con receta especializados (<i>limitado a un suministro de 31 días</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - 20% de coseguro después del deducible 		
	Asistencia de copago no aplicable para el plan TRS-ActiveCare HD. ***			
	Insulina en el formulario	<ul style="list-style-type: none"> - 25% de coseguro después del deducible 		
	Medidor de glucosa de marca preferido	<ul style="list-style-type: none"> - \$0 de copago 		
Suministros para la diabetes	Agujas, lancetas y jeringas No es necesario procesar los suministros para la diabetes el mismo día que la insulina. <ul style="list-style-type: none"> - Suministro de 31 días - Suministro de 90 días 	<ul style="list-style-type: none"> - \$0 de copago - \$0 de copago 		
	* Medicamentos fuera del formulario y de marca: se aplica el deducible y los copagos/coseguros.			

* No se aplica 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 rembolso 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	Deductible (<i>por persona, por año del plan</i>)	\$0 para genéricos, \$200 por persona para medicamentos de marca	Si usted va a una farmacia fuera de la red, paga el 100% del costo total en el momento de la compra. Una vez cubierto el deducible, 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 cubierto el deducible (para recibir el rembolso, debe enviar la reclamación a Express Scripts en un plazo de 12 meses a partir de la fecha del servicio).
	Gasto máximo de bolsillo	\$7,900 individual/\$15,800 familiar (integrado con el seguro médico)	
	En comercios locales a corto plazo (<i>suministro de hasta 31 días</i>) <ul style="list-style-type: none"> - Medicamento genérico - Medicamento de marca preferido** - Medicamento de marca no preferido** 	<ul style="list-style-type: none"> - \$20 de copago - 25% de coseguro (mín. \$40/máx. \$80) - 50% de coseguro (mín. \$100/máx. \$200). 	
	Farmacia con entrega a domicilio (<i>suministro de hasta 90 días</i>) y red de mantenimiento en comercios locales (<i>suministro de hasta 90 días en farmacias participantes de mantenimiento en comercios locales</i>) <ul style="list-style-type: none"> - Medicamento genérico - Medicamento de marca preferido** - Medicamento de marca no preferido** 	<ul style="list-style-type: none"> - \$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>) <p>Determinados medicamentos especializados tienen \$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 está incluido. ***</p>	- 30% de coseguro (mín. \$200/máx. \$900)	
	Insulina en el formulario	<ul style="list-style-type: none"> - \$25 por un suministro de 31 días - \$50 de copago por un suministro de 32 a 59 días - \$75 por un suministro de 61 a 90 días 	
Suministros para la diabetes	Medidor de glucosa de marca preferido	- \$0 de copago	
	Agujas, lancetas y jeringas		
	No es necesario procesar los suministros para la diabetes el mismo día que la insulina. <ul style="list-style-type: none"> - Suministro de 31 días - Suministro de 90 días <p>* Medicamentos fuera del formulario y de marca: se aplica el deducible y los copagos/coseguros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - \$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 rembolso 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 servicios farmacéuticos más grande en Estados Unidos, ya que cuenta con una red que incluye más de 60,000 farmacias contratadas a lo largo del país.

A través de las Express Scripts® Pharmacy, puede pedir 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, que incluyen información sobre sus medicamentos. Para comenzar a utilizar estos y otros servicios y funciones, inscríbase en express-scripts.com/trsactivecare.

Tarjetas de asegurado de Express Scripts

Su plan de beneficios de medicamentos con receta está diseñado para ofrecerle atención farmacéutica de calidad 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 de medicamentos con receta seleccionado. 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 puede ingresar a 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

Express Scripts By EVERNORTH		ActiveCare HD
Prescription ID Card		
ID	CWK000100002	
Name	JOHN Q SAMPLE	
RxBIN	003858	
RxPCN	A4	
RxGrp	TRSACRX	
Issuer	9151014609 (80840)	
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.		
Submit paper claims to: Express Scripts ATTN: Commercial Claims P.O. Box 14711 Lexington, KY 40512-4711		
Specialty medications have a 31-day supply maximum Accredo Specialty Mail Order, 20% after deductible Deductible: \$3,300 individual / \$6,600 family Maximum out of pocket (MOOP): \$8,300 individual / \$16,600 family		
Pharmacist use only: 800-987-5247		

TRS-ActiveCare 2

Express Scripts By EVERNORTH		ActiveCare2
Prescription ID Card		
ID	CWK000100002	
Name	JOHN Q SAMPLE	
RxBIN	003858	
RxPCN	A4	
RxGrp	TRSACRX	
Issuer	9151014609 (80840)	
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.		
Submit paper claims to: Express Scripts ATTN: Commercial Claims P.O. Box 14711 Lexington, KY 40512-4711		
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		

Lista de medicamentos preferidos de Express Scripts

TRS-ActiveCare HD y TRS-ActiveCare 2 incluyen un formulario de medicamentos, que es un listado en el que se indica qué medicamentos tienen el estado preferido o no preferido. Cada medicamento incluido 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 el formulario.

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) requiere que los fabricantes de medicamentos genéricos y biosimilares cumplan pautas estrictas, garantizando la seguridad y eficacia de todos los genéricos y biosimilares aprobados. Medicamentos genéricos y biosimilares comparados con sus contrapartes de marca:

- 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 requiere que los ingredientes activos tengan la misma concentración, pureza y calidad que las alternativas de marca. Las recetas surtidas con medicamentos genéricos tienen copagos menores bajo el programa de medicamentos con receta de TRS-ActiveCare. Para obtener más información sobre el formulario de 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 local 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 locales de la red de Express Scripts

Las farmacias locales dentro 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 del medicamento con receta hasta que se alcance su gasto máximo de bolsillo.
- Para el plan TRS-ActiveCare 2, después de que se haya alcanzado el deducible del medicamento con receta de marca, pagará cualquier copago o porcentaje de coseguro aplicable según el costo del medicamento.

Su servicio preferido de farmacia local 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

Las farmacias con entrega a domicilio de Express Scripts le ofrecen 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 le 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 local de la red para su uso hasta que llegue el medicamento con receta a su domicilio.

Puede pedirle 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 medicamentos con receta.

Puede esperar recibir el medicamento con receta por correo entre 7 y 14 días a partir de la fecha en que se realice su pedido.

Red de farmacias de mantenimiento en comercios locales

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

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 rembolso del plan.

Si obtiene un medicamento con receta fuera de Estados Unidos, envíe por correo una copia de la receta y de 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: recetas médicas para surtir según las instrucciones, terapia por pasos, límites de cantidad y autorización previa

Recetas dispensables tal como están escritas

Si surte una receta médica para un medicamento de marca que tiene una versión genérica o biosimilar (o equivalente) disponible, el farmacéutico puede darle la versión genérica o biosimilar 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 médica necesaria” en la receta médica.

Los genéricos y biosimilares equivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. contienen los mismos ingredientes activos, y son iguales a los de marca en cuanto a seguridad, concentración, rendimiento, calidad y formulación. Generalmente, los medicamentos genéricos cuestan mucho menos que los medicamentos de marca, tanto para usted como para TRS-ActiveCare.

Si recibe un medicamento de marca cuando hay un equivalente o 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.

Terapia por pasos

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

Si es médica mente necesario, 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 efectivo, es posible que algunos medicamentos tengan un límite 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 sujetos 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 para determinar si un medicamento determinado califica para la cobertura bajo TRS-ActiveCare.

Proceso de revisión de cobertura

Puede consultar si su medicamento requiere terapia por pasos, límite de cantidad o autorización previa (revisión de cobertura) llamando al Servicio al Cliente de Express Scripts al (800) 903-8645. Si está surtiendo una receta en una farmacia local 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 determinar si requiere terapia por pasos, límite 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. Despues 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 sobre las alternativas que podrían tener cobertura.

Programa de farmacia especializada de Accredo

Los medicamentos especializados son aquellos que se usan para tratar afecciones complejas, como cáncer, deficiencia de la hormona del crecimiento, hemofilia, hepatitis C, síndrome de inmunodeficiencia, esclerosis múltiple y artritis reumatoide. Ya sea que los administre un profesional de la salud, se los 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 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 farmacia especializada de Accredo, independientemente de su necesidad médica, su aprobación o si el asegurado cuenta con una receta de un médico u otro proveedor. Sin embargo, en circunstancias limitadas, 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 de primer nivel 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 un representante de SaveOnSP llamando al 800-683-1074 para que le brinde la información adicional necesaria para inscribirse en el programa de copago.

SaveOnSP también se comunicará con usted si debe 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 máximo de bolsillo (MOOP) del asegurado, a menos que la ley requiera lo contrario.

Los programas gubernamentales no permiten programas de asistencia de copago; por lo tanto, las personas con seguro comercial, como TRS-ActiveCare y seguro gubernamental, como Medicare, no son elegibles para los programas de asistencia de copago. Si recibe beneficios de medicamentos con receta bajo cualquier plan de seguro gubernamental, no puede participar en el programa de asistencia de copago de TRS-ActiveCare. Los planes de seguros gubernamentales pueden incluir:

- Medicare;
- Medicaid;
- Tricare;
- Departamento de Defensa;
- o cualquier otro programa estatal o federal de asistencia o beneficios médicos/de farmacia.

SaveOnSP no está disponible bajo el plan TRS-ActiveCare HD.

Beneficios fundamentales del uso de Accredo

Accredo le ofrece muchos beneficios, entre los 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 resurtir 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 resurtir 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 de enfermería para infusión de medicamentos especializados de Accredo

Los servicios de enfermería para infusión de medicamentos especializados seleccionados que se administran en el hogar o en un centro de infusión para pacientes ambulatorios tienen cobertura por el beneficio de farmacia y se coordinan y surten mediante la farmacia especializada Accredo. En el caso de los 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 para 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 atención en el hogar, un centro de infusión para pacientes ambulatorios, el consultorio del médico, etc. Las enfermeras del equipo de cuidado de Accredo se comunicarán con los asegurados afectados para brindarles ayuda y orientación. Ya sea que los administre un profesional de la salud, se los inyecte usted mismo o los tome por vía oral, los medicamentos especializados requieren un nivel más alto de servicio.

Coordinación de Beneficios (COB)

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. Despues, Express Scripts le rembolsa el monto que TRS-ActiveCare hubiera pagado si no existiera otra cobertura.

Envío de reclamación electrónica (solo comercios locales)

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. Despues, Express Scripts le rembolsará 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.

El beneficio secundario no será mayor que su beneficio bajo TRS-ActiveCare si no hubiera otra cobertura. Por ejemplo: si pagó \$30 conforme al plan principal, pero su copago de TRS-ActiveCare hubiera sido de \$20, Express Scripts le rembolsará \$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 se niegan en función de las reglas del plan.

Exclusiones del plan para medicamentos con receta

Express Scripts y TRS revisan periódicamente las opciones de el formulario en busca de formas de controlar los costos y, al mismo tiempo, conservar la elección individual y el acceso a medicamentos clínicamente efectivos. Como resultado, las exclusiones de medicamentos del formulario ocurrirán dos veces al año y normalmente se harán efectivas 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 del formulario de medicamentos de este año, visite express-scripts.com/trsactivecare, seleccione “Explorar planes”, elija su plan correspondiente y abra “Exclusiones del formulario de medicamentos preferidos de TRS del 2025” 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 sin receta (OTC, en inglés);
- dispositivos o aparatos terapéuticos, prendas de apoyo y otros dispositivos no médicos;
- medicamentos con receta que un participante del plan tiene derecho a recibir sin cargo conforme a cualquier ley de compensación de empleados 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 que se cuente con autorización previa;
- cargos por la administración o inyección de cualquier medicamento; con excepción de las vacunas;
- productos de plasma o sangre (a menos que sean 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 el formulario 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 medicamentos se encuentra en el Apéndice: Exclusión de beneficios.

Apelación de determinación adversa de beneficios

Apelación no urgente

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 negada 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 después de recibir el 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 negado 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 en un plazo de 15 días después de recibir 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 solicitud y sin costo alguno.

La decisión que se tome sobre su apelación de segundo nivel será definitiva y vinculante.

Si se niega 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 negada 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 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 de salud, podría someterlo a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es motivo de su apelación. Las solicitudes de apelación urgente pueden ser verbales o escritos.

Usted o su médico pueden 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 urgente, se le notificará la determinación del beneficio a más tardar 72 horas después de recibir 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, una solicitud y sin cargo. La decisión que se tome sobre su apelación urgente será definitiva y vinculante. En la situación de atención médica urgente, solo hay un nivel de apelación antes de la revisión externa.

Además, en situaciones urgentes, también tiene el derecho a solicitar de manera inmediata una revisión externa urgente (inmediata) 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 solicite 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 este beneficio del 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, debe 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 misma vez que solicite 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 hábil) en la siguiente dirección:

MCMC Services, LLC
Attn: Express Scripts Appeal Program
1451 Rockville Pike
Suite 440
Rockville, MD 20852
Teléfono: (617) 375-7700
Fax: (800) 882-4715

Si tiene preguntas sobre sus derechos o sobre este aviso, o si 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.

Comuníquese con:

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 hábiles para determinar si es elegible para la revisión externa y, en un plazo de 1 día hábil 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 una Organización de Revisión Independiente (IRO), recopilará la información de su apelación y la enviará al IRO en un plazo de 11 días hábiles. El IRO le notificará por escrito que se recibió la solicitud de revisión externa.

La carta describirá su derecho a enviar información adicional para su consideración al IRO. Cualquier información adicional que envíe al IRO también se enviará a 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 del seguro médico o de un defensor del consumidor.

Medicamentos genéricos alternativos frente a medicamentos genéricos equivalentes y biosimilares

Medicamentos genéricos y biosimilares

Un medicamento que generalmente se vende bajo el nombre de sus ingredientes activos, es decir, las sustancias químicas que hacen que funcione, en lugar de bajo una marca comercial. Un genérico o biosimilar 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 ingredientes activos, y son equivalentes a los de marca en cuanto a seguridad, concentración, rendimiento, calidad y formulación. Los medicamentos genéricos alternativos son medicamentos genéricos aprobados por la FDA, los ingredientes activos son diferentes de los de otro medicamento de marca.

Es posible que esté tomando un medicamento de marca que no tenga un equivalente genérico o biosimilar. Sin embargo, puede haber un medicamento genérico diferente que a veces se puede utilizar para tratar la misma condición de salud que su medicamento de marca actual. Los genéricos alternativos no son lo mismo que los genéricos equivalentes.

Un biosimilar es muy similar a un medicamento biológico ya aprobado por la FDA, conocido como producto de referencia. Los biosimilares no tienen ninguna diferencia clínica significativa en términos de seguridad, pureza y potencia con respecto a un producto de referencia. Esto significa que puede esperar la misma seguridad y eficacia de un biosimilar a lo largo del tratamiento que de un producto de referencia.

Tanto los biosimilares como los biosimilares intercambiables deben cumplir las rigurosas normas de la FDA para obtener la aprobación asegurando que sean tan seguros y efectivos como el producto de referencia original. Una vez aprobados, se pueden recetar biosimilares en lugar de los productos de referencia. Antes de la aprobación, la FDA evalúa si dicha sustitución pudiera causar problemas de seguridad o eficacia. TRS trata los biosimilares como equivalentes a los de marca y aplica la penalización “Surtir según las instrucciones” (DAW, en inglés) cuando se solicite el medicamento de marca en lugar del biosimilar aprobado.

Medicamentos preventivos de la ACA

El plan cubre los siguientes medicamentos preventivos, tanto con receta (Rx) como de venta sin receta (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 local 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 por día. Consulte la tabla a continuación para ver la lista de medicamentos preventivos cubiertos.

Categoría del medicamento	Cubierto	Solo genéricos
Aspirina (solo de 81 mg)	Sí	Sí
Suplementos de fluoruro	Sí	Sí
Ácido fólico	Sí	Sí
Medicamentos para dejar de fumar: con receta (o se incluyen formulaciones de reemplazo de nicotina y vareniclina)	Sí	Sí
Anticonceptivos	Sí	No
Medicamentos para la preparación intestinal: solo con receta. Medicamentos de marca que se pueden pagar hasta que esté disponible un medicamento 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 citrato de tamoxifeno (solo productos genéricos) por \$0 de copago si se utiliza para el diagnóstico de “prevención principal del cáncer de mama”.

Para obtener información más 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.

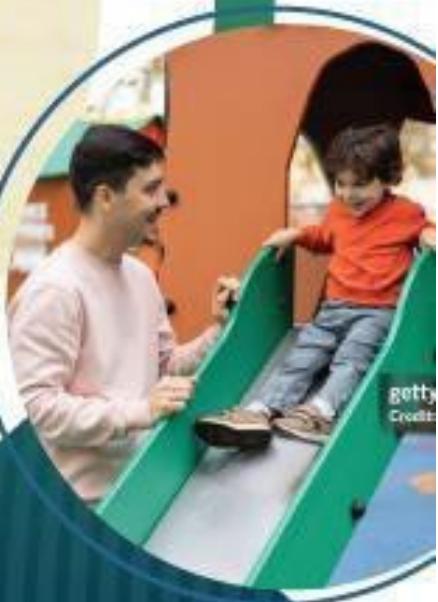
ofrece los siguientes servicios:

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

En este sitio, puede verificar los costos de los medicamentos para las diferentes opciones de planes TRS-ActiveCare, acceder a la “Lista de medicamentos preventivos de TRS-ActiveCare del 2025” para TRS-ActiveCare HD, y ver si una farmacia está en la red de farmacias de mantenimiento en comercios locales.

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 dentro de la red en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede utilizar la aplicación en su iPhone o teléfono Android.



www.bcbstx.com/trsactivecare

766046.0425